Достоверно установлено, что частота местных рецидивов в первую очередь зависит от толщины первичной опухоли. В настоящее время для опухолей головы и шеи границы иссечения здоровых тканей приняты в зависимости от толщины инвазии меланомы в дерму по Бреслоу. Например, для лентиго меланомы, которая часто встречается на щеке и к моменту диагностики имеет значительные горизонтальные размеры пятно может достигать 2–3 см, при этом инвазивный рост отсутствует (*in situ* процесс), можно минимизировать отступы до 0,5 см. Формально при меланоме T₁, T₂ рекомендованный отступ составляет 1,0 см, при T₃, T₄ – 2,0 см. Однако в области головы и шеи важно сохранить как можно больше здоровой ткани, отдавая приоритет косметическому и функциональному благополучию, так как широкий отступ не коррелирует с увеличением выживаемости.

Очевидно, что выбор адекватного отступа зависит от точности стадирования: для локализованных

меланом это требует вначале оптимальной эксцизионной биопсии и квалифицированной гистологической интерпретации. В большинстве случаев отступа, выполненного при эксцизионной биопсии, достаточно. Если гистологическое исследование устанавливает необходимость повторного вмешательства, при наличии опухоли в краях резекции, иссечение, проводимое в отсроченном порядке, не ухудшает прогноз в сравнении с одномоментным иссечением. К другим факторам, определяющим объем хирургического вмешательства, относятся: клиничко-гистологический тип, размер и локализация первичной опухоли и вторичных изменений, модель регионального лимфатического дренажа, возраст и общее состояние пациента. Метод закрытия кожного дефекта не влияет на прогноз, поэтому следует стремиться к хорошему косметическому эффекту, выполняя по возможности пластику местными тканями.

ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ КОЖИ ГОЛОВЫ И ШЕИ

В.Н. Капинус, М.А. Каплан

ФБГУ «Медицинский радиологический научный центр» МЗ РФ, г. Обнинск

Цель исследования – разработка методики и оценка эффективности фотодинамической терапии (ФДТ) с фотосенсибилизатором «Фотолон» у больных базально-клеточным (БКРК) и плоскоклеточным раком (ПКРК) кожи головы и шеи.

Материалы и методы. В отделе лазерной и фотодинамической терапии ФБГУ МРНЦ методика ФДТ с фотосенсибилизатором «Фотолон» была использована у 156 ранее не леченных больных БКРК и у 127 пациентов с рецидивами БКРК, которые возникли после следующих видов лечения: лучевой терапии – у 39, хирургического лечения – у 13, крио-, электро-, лазеродеструкции – у 21, фотодинамической терапии – у 16, комбинированного лечения – у 36 больных. Все диагнозы имели морфологическую верификацию, по распространенности первичные новообразования соответствовали T₁₋₄N₀M₀, из них T₁ – у 58 (37,2 %), T₂ – у 82 (52,6 %), T_{3,4} – у 16 (10,2 %) больных, распространенность рецидивных новообразований: до 2 см – у 32 (25,2 %)

, 2–5 см – у 74 (58,3 %), 5–10 см – у 13 (10,2 %), более 10 см – у 8 (6,3 %) больных. Кроме того, ФДТ была проведена 51 больному ПКРК головы и шеи. У 24 (47,1 %) пациентов был первичный процесс, у 27 (52,9 %) – неполная регрессия опухоли в виде продолженного роста или рецидива после лучевой терапии, хирургического лечения, криодеструкции, комбинированного лечения. Распространенность первичного ПКРК: T₁ – 7 (29,2 %), T₂ – 16 (66,7 %), T₃ – 1 (4,2 %) пациент, при рецидивах ПКРК преобладали распространенные формы заболевания, в 40,7 % размер новообразования – 2–5 см, в 59,3 % – от 5 см и более. Большинство опухолей имели так называемую неудобную локализацию, которая представляет трудности для хирургического и/или лучевого лечения. (параорбитальная область, область носа и носогубных складок, кожа заушной области, кожа ушных раковин и наружного слухового прохода).

