

Эти больные были направлены на дообследование (компьютерная томография органов грудной и брюшной полостей, пункция костного мозга и лимфатического узла, иммунофенотипирование с помощью точной цитофлюориметрии) и в последующем, при сопоставлении всех результатов обследования, им был выставлен окончательный диагноз Т-клеточной лимфомы кожи.

При изучении катамнестических данных обследованных больных мы отметили, что, несмотря на клиническую картину, очень напоминающую лимфому кожи, при радикальном устранении провоцирующего фактора все проявления (кожные и общие) полностью исчезали, несмотря на (иногда) длительное существование. При этом у всех этих больных при ПЦР-диагностике клональность не определялась. Из 12 больных с выявленной причиной, спровоцировавшей заболевание, в 7 наблюдениях после исключения причинного фактора наступил регресс высыпаний без всякого лечения, в остальных случаях проводились детоксикационные методы лечения (плазмаферез, гемодез, энтеросорбенты).

В заключение можно сделать следующий вывод: ни один из методов не должен оцениваться изолированно от других, необходимо учитывать все диагностические критерии. На сегодняшний день методом выбора можно считать определение Т-клеточной клональности с помощью молекулярно-биологических методов. Вместе с тем, самый точный дифференциально-диагностический критерий псевдолимфомы – исчезновение кожных высыпаний и отсутствие рецидива после устранения провоцирующего фактора заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Burg G. Atlas of Canzer of the Skin. – N.Y., London, Tokyo, 2000.
2. Landa N.G., Zelickson B.D., Peters M.S. et al. // Sem. Diag. Paphol. – 1993. – V. 29, No. 6. – P. 945-953.
3. Rijlaarsdam U., Willemze R. // Sem. Diag. Pathol. – 1991. – P. 102-108.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НЕКОТОРЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ БАЗАЛЬНО-КЛЕТОЧНОГО РАКА КОЖИ

Т.П. Пискалова

Челябинская ГМА

В настоящее время для лечения базально-клеточного рака кожи (БКРК) применяют различные методики: хирургическое лечение; химиодеструкцию; лучевую терапию; криотерапию; лазеродеструкцию; фотодинамическую терапию, иммунотерапию; комбинированную терапию (сочетанное воздействие двух методов на одну опухоль); комплексную терапию, включающую, наряду с местными методами, системное введение препаратов из группы цитостатиков, ретиноидов или иммуностропных средств.

Для оптимизации выбора метода лечения базально-клеточного рака кожи была проведена сравнительная оценка характеристик существующих

ющих методик, по данным регистра кафедры кожных и венерических болезней Челябинской медицинской академии.

Хирургическое лечение – один из самых распространенных методов лечения, используемых в европейских и американских клиниках. В отличие от зарубежных лечебных учреждений, в России операция по Mohs распространения не получила. Чаще всего в нашей стране при локализации опухоли на туловище, конечностях, ушных раковинах проводят хирургическое иссечение БКРК.

Хирургическому методу присущи следующие положительные факторы:

- высокая эффективность (легко контролировать границы опухоли, и удаление новообразования может быть достаточно радикальным);
- обязательная верификация гистологическим методом;
- при больших размерах единичных базалиом (T2N0M0 – T4N0M0) хирургическое иссечение является порой единственным методом лечения с последующим этапом закрытия раневого дефекта кожным лоскутом.

Отрицательные факторы включают следующие моменты:

- в связи с тем, что 90% базалиом локализуется на коже лица, результаты лечения должны иметь хороший косметический результат. Лицо является сложной анатомической областью, поэтому при небольших новообразованиях (T1N0M0) при синхронном появлении множественных очагов пролиферативного роста БКРК последствия хирургического иссечения могут привести к неудовлетворительным результатам как по эффективности, так и по косметическим последствиям;
- тяжелое соматическое состояние больного (70-85% больных – лица старше 60 лет) и необходимость неоднократного посещения врача ограничивают показания к хирургическому методу лечения;
- инвазивность метода, необходимость обезболивания, невозможного при аллергических реакциях на анестетики, риск хирургических осложнений;
- для некоторых пациентов – тревожность и страх хирургических манипуляций.

