

-
5. Самгин М. А., Севидова Л. Ю. // Рос. журн. кож. и вен. болезней. – 1998. – № 1. – С. 37 – 38.
 6. Falk E.S., Glanetti A., Ramper F.H.J. et al. // Dtsch. Dermatol. – 1994. – V. 42. – Suppl. 7, №. 744. – P. 747-750.
 7. Leung D.Y.M. // Clin. Exp. Immunol. – 1997. – V. 107. – Suppl. 1. – P. 25-30.
 8. Visscher H. W. // Eur. J. Clin. Pharmacol. – 1995 – V. 48, № 2. – P. 123-125.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ ПЕРВИЧНЫХ И РЕЦИДИВИРУЮЩИХ БАЗАЛИОМ МЯГКИХ И КОСТНЫХ ТКАНЕЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ

*А.А. Никитин, В.В. Андрюхина, Н.З. Спиридонова, В.А. Стучилов
МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского*

Серьезным вопросом на стыке нескольких специальностей является выбор тактики лечения базалиомы – злокачественной эпителиальной опухоли кожи с местнодеструктивным ростом и нередко трансформирующейся в более злокачественные формы – плоско-клеточный и метатипический рак. Это самая распространенная злокачественная опухоль кожи. По частоте она занимает третье место среди всех опухолевых заболеваний человека (после рака желудка и легких), ее частота среди злокачественных эпителиальных новообразований кожи составляет от 75 до 96,8% [2].

Актуальность проблемы изучения базалиомы обусловлена не только ее высокой распространенностью, но и недостаточной эффективностью существующих методов лечения. Даже использование современных методов лечения приводит к полному или частичному излечению этой опухоли только в 60-80% случаев [3].

Отсутствие единого алгоритма обследования пациентов с различными типами базально-клеточного рака кожи, профилактики рецидивов с участием онкологов, дерматологов и челюстно-лицевых хирургов является одной из причин поздней диагностики заболевания, что затрудняет организацию лечебно-диагностической помощи больных в полном объеме.

Наряду с радикальным удалением опухоли, задачей каждой операции по поводу базалиом мягких и костных тканей головы и шеи является эстетическая реконструкция утраченных тканей в зоне послеоперационных дефектов.

Устранение обширных дефектов покровных тканей в области лица остается достаточно серьезной проблемой по нескольким причинам: вследствие ограниченности объема тканей как пластического материала, используемые лоскуты при устранении дефектов не всегда отвечают эстетическим требованиям – затруднён подбор цвета, необходимой толщины и эластичности из-за частичной потери иннервации.

За период с 1996 по 2005 г. в клинике челюстно-лицевой хирургии МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского прооперировано 140 больных с базально-клеточным раком в области лица и волосистой части головы (из них у 84 больных заболевание носило рецидивирующий характер, деструкция костной ткани опухолевым процессом выявлена у 12 пациентов). Размеры базалиом составляли от 1 до 15 квадратных сантиметров. Возраст больных от 43 до 84 лет и старше, из них мужчин 52, женщин 88. Среди всех 140 пациентов в 58 случаях были поздние обращения через 3-4 и даже 5 лет после начала заболевания в связи с бессимптомным течением. Возникновение заболевания в молодом возрасте отмечено у 11 пациентов, что составляет 7,5% наблюдений.

В различные сроки после проведённого первичного лечения обращались 84 пациента с рецидивирующими формами базалиом: через 2-4-6 месяцев 46 больных; через год 26 больных; через 1,5 года и более 12 больных.

При ретроспективном анализе выявлены четыре группы пациентов, поступивших в отделение:

- 1-я – с рецидивом заболевания после лучевой терапии, 44 пациента, рецидив возник через 6 месяцев после окончания лучевой терапии у 28 больных, через год – у 16;
- 2-я – после первичного иссечения с рецидивом, 10 человек, из них у 1 пациента рецидивирование наступило через 6 месяцев, у 3 через 12 месяцев, у 6 через 3 года;
- 3-я – с рецидивом после проведения курса иммунотерапии, 25 пациентов;
- 4-я – после криодеструкции опухоли с рецидивированием, 5 человек, из них у 3 рецидив отмечался через 12 месяцев, у 2 через 16 месяцев.