Для ФДТ использовался фотосенсибилизатор

«Фотолон» (АО «Белмедпрепараты», регистрационное удостоверение МЗ РФ № 015948/01 от 02.12.09) в дозе 1,1–1,6 мг/кг веса тела. К опухолям подводилась световая энергия в дозе 100–600 Дж/см² в течение одного сеанса облучения с одного или нескольких полей. Более низкие дозы (100–200 Дж/см²) использованы при поверхностно-стелющихся новообразованиях, более высокие (300–600 Дж/см²) – при экзофитных опухолях с выраженной инфильтрацией подлежащих тканей и при лечении рецидивов.

Результаты. После ФДТ первичного БКРК полная регрессия зарегистрирована у 151 (96,8 %), частичная регрессия – у 5 (3,2 %) пациентов, отсутствие эффекта не отмечалось. ФДТ начальных стадий (T_{1,2}N₀M₀) БКРК только в 3,4–4,9 % сопровождалось развитием рецидивов. После ФДТ распространенных форм (T_{3,4}N₀M₀) БКРК в 37,7 % развились рецидивы, которые, как правило, были краевыми и небольших размеров (до 2 см). Проведение последующих процедур ФДТ в таких ситуациях позволило достичь полной излеченности или стабилизации процесса.

При ФДТ рецидивного БКРК в сроки от 6 мес до 5 лет без повторного рецидива наблюдались у 87 (68,5 %), повторные рецидивы возникли у 40 (31,5 %) пациентов. ФДТ рецидивных новообразований небольших размеров (до 2 см) в 9,4 % случаев сопровождалось развитием повторных рецидивов заболевания, при лечении образований 2–5 см они наблюдались в 29,7 %, при лечении образований более 5 см – в 71,4 %. Повторные рецидивы чаще регистрировались в сроки от 3 до 12 мес после ФДТ (у 24 из 40 больных), продол-

жительность безрецидивного периода – $11,0 \pm 1,5$ мес. Проведение последующих процедур ФДТ, хирургического лечения или лучевой терапии позволило достичь полной регрессии у 19 (47,5 %), стабилизации процесса – у 16 (40,0 %) пациентов, у 5 (12,5 %) больных отмечалось дальнейшее прогрессирование заболевания.

После проведения ФДТ у больных первичным ПКРК полная регрессия зарегистрирована у 22 (91,7 %), частичная регрессия – у 2 (8,3 %) пациентов, отсутствие эффекта не отмечалось. При лечении рецидивов ПКРК в 16 (59,3 %) случаях получена полная регрессия, частичная – в 9 (33,3 %), отсутствие эффекта – в 2 (7,4 %) из 27 наблюдений. В сроки от 6 мес до 5 лет рецидивы ПКРК диагностированы у 16 (31,2 %) из 51 пациента. Большая часть рецидивов (n=13) отмечена у тех больных, которым проводилась ФДТ по поводу рецидива заболевания, и, как правило, неоднократного. Проведение последующих процедур ФДТ в некоторых ситуациях позволяло достичь стабилизации процесса и улучшения качества жизни.

Выводы. Применение ФДТ позволяет провести органосохранное эффективное лечение базально-клеточного и плоскоклеточного рака кожи, локализованного в области головы и шеи с благоприятными отдаленными и косметическими результатами. Результаты лечения методом ФДТ зависят от стадии заболевания и от клинико-морфологических особенностей процесса. Технически процедура ФДТ выполнима достаточно просто, не требует анестезиологического пособия, может применяться у пожилых пациентов и у соматически ослабленных больных.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОГО БАЗАЛЬНО-КЛЕТОЧНОГО РАКА КОЖИ В ОБЛАСТИ ГОЛОВЫ И ШЕИ

А.В. Карпенко, Л.Д. Роман, Р.Р. Сибгатуллин

Ленинградский областной онкологический диспансер, г. Санкт-Петербург

Базально-клеточный рак кожи является самой распространенной злокачественной опухолью человека. Несмотря на высокую эффективность существующих методов лечения, в редких случаях заболевание принимает упорный характер,

может приводить к тяжелым косметическим и функциональным изъяснам и даже к смерти. Речь идет о базально-клеточном раке, обладающем инфильтрирующим характером с поражением подлежащих тканей. Хирургическое лечение в таких