Сведения об эффективности хирургического метода (по данным регистра): из 317 больных множественными базалиомами 30 (11 мужчин и 19 женщин) в анамнезе отметили лечение БКРК хирургическим методом. Рецидивы возникли только у 3 больных через 1-4 года после проведенного лечения (10%). Согласно регистру, среди 1111 базалиом, выявленных у 1014 больных, хирургическая методика лечения была выбрана только 24 больным. Главным критерием в выборе хирургического метода лечения были локализация опухоли и размер БКРК. Все базалиомы локализовались на конечностях и туловище больных. В стадии T1N0M0 (размер 1,8 см) выявлены 3 опухоли, в стадии T2N0M0 – 18,

в стадии T3N0M0 – 3. Таким образом, хирургический метод использовался преимущественно в тех случаях, когда базально-клеточный рак кожи локализовался вне кожи головы и имел размеры более 2 см.

В нашей стране лучевая терапия базально-клеточного рака кожи во многих регионах является ведущим методом лечения. Используются близкофокусная рентгенотерапия, дистанционная гамма-терапия, электронная терапия, контактные и комбинированные (радиохирургические) методы. Самым распространенным методом лечения базалиом кожи является близкофокусная рентгенотерапия, которая до 1986 г. в Челябинской области была основным методом лечения и зарекомендовала себя как эффективный метод. Положительными факторами данного метода являются:

- его эффективность;
- отсутствие необходимости обезболивания, кроме тех случаев, когда опухоль локализуется на веках или в углу глаза.

Отрицательные факторы включают следующие моменты:

- необходимость неоднократного проведения процедур, что требует госпитализации больного;
- наличие ранней и поздней местной реакции на лучевую терапию (сухая и влажная десквамация кожи, эритема, гипопигментация, атрофия кожи, телеангиоэктазии, эпиляция, субдермальный фиброз);
- возможность возникновения малигнизации, индуцированной лучевой терапией.

Согласно созданному нами регистру, при наличии метакронного и синхронно-метакронного процесса в 1959-1985 гг. близкофокусная рентгенотерапия проводилась 130 больным. Из 39 мужчин и 91 женщины, получивших лучевую терапию, 26 больным (20%) было проведено более одного курса близкофокусной рентгенотерапии. Из них два курса лучевой терапии базально-клеточного рака проведено 16 больным, 3 курса – 6 больным, 4 курса – 2 больным, 6 и 10 курсов получили по одному больному. У 15 больных (11,5%), получивших близкофокусную рентгенотерапию, после проведенного курса лечения возникли рецидивы – в сроки от 1 года до 19 лет. Кроме того, 28 больных (12 мужчин и 16 женщин) получили лучевую терапию при лечении других злокачественных новообразований.

В настоящее время концепция активного обследования и лечения больных лучевыми методами, если отсутствуют соответствующие показания, пересматривается. Это вызвано озабоченностью, связанной с повышением лучевой нагрузки при обследовании больных в медицинских учреждениях [7]. Лучевая терапия дает очень маленький риск развития злокачественных новообразований после проведения такого лечения. Этот риск составляет 1:1000 через 10-15 лет после завершения терапии [6], но, тем не менее, он должен быть учтен. Так, по нашим данным, у 3 больных, получивших курс рентгенотерапии в детском возрасте при микроспории, через 30-45 лет возник базально-клеточный рак кожи волосистой части головы. Эти сведения совпадают с данными

литературы [3]. Была доказана повышенная чувствительность к лучевой терапии лиц, имеющих антиген A10 в системе HLA [1], который встречается наиболее часто при синдроме Горлина – Гольтца [4].

Учитывая небольшой риск развития малигнизации в очагах, подверженных лучевой терапии, особенно важно решить вопрос о целесообразности назначения этого вида лечения лицам моложе 50 лет [2, 5, 7, 8]. По данным регистра, у 48 больных при появлении первой базалиомы возраст был моложе 40 лет (4,7%), у 147 (14,5%) – моложе 50 лет. Для этих лиц назначение лучевой терапии должно быть тщательно обосновано. При возможности лечения альтернативными методами предпочтение должно быть отдано в их пользу. Возраст старше 70 лет и наличие единичной базалиомы при отсутствии иммуносупрессивных методов лечения сопутствующих заболеваний – главный критерий к назначению лучевой терапии.

