
ОПЫТ РАБОТЫ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ

УДК: 616.5-006.61/.006.63:617.51/.53

ХИРУРГИЧЕСКИЙ МЕТОД В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ БАЗАЛЬНОКЛЕТОЧНЫМ И ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫМ РАКОМ КОЖИ ГОЛОВЫ И ШЕИ

И.Н. Пустынский, М.А. Кропотов, А.И. Пачес

*ФБГУ «Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина» РАМН, г. Москва
115478, Москва, Каширское шоссе, 24, e-mail: inpustynskij@yandex.ru*

Проведен комплексный анализ результатов лечения 476 больных базальноклеточным и плоскоклеточным раком кожи головы и шеи. Хирургическое иссечение опухоли с использованием различных способов пластического замещения дефектов тканей было выполнено у 134 (28 %) больных, из них базальноклеточный рак был у 100 (74,6 %), плоскоклеточный рак кожи – у 34 (25,4 %). Распространенность новообразований была следующей: T_1 – у 19 (14,2 %), T_2 – у 32 (23,9 %), T_3 – у 18 (13,4 %), T_4 – у 16 (11,9 %), распространенные рецидивы рака кожи – у 49 (36,6 %) больных. После хирургического лечения в сроки от 2 до 14 лет рецидивы рака кожи возникли у 19 (14,2 %) больных. Частота возникновения рецидивов нарастала с увеличением распространенности опухоли и была наибольшей (28,6 %) у больных, получавших лечение по поводу рецидивных опухолей. Регионарные метастазы рака кожи возникли у 12 (8,9 %) больных, в том числе при плоскоклеточном раке – у 8, при распространенных рецидивах базальноклеточного рака кожи – у 4 пациентов. При строгом соблюдении разработанных показаний к хирургическому удалению рака кожи головы и шеи с одновременной пластикой удается добиться оптимальных эстетических, функциональных и отдаленных результатов.

Ключевые слова: рак кожи, хирургическое лечение.

SURGICAL APPROACH TO MANAGEMENT OF BASAL CELL AND SQUAMOUS CELL SKIN CANCER OF THE HEAD AND NECK

I.N. Pustynskiy, M.A. Kropotov, A.I. Paches
*N.N. Blokhin Russian Cancer Research Center RAMS, Moscow
24, Kashirskoye Shosse, 115448-Moscow, Russia,
e-mail: inpustynskij@yandex.ru*

A comprehensive analysis of treatment outcomes for 476 patients with basal cell and squamous cell skin cancers of the head and neck was carried out. One hundred thirty four patients (28 %) underwent surgical incision of the tumor with the use of various methods of replacement of tissue defects. Of these patients, there were 100 (74,6 %) with basal cell cancer and 34 (25,4 %) with squamous cell skin cancer. The extent of the tumor was as follows: T_1 in 19 (14,2 %), T_2 in 32 (23,9 %), T_3 in 18 (13,4 %) and T_4 in 16 (11,9 %). Distant recurrence of skin cancer was revealed in 49 (36,6 %) of patients. At a follow up of 2 to 14 years following surgical treatment, skin cancer recurrence occurred in 19 (14,2 %) patients. The frequency of recurrence increased by higher stage of the disease and it was the highest (28,6 %) in patients receiving treatment for recurrent tumor. Regional skin cancer metastases occurred in 12 (8,9 %) patients including 8 patients with squamous cell cancer and 4 patients with recurrent basal cell skin cancer. Strict adherence to indications for surgical treatment of head and neck skin cancer with simultaneous plastic surgery allows the optimal aesthetic, functional and long-term results to be obtained.

Key words: skin cancer, surgical treatment.

Хирургическое лечение больных со злокачественными новообразованиями кожи головы и шеи вместе с радикальным удалением опухоли включает адекватное восстановление индивидуального анатомического рельефа лица и функций жизненно важных органов [1, 3, 14]. При хирургическом удалении рака кожи лица в пределах здоровых тканей

СИБИРСКИЙ ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ. 2012. № 5 (53)

нередко приходится резецировать эстетически и функционально важные структуры лица, восстановление которых даже с помощью сложных реконструктивных вмешательств, не всегда приводит к удовлетворительным результатам [2, 4, 8, 11].

