

АНАЛИЗ 10-ЛЕТНЕГО ОПЫТА ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ КОЖИ ГОЛОВЫ И ШЕИ В г. МОСКВЕ

А.М. Сдвижков, Л.Г. Кожанов, В.И. Борисов, С.А. Кравцов, Н.Х. Шацкая, И.В. Солдатов, О.А. Ядыков, А.С. Калмыков, В.Л. Филинов, Е.Н. Белов

ГБУЗ «Онкологический клинический диспансер № 1» департамента здравоохранения г. Москвы

Проблема диагностики, лечения и реабилитации пациентов со злокачественными опухолями кожи головы и шеи остается актуальной. В 2011 г. зарегистрировано 4170 случаев впервые выявленных злокачественных опухолей, чаще среди женщин – 2584 (61,97 %). Среди мужского населения рак кожи занимает третье место после рака предстательной железы и легкого, среди женщин – 2-е место после рака молочной железы. Пик заболеваемости злокачественными опухолями кожи среди москвичей зарегистрирован в возрасте 55–85 лет у мужчин и 50–85 лет – у женщин. В большинстве случаев опухоли располагались на коже лица – 45,6 % и волосистой части головы и шеи – 9,0 %, поэтому социальная и функциональная значимость рассматриваемой проблемы не вызывает сомнений, а показатели качества и продолжительности жизни излеченных пациентов имеют равностепенное значение.

С 2002 по 2012 г. в ОКД № 1 накоплен опыт лечения и реабилитации подобных пациентов. Около 90 % злокачественных новообразований кожи головы и шеи были представлены плоскоклеточным и базально-клеточным раком различной степени дифференцировки. Реже встречались другие морфологические структуры – до 10 %, среди которых меланома. В 2011 г. заболеваемость меланомой кожи в г. Москве составила 7,2 на 100000 населения (в 2002 г. – 5,5 на 100000). В отличие от плоскоклеточного и базально-клеточного рака меланома чаще располагалась на коже туловища – 40,1 %, на коже лица – в 6,1 %, волосистой части головы и шеи – в 5,7 %. Следует отметить имеющиеся трудности и ошибки диагностики меланомы на коже головы и шеи, а также известную степень агрессивности течения заболевания данной локализации. Распространенность опухолевого процесса по стадиям в 2011 г.: 0 стадия – 3 (0,4 %), в 2002 г. – 0,4 %; I ста-

дия – 233 (32,2 %), в 2002 г. – 27,9 %; II стадия – 275 (38,0 %), в 2002 г. – 37,1 %; III стадия – 127 (17,5 %), в 2002 г. – 20,4 %; IV стадия – 70 (9,7 %) пациентов, в 2002 г. – 7,9 %; в 16 (2,2 %) случаях сведения отсутствовали, в 2002 г. – 6,3 %. Всего в 2011 г. было зарегистрировано 724 случая впервые выявленной меланомы кожи среди москвичей (в 2002 г. – 569).

Выбор метода лечения осуществлялся на основании анализа данных о морфологической структуре, локализации и распространенности опухолевого процесса, учитывался анамнез заболевания, возраст, сопутствующая патология и общее состояние больного. При лечении применялись хирургический, комбинированный, лучевой, лекарственный методы, ФДТ и криодеструкция. ФДТ и криодеструкция в ОКД № 1 стали применяться значительно позднее других методов, они проводятся при ранних стадиях опухоли. Удаление опухоли выполнялось с соблюдением стандартов, принятых в РФ. При этом границы иссечения блока удаляемых тканей соблюдались не только по ширине, но и глубине – по показаниям резецировались кости лицевого скелета, слизистая органов проксимального отдела пищеварительного тракта, магистральные сосуды и нервы. Выполнялись различные реконструктивно-пластические операции от перемещения осевых лоскутов до применения технологий микрохирургии как одномоментно, так и отсроченно – при отсутствии рецидива опухоли. Хирургические вмешательства дополнялись интраоперационной ФДТ.