Криодеструкция жидким азотом используется для лечения базально-клеточного рака кожи в течение 40 лет. В настоящее время данная методика лечения является самой распространенной. Ее положительными факторами являются следующие:

- метод эффективен при размере опухоли в стадии T1N0M0 (по данным отчетов, 90-97% базалиом имели размеры T1N0M0);
- лечение проводится в амбулаторных условиях, причем требуется однократное посещение врача;
- при наличии тяжелых сопутствующих заболеваний возможно проведения лечения в домашних условиях;
- процедура не требует обезболивания;
- возможно одновременное проведение криодеструкции нескольких базалиом.

Отрицательные факторы включают следующие моменты:

- возможность рецидивов при больших размерах базалиом: T2N0M0, T3N0M0;
- возникновение перифокального отека при локализации опухоли в периорбитальной области.

Из 1111 базалиом пролечено методом криодеструкции 1078. При анализе эффективности терапии, по данным регистра, рецидивы возникли лишь в 37 случаях (3,4%). Таким образом, криодеструкция является простым и эффективным методом лечения базально-клеточного рака кожи при небольших размерах опухоли в стадии T1N0M0.

В последние годы, наряду с методами лечения, разрушающими опухоль, предлагается применение иммунологических препаратов, способных вызвать исчезновение злокачественного новообразования кожи за счет прямого и опосредованного воздействия цитокинов. К таким методам относятся введение в очаг натуральных и рекомбинантных интерферонов, а также комплекса цитокинов, обладающих цитотоксическим действием.

Исходя из существующих представлений о важной роли иммунной системы в контроле опухолевого роста, мы провели пилотное исследо-

вание влияния иммуномодулятора «Суперлимф» у 10 больных с базально-клеточным раком.

Суперлимф представляет собой стандартизованный комплекс цитокинов ИЛ-1,2,6, фактора некроза опухоли α (ФНО α), фактора, ингибирующего миграцию фагоцитов (МИФ), трансформирующего фактора роста β (TFR β). Комплексный состав препарата максимально приближает его действие к физиологическому, так как в организме регулирующее действие цитокинов на клетки-мишени определяется не индивидуальной молекулой, а их композицией. Суперлимф существует в виде двух лекарственных форм: в виде ампул, содержимое которых (100 мкг) разводится 2 мл стерильного физиологического раствора для инъекций, и в виде суппозитория по 25 мкг.

Больные получали 1 раз в сутки по 1 суппозиторию (на курс 10 суппозитория). С третьего дня лечения очаг пролиферативного роста местно обрабатывался разведенным препаратом три раза в неделю (на курс 6 процедур). У всех больных отмечено уменьшение выраженности гиперемии вокруг опухоли, что следует расценивать как позитивный эффект, т.к. расширение просвета сосудистой сети при базалиомах, по нашим данным, всегда предшествует распространению опухолевого роста.

В течение всего лечения и двух месяцев после его окончания проводились наблюдения за изменениями размеров и состояния опухоли. У двух больных произошло рубцевание язвенных базалиом размером менее 0,5 см, в 9 случаях размеры опухолей уменьшились. Средний диаметр опухоли до лечения составил 0,51 см, после лечения – 0,34 см. В последующем был проведен второй этап лечения – криодеструкция жидким азотом. Рецидивов базально-клеточного рака кожи, спустя 18 месяцев после проведения лечения, не выявлено.

Проведенный анализ показал эффективность хирургического, лучевого, криодеструктивного методов лечения, каждый из которых имеет как достоинства, так и недостатки, что необходимо учитывать для решения вопроса о тактике ведения больного базально-клеточным раком кожи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бондаренко А.Л. HLA и болезни. – Киров, 1999. – 194 с.
2. Молочков В.А. и др. // Рос. журн. кожн. вен. болезней. – 2004. – №1. – С.7–10.
3. Романенко Г.Ф., Коган М.Г. // Проллиферативные заболевания кожи / респ. сб. науч. трудов. – М., 1985. – С.26–28.
4. Третьякова Е.И. Множественная базалиома как самостоятельное заболевание и синдром Горлина – Гольца: клиника, дифференциальная диагностика и лечение / Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2001.
5. Хлебникова А.Н. Базально-клеточный рак кожи у молодых // Рос. журн. кож. вен. болезней – 2003. – №2. – С.6-8.
6. Thom G.A. et al. // Austral. J. Dermatol. – 2003. – V.44, No.3. – P. 174–179.
7. Veness M., Richards S. // Austral. J. Dermatol. – 2003. – V.44. – P.159–168.
8. Zagrodnik B. et al. // Cancer. – 2003. – V.98, No.12. – P.2708–2714.