Известно, что при начальных стадиях базальноклеточного и плоскоклеточного рака кожи (T_1)

с успехом используются различные, в том числе и консервативные, виды лечения, в связи с чем имеется возможность выбора оптимального метода в зависимости от особенностей каждой клинической ситуации [9, 13]. При местнораспространенных и рецидивных формах заболевания основным методом является хирургическое вмешательство как в самостоятельном варианте, так и в плане комбинированного лечения [7, 8, 15]. Таким образом, разработка показаний к хирургическому методу лечения больных раком кожи головы и шеи, а также исследование отдаленных результатов данных операций являются актуальными клиническими задачами.

Материал и методы

Проведен комплексный анализ результатов лечения 476 больных, находившихся в клинике опухолей головы и шеи Российского онкологического научного центра им. Н.Н. Блохина РАМН по поводу базальноклеточного и плоскоклеточного рака кожи головы и лица с 1998 по 2010 г. Хирургическое иссечение было выполнено у 134 (28 %) больных, при этом у 10 больных оно выполнялось как этап комбинированного лечения с предоперационной лучевой терапией и 1 пациенту проводилось послеоперационное облучение. Следует отметить, что проведение на первом этапе лучевой терапии в дозе 45–50 Гр ни в одном из 10 случаев не привело к полной регрессии опухоли, что послужило поводом для выполнения хирургического вмешательства.

Среди оперированных больных было 76 мужчин и 58 женщин в возрасте от 34 до 83 лет, при этом пациентов в возрастной группе старше 70 лет было 33 (24,3 %), а старше 80 лет – 7 (5,2 %). Во всех случаях диагноз был подтвержден морфологическим исследованием новообразования. Базальноклеточный рак был у 100 (74,6 %) и плоскоклеточный рак кожи – у 34 (25,4 %) больных. По распространенности новообразования распределялись следующим образом: опухоли, соответствовавшие символу T_1 , были у 19 (14,2 %), T_2 – у 32 (23,9 %), T_3 – у 18 (13,4 %), T_4 – у 16 (11,9 %) больных и в 49 (36,6 %) наблюдениях имелись рецидивы рака кожи после различных видов лечения (лучевого, хирургического, криохирургического, фотодинамической терапии и др.). Локализация новообразований подвергнутых хирургическому удалению: кожа щеки – 23 (17,2 %), теменная и затылочная области – 29 (21,6 %), височная область – 19 (14,2 %), лобная

область – 14 (10,4 %), кожа шеи – 14 (10,4 %), другие области кожи головы и шеи (кожа носа, ушная раковина, кожа губ, веки) – 35 (26,1 %). Таким образом, у большинства больных (73,8 %) в группе хирургического лечения опухоль локализовалась на участках кожи головы и шеи с относительно ровным анатомическим рельефом, что позволяло эффективно восстанавливать дефекты тканей после широкого радикального иссечения новообразований с хорошими эстетическими результатами.

Хирургическое удаление рака кожи I стадии выполняли в случаях, когда форма и локализация новообразования позволяли осуществить достаточно широкое иссечение с последующим восстановлением индивидуального анатомического рельефа лица с помощью различных видов кожной пластики. В то же время оперативное удаление опухоли являлось единственно возможным видом радикального лечения при инфильтративных формах новообразований с нечеткими клиническими границами, распространенных рецидивах рака кожи после лучевой терапии, при поражении опухолью костной ткани, тканей глазницы, глубоком поражении мышечной ткани и подлежащих структур. Согласно сведениям, имеющимся в литературе, и нашим наблюдениям, другие методы лечения в перечисленных ситуациях не приводят к полной и стойкой регрессии опухоли [5, 6, 10, 11].

Результаты и обсуждение

С целью достижения оптимальных эстетических и функциональных результатов при пластическом замещении послеоперационных дефектов максимально использовались местные ткани, идентичные по цвету, толщине и другим характеристикам утраченным структурам. Это достигалось с помощью различных пластических приемов – мобилизацией прилежащей к дефекту кожи с дополнительными разрезами или без них, закрытием раны при помощи перемещенного кожного лоскута на ножке, взятого поблизости от раны, а также комбинацией различных пластических приемов при распространенных поражениях. Способы кожной пластики выбирались индивидуально в зависимости от величины и локализации дефекта тканей, при этом для достижения наилучших эстетических результатов линии разрезов проводились с учетом прохождения питающих сосудов и соответственно направлениям естественных складок лица.