Рецидивы заболевания определены со следующими вариантами базально-клеточного рака:

- инфильтративная и инфильтративно-язвенная клиническая форма в 54,2% наблюдений;
- гистологический тип – склерозирующий (морфеа) и метатипический рак в 7,3% наблюдений;
- первично-множественная форма опухолевого процесса в 38,5% наблюдений.

Наиболее встречающаяся локализация отмечена в области эмбриональных линий соединения лицевых складок – на крыльях носа, ушной раковины, по ходу носогубных складок, в параорбитальной области, в области угла рта, области внутреннего и наружного углов глаза [4]. Распределение больных по локализации базалиом представлено в табл. 1.

Выработаны критерии подхода к комплексному лечению больных с базально-клеточным раком головы и шеи, основанные на определении локализации, распространённости, степени инвазии и деструкции, темпов роста новообразования, возраста больного, а также клинической и гистологической дифференцировки опухолевого процесса.

**Распределение больных по локализации базалиом кожи
лица и головы**

Локализация базалиомы	Число больных	Число больных рецидивирующими формами базалиом
Нижнее веко	8	5
Верхнее веко	4	3
Скуловая область	10	6
Лобная область	13	6
Лобно-теменная область	18	11
Нос и верхняя губа	48	26
Щечно-височная область	12	8
Область ушных раковин и заушная область	15	7
Распространенные опухоли с включением ряда областей и прорастанием в костную ткань	12	12

Основываясь на данных литературы и опыте клиники челюстно-лицевой хирургии МОНИКИ (с 1900 г. по настоящее время), по лечению первичных, рецидивных, множественных по инвазии злокачественных форм рака, опухолей с экзофитным ростом, в том числе базально-клеточных с локализацией опухолевого процесса в области век, спинки и крыльев носа, угла рта, ушных раковин, лобной, височной, теменной и распространением процесса на костную хрящевую ткань, мы использовали криодеструкцию – как самостоятельно, так и в сочетании с другими методами при лечении радиорезистентных форм рецидивирующего базально-клеточного рака головы и шеи.

Криохирургия является наиболее щадящим методом лечения, который при достаточной радикальности обеспечивает абластичность вмешательства – как во время биопсии, проводимой в условиях блокированного льдом кровообращения и лимфооттока, так и во время проведения операции, в первые часы после которой возникает тромбоз кровеносных сосудов, фиксация клеточных элементов отеком [1].

Криодеструкция не дает перихондритов при локализации опухолевого процесса в области носа и ушных раковин и грубого рубцевания в послеоперационном периоде.

Для проведения криогенного лечения нами используются автономные малогабаритные криоаппараты с наконечниками, в ряде случаев, при сложной конфигурации опухоли и распространенности ее на костную ткань, изготовленными в предоперационном периоде индивидуально для конкретного больного по модели экзофитного мягкотканого компонента опухоли.

Идея создания новых типов наконечников криохирургических инструментов состоит в том, чтобы они легко преобразовывались в индивидуальные формы, конгруэнтные с поверхностью опухоли, и точно воспроизводили сложную конфигурацию опухоли с достижением низких температур в диапазоне 120-140° С.

Наконечник изготавливается внелабораторно из мягкоплавкого металла (с температурой плавления +42° С), по отлитой с анатомического оттиска опухоли модели (а.с. № 1 674817). С помощью гибкого шланга из фторопласта наконечник присоединялся к модифицированной канюле автономного криоаппарата «КР-02».

Большая теплофизическая эффективность индивидуальных наконечников объясняется достижением концентрации изотерм одновременно в объеме массивного образования. Предложенная методика позволяет увеличить глубину некроза в 2-2,5 раза и девитализировать при показаниях подлежащую костную ткань и опухолевые клетки вне зоны визуального манипулирования. С помощью криодеструкции удается стабилизировать прогрессирование базалиомы и рациональнее планировать реконструктивно-восстановительные операции на последующих этапах лечения, когда сформируется дефект и контрольная биопсия подтвердит отсутствие рецидивов.

У 106 пациентов использовалась разработанная в отделении челюстно-лицевой хирургии методика комбинированного лечения, заключающаяся в сочетании радикального хирургического иссечения замороженной предварительно опухоли с одновременной криодеструкцией мягкотканого или костного ложа опухоли. Методы хирургического лечения представлены в табл. 2.