Анализ клинического опыта, накопленного в нашем учреждении, свидетельствует о том, что в лечении злокачественных новообразований кожи головы и шеи одним из основных методов является хирургический. Значимым результатом лечения является не только продолжительность, но и каче-

ство жизни излеченных больных. Реконструкция резецируемых тканей с использованием широкого спектра пластического материала является важным

компонентом в лечении и реабилитации данной категории больных.

МЕТОДЫ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ДЕФЕКТОВ ТКАНЕЙ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА КОЖИ ГОЛОВЫ И ШЕИ

Д.К. Стельмах, В.Ж. Бржезовский, М.А. Кропотов, И.Н. Пустынский,
Т.А. Акетова, М.Б. Пак, А.В. Епихина.

ФБГУ «Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина» РАМН, г. Москва

Цель исследования – определить наиболее оптимальные виды восстановления дефектов тканей после удаления злокачественных опухолей кожи головы и шеи.

В отделении опухолей головы и шеи РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН с диагнозом рак кожи за период с 2005 по 2010 г. находилось на стационарном лечении 64 пациента, из них женщин – 37 (56%), мужчин – 30 (44 %). Большинство больных находились в возрастной группе старше 60 лет – 47 (70 %). Распределение по морфологической структуре опухолей: базально-клеточный рак – 44, плоскоклеточный рак – 20, метатипический – 3, рак из придатков кожи – 1 случай. Первичный рак кожи диагностирован у 37 (58 %) пациентов ($T_1N_0M_0$ – 14, $T_2N_0M_0$ – 16, $T_3N_0M_0$ – 2, $T_4N_0M_0$ – 5), рецидивы заболевания – у 30 (42 %) больных, в том числе ограниченные рецидивы (опухоли, соответствующие T_1 - T_2) – у 21, распространенные рецидивы (местнораспространенные опухоли, соответствующие T_3 - T_4) – у 9 пациентов. Локализация опухолей: волосистая часть головы – 20, нос – 15, щеки – 14, верхняя и нижняя губы – 5, ушная раковина – 3, шея – 2, множественные опухоли – 8, веки – 5 наблюдений.

Всем пациентам выполнено хирургическое лечение в различных объемах в зависимости от распространенности опухолевого процесса (от удаления опухоли до комбинированных операций с резекцией подлежащих костных структур). По поводу региональных метастазов 4 больным произведена шейная диссекция в различных объемах, 3 – фасциально-футлярных иссечения клетчатки шеи, 1 – операция Крайля). После иссечения опухоли больные нуждаются в возмещении об-

разовавшихся дефектов. Использовались следующие варианты пластики: местными тканями (в том числе встречными треугольниками) – 16, кожно-жировым лоскутом – 27, кожно-мышечным лоскутом – 4, свободным расщепленным кожным лоскутом – 9, комбинированная пластика – 5, пластика свободным лоскутом на микрососудистых анастомозах – 3, экзопротезирование – 3 операции. В послеоперационном периоде у 4 (5 %) больных отмечались краевые некрозы лоскута, полных некрозов не было.

При ограниченных размерах опухоли (T_1 - T_2 , ограниченные рецидивы) пластика дефектов проводилась в основном местными тканями, чаще всего использовались встречные треугольники. При более распространенных процессах размером >4 см применялись кожно-жировые и кожно-мышечные лоскуты. Особенно выгоден для закрытия обширных дефектов шеи кожно-мышечный лоскут с включением большой грудной мышцы. При локализации рака на волосистой части головы оптимальным является использование свободного расщепленного кожного лоскута, при больших дефектах возможна комбинированная пластика с использованием нескольких различных лоскутов. Пластика реваскуляризированным лоскутом на микрососудистых анастомозах применялась при обширных дефектах, с поражением костей черепа. При этом использовались лучевые и торакодorzальные лоскуты. Экзопротезирование выполнялось при обширных дефектах назоорбитального комплекса (резекция наружного носа с экзентерацией глазницы).

Таким образом, во всех случаях хирургического лечения рака кожи необходимо выполнение пер-