Так, для замещения дефектов наружного носа в большинстве случаев использовали перемещение носогубного кожного лоскута на питающей ножке. При обширных дефектах кожи носа после удаления местнораспространенных опухолей применяли «индийский» способ пластики путем перемещения лобного лоскута на питающей ножке. Вторым этапом данной операции впоследствии выполнялась коррекция питающей ножки лоскута и моделирование спинки носа, после чего отмечались хорошие эстетические результаты. Для замещения дефектов кожи подбородочной области, нижней губы, щеки и околоушно-жевательной области использовали шейные кожные лоскуты на питающей ножке, расположенной поблизости от раны. Замещение дефектов кожи нижнего века после иссечения опухоли осуществлялось с помощью кожного лоскута на питающей ножке, взятого с верхнего века.

Свободную кожную пластику, как правило, использовали для замещения дефектов кожи волосистой части головы или височной области при условии сохранения питания перемещенного кожного лоскута со стороны надкостницы. Также в ряде случаев свободная кожная пластика использовалась в комбинации с другими видами пластики при замещении дефектов, возникавших после удаления местнораспространенных форм рака кожи. В случае поражения опухолью надкостницы производили комбинированную пластику дефекта, которая включала перемещение на область дефекта кожно-фасциального лоскута на питающей ножке из прилежащих тканей, донорский участок при этом укрывался с помощью свободной кожной пластики.

У 5 больных с распространенными рецидивами рака кожи с поражением костей черепа замещение обширных послеоперационных дефектов было выполнено с помощью свободных кожно-мышечных лоскутов на микрососудистых анастомозах. Следует отметить, что из-за большой величины и сложности дефектов в данной группе больных их замещение с помощью любых других видов пластики было невозможно, поэтому выполнение пластики свободными лоскутами на микрососудистых анастомозах заранее входило в план операции.

При последующем наблюдении за пациентами после хирургического лечения в сроки от 2 до 14 лет рецидивы рака кожи возникли у 19 (14,2 %) больных. Частота возникновения рецидивов заболе-

вания зависела от распространенности поражения. Так, при новообразованиях, соответствовавших символу T_2 , рецидив рака кожи возник у 1 из 32 (3,1%) больных, при T_3 – в 2 (11,1%) случаях, при T_4 – у 2 (12,5 %) из 16 больных. Вместе с тем после иссечения начальных форм рака кожи, соответствовавших символу T_1 , рецидивов рака кожи не было отмечено ни у одного из 19 пациентов.

Наибольшее число рецидивов рака кожи наблюдалось у больных, поступавших в клинику с распространенными рецидивами базальноклеточного и плоскоклеточного рака кожи после различных видов лечения, проведенного ранее в других лечебных учреждениях. В данной группе пациентов после хирургического иссечения рецидивной опухоли повторные рецидивы возникли у 14 (28,6 %) из 49 больных, в 8 (16,3 %) случаях наблюдались регионарные метастазы рака кожи, 7 (14,3 %) больных умерли от прогрессирования заболевания.

Метастазы рака кожи возникли у 12 (8,9 %) из 134 больных, подвергнутых хирургическому лечению, которые во всех случаях локализовались в регионарных лимфатических узлах. При первичных формах рака кожи метастазы возникли в 4 случаях, у всех этих пациентов был плоскоклеточный рак кожи ($T_2 - 1$, $T_3 - 2$, $T_4 - 1$). При лечении 49 больных с рецидивами рака кожи метастазы возникли в 8 (16,3 %) случаях, в том числе у 4 больных с плоскоклеточным раком кожи и у 4 пациентов с базальноклеточным раком, у 2 из которых был обнаружен метатипический вариант опухоли.

Таким образом, метастазы плоскоклеточного рака кожи возникли у 8 (23,5 %) из 34 больных, в том числе у 4 из 23 больных с первичными формами новообразований и у 4 из 11 – с рецидивами. При хирургическом лечении 62 больных с первичными формами базальноклеточного рака кожи метастазов не наблюдали, в то время как при рецидивах базальноклеточного рака кожи метастазы возникли у 4 (10,5 %) из 38 больных. Во всех случаях при метастазах базальноклеточного рака кожи имелась распространенная опухоль с глубокой инфильтрацией экстрадермальных структур, с признаками метapлазии, атипией клеток, что сопровождалось агрессивным клиническим течением заболевания.