Таблица 2

Методики хирургического лечения базалиом мягких и костных тканей головы и шеи

Метод лечения	Число больных
Пластика местными тканями	45
Пластика свободным аутоотрансплантатом	21
Пластика артериализированным кожно-мышечным лоскутом со лба и височно-теменной области, дублированных свободной кожей или слизистой, наружным мышечно-фасциальным лоскутом	51
Пластика ушной раковины с использованием тканей непораженной ушной раковины по Кручинскому	2
Пластика тотального дефекта верхней губы полнослойным лоскутом со щеки на сосудистой ножке	10
Устранение послеоперационного дефекта кожными лоскутами с использованием латексного экспандера	11

При устранении дефектов и деформаций в области верхних и нижних век, возникших после лечения базалиомы, появляется необходимость использовать в качестве пластического материала свободную слизистую оболочку. Свободная слизистая оболочка позволяет сформировать сложный дублированный кожно-мышечно-слизистый лоскут, который при проведении восстановительных операций на сквозных и краевых дефектах анатомически соответствует замещаемым тканям, что в конечном результате наиболее полно восстанавливает функцию и эстетику утраченного органа.

Например, при устранении дефектов нижнего века на этапе заготовки пластического материала – мостовидного лоскута, на верхнем веке проводили разрез кожи на всю его длину, не повреждая мышечный слой; кожу отсепаровывали вверх и вниз; верхнюю часть погружали на дно кармана и фиксировали кожными швами. Свободный лоскут слизистой с нижней губы переносили в сформированный карман, заготовив, таким образом, мостовидный, дублированный слизистой оболочкой лоскут. Через 12 дней одновременно с иссечением базалиомы нижнего века проводили пластику последнего перемещением заготовленного ранее лоскута.

В случаях деформации верхнего века и невозможности использования его тканей для пластики нижнего века, использовали дублированный кожно-слизистый лоскут со лба и височно-теменной области на питающих артериях. На втором этапе, через 10-12 дней, проводили удаление базалиомы века, а образовавшийся дефект замещали ранее заготовленным лоскутом.

При дефекте в области ската носа размером 2-3 см и перегородки носа, образовавшемся после удаления базалиомы, распространившейся на костную ткань, проводили криодеструкцию на первом этапе, на втором – операцию пластического закрытия дефекта лоскутом со лба. Внутреннюю выстилку полости носа создавали двухлопастным лоскутом слизистой оболочки путем мобилизации и перемещения слизистой перегородки и преддверия носа на сосудистой ножке перегородочной артерии, либо путем перемещения свободной слизистой с нижней губы.

При локализации опухоли, занимающей большую поверхность на коже дистального отдела лба, удаление ее и устранение образовавшегося дефекта проводили в два этапа. Лоскут на сосудистой ножке выкраивали на неповрежденной стороне лба с включением *a. subtrochlearis* et *a. suborbitalis*. На раневую поверхность донорской раны перемещали свободный кожный аутотрансплантат и укрывали его выкроенным лоскутом, который за 10-12 дней приживления подвергался биологической тренировке. На втором этапе иссекали базалиому и дефект устраняли заготовленным лоскутом со здоровой стороны лба.

При локализации опухоли значительных размеров в области волосистой части головы для устранения дефекта тканей использовали

два варианта пластики: лоскуты прилежащих тканей на питающих ножках с возможностью их ротаций на область дефекта и лоскуты, образованные с помощью латексных эспандеров.

Результаты использования приведённой схемы лечения с применением метода криодеструкции свидетельствует о благоприятном воздействии на адаптационные приспособительные реакции организма, дающие возможность органотопического восстановления не только мягкотканых структур, но и поврежденной кости, то есть сохранения ее непрерывности и формы. Установлено, что в девитализированной замораживанием костной ткани, наряду с резорбцией, сохраняются репаративные процессы вокруг костной раны. Образование новой кости идет по типу эндостального и периостального костеобразования с последующей перестройкой в пластинчатую кость [1].

С целью более полного изучения особенностей деструктивных и репаративных процессов в зоне бывшего в костной ткани патологического очага в различные сроки после операции проводили радионуклидные и рентгенологические исследования.

