

4. Brownstein M.H., Shapiro L. // Int. J. Dermatol. – 1977. – V. 16. – P. 340.
5. Cribier B., Scrivener Y., Grosshans E. // J. Am. Acad. Dermatol. – 2000. – V. 42. – P. 263-268.
6. Coskey R.J. // Cutis. – 1979. – V. 24. – P. 181-183.
7. Domingo J., Helwig E.B. // J. Am. Acad. Dermatol. – 1979. – V. 1. – P. 545.
8. Jagueti G., Requena L., Sanchez Y. E. / Am. J. Dermatopathol. – 2000. – V. 22. – P. 108-118.
9. Lentz C