Хирургическое удаление метастазов рака кожи, включавшее радикальное иссечение клетчатки шеи на стороне поражения, было выполнено 6 больным,

комбинированное лечение – 3, лучевая терапия с полной регрессией подчелюстного метастаза – 1 больному, в 2 случаях с связи с распространенностью поражения было возможно только проведение паллиативной химиотерапии. При последующем наблюдении 6 из 12 пациентов умерли от прогрессирования заболевания, 3 – от сопутствующей патологии и судьба 2 больных осталась неизвестна, однако, учитывая распространенность заболевания, прогноз оценивался как неблагоприятный.

Таким образом, результаты хирургического лечения распространенных рецидивов рака кожи уступают аналогичным показателям при первичном, ранее не леченном раке кожи [12, 15]. Однако следует отметить, что хирургический метод в данной группе больных был единственным возможным видом радикального лечения с шансами на стойкое излечение. Неблагоприятными прогностическими признаками явились поражение опухолью костей черепа, тканей основания черепа, в том числе глазницы, возникновение метастазов рака кожи. Полученные клинические данные показывают, что данная группа пациентов требует разработки особых клинических подходов к лечению.

Таким образом, у больных с первичным базальноклеточным и плоскоклеточным раком кожи головы и шеи после хирургического лечения по разработанному показанию с одномоментным замещением дефекта, отмечены хорошие эстетические и отдаленные результаты. Следует отметить, при новообразованиях, соответствовавших символу T₁, хирургическое удаление опухоли по разработанному показанию было выполнено у 19 (15,5 %) из

123 больных, в остальных случаях, как правило, успешно проводилось криогенное лечение.

ЛИТЕРАТУРА

1. Блохин Н.Н., Трапезников Н.Н., Алиев Д.А. Пластические операции при злокачественных опухолях кожи. М.: Медицина, 1979. 207 с.
2. Дашкова И.Р., Ляпичева О.В., Мхитарьян О.Н. Реконструкция дефекта кожи носа в хирургическом лечении злокачественных новообразований // Прогнозирование вероятности развития рецидива рака. М., 2009. С. 214–217.
3. Дашкова И.Р., Ирхина А.Н. Комбинированная пластика дефектов свода черепа в комплексном лечении больных местнораспространенным раком кожи // Вестник ВолгГМУ. 2009. № 2. С. 23–26.
4. Дунаевский В.А. Пластические операции при хирургическом лечении опухолей лица и челюстей. Л.: Медицина, 1976. 192 с.
5. Молочков В.А., Снарская Е.С. К вопросу о метастазировании базально-клеточного и метатипического рака кожи // Российский журнал кожных и венерических болезней. 2009. № 1. С. 9–12.
6. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. М.: Медицина, 2000. 480 с.
7. Чупров И.Н., Сысоева Н.В. К вопросу о деструктирующих формах базалиом // Мат. науч.-практ. конф. «Проблемы теории и практики укрепления общественного и индивидуального здоровья в современных условиях». СПб., 1999. С. 294–295.
8. Backous D.D., DeMonte F., El-Naggar A. et al. Craniofacial resection for nonmelanoma skin cancer of the head and neck // Laryngoscope. 2005. Vol. 115 (6). P. 931–937.
9. Barry J., Oon S.F., Watson R., Barnes L. The management of basal cell carcinomas // Ir. Med. J. 2006. Vol. 99 (6). P. 179–181.
10. Cigna E., Tarallo M., Maruccia M. et al. Basal cell carcinoma: 10 years of experience // J. Skin Cancer. 2011. Vol. 2011. A. 476362.
11. Lane J.E., Kent D.E. Surgical margins in the treatment of non-melanoma skin cancer and mohs micrographic surgery // Curr. Surg. 2005. Vol. 62 (5). P. 518–526.
12. Schwitter V. Invasive basal cell carcinoma of the head and neck (basalioma terebrans) // Facial Plast. Surg. 2011. Vol. 27 (3). P. 258–265.
13. Skelton L.A. The effective treatment of basal cell carcinoma // Br. J. Nurs. 2009. Vol. 18 (6). P. 346, 348–350.
14. Turner M.J., Smith W.P. Reconstruction of forehead skin: the unilateral horizontal advancement flap // J. Oral Maxillofac. Surg. 2011. Vol. 69 (7). P. 2048–2051.
15. Walling H.W., Fosko S.W., Geraminejad P.A. et al. Aggressive basal cell carcinoma: presentation, pathogenesis, and management // Cancer Metastasis Rev. 2004. Vol. 23(3–4). P. 389–402.

Поступила 10.05.12