Метод криодеструкции может быть использован при размерах опухоли, не превышающих 3-7 см², при микронодулярной, язвенной разновидности, если опухоль имеет резкие границы и глубину проникновения до 3-5 мм в костную и хрящевую ткани, а также при локализации процесса в области носа, ушной раковины, в параорбитальной области, в области внутреннего и наружного углов глаза, височной, теменной, лобной областях.

Объем оперативного вмешательства определялся не только размерами опухоли, но и состоянием окружающих тканей, в большинстве случаев рубцовоизмененных под действием предыдущих методов лечения (криовоздействие, лучевая терапия). В связи с этим, в большинстве случаев, требовалось устранение дефектов тканей лоскутами, сформированными с сосудистыми ножками в пределах здоровых тканей, то есть более отдаленных от опухолевого процесса.

Данные литературы [2] и многолетний опыт клиники свидетельствуют о трудностях определения формы опухоли при гистологическом исследовании и возможностях трансформации ее в более злокачественную форму при повторных рецидивах. Поэтому в более сложных проявлениях заболевания использовали метод комбинированного лечения, заключающийся в сочетании радикального хирургического иссечения замороженной предварительно опухоли с одновременной криодеструкцией мягкотканого или костного ложа опухоли.

После проведенного по данной комбинированной методике лечения при отдалённых сроках наблюдения до 7 лет отмечен стойкий положительный результат у 101 больного, что составляет 72,14 %.

Установлено, что репаративные процессы наиболее ярко выражены через 3-4 месяца и продолжаются до 6-8 месяцев. Достоверность метода радионуклидных исследований установлена в 93,3% [4].

Результаты наблюдения всех представленных больных в отдаленные сроки до 10 лет показали, что положительные результаты лечения

получены в 86,9% случаев, что свидетельствует о перспективности и целесообразности разработанного нами комплексного метода лечения первичных и рецидивирующих базалиом мягких и костных тканей головы и шеи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Демичев Н.П. // Мед. криология. – 2004. – Вып. 5. – С. 125-127
2. Молочков В.А., Снарская Е.С. // Рос. журн. кож. и вен. болезней. – 2003. – № 1. – С. 7-9.
3. Молочков В.А., Хлебникова А.М., Третьякова Е.М., Давыдова И.А. // Рос. журн. кож. и вен. болезней. – 1998. – № 2. – С. 12-15.
4. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. – М. – 2000.
5. Спиридонова Н.З., Плотников Н.А., Лаврищева Г.И. // Бюл. exper. биол. – 1990. – № 15. – С. 478-481.

ОСОБЕННОСТИ ПАРАКЕРАТОЗА У РЕЦИПИЕНТОВ ПОЧЕЧНОГО ТРАНСПЛАНТАТА

*С.А. Николаева, С.С. Кряжева, Е.С. Снарская, С.Б. Ткаченко,
И.А. Казанцева, Е.О. Щербакова, А.Ю. Кладова*
МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского
ФППОВ ММА им. И.М. Сеченова, Москва

Паракератоз – редкое нарушение кератинизации с аутосомно-доминантным типом наследования, хотя он часто встречается и как приобретенная форма [1].

Выделяют ряд клинических вариантов заболевания.

Паракератоз Мибелли (классический вариант) проявляется в любом, но чаще в детском возрасте как аутосомно-доминантное заболевание, или в виде спорадических случаев с развитием процесса в любом возрасте, но чаще в детском и у лиц мужского пола. Очаг поражения (один или несколько) представляет собой округлую серовато-коричневую, или медно-красную сухую бляшку, достигающую в результате медленного эксцентрического роста диаметра 6-7 см. Ее центральная часть подвергается атрофии и слегка западает, иногда покрываясь гиперкератотическими наслоениями, краевая зона подчеркнута роговым валиком, заключенным в желобок и выступающим в виде гребешка высотой до 3мм и больше. Иногда в пределах очага появляются свежие папулы (кокардовидные очаги) или элементы приобретают форму дуг и колец. Преимущественная локализация – конечности (обычно тыл кистей и стоп), реже – лицо, шея, плечи, половые органы, слизистая оболочка рта (в виде круглых или полициклических опалесцирующих бляшек с белесоватым валиком). Развитие очагов на волосистой части головы ведет к алопеции. Иногда возникает утолщение, расщепление и продольная исчерченность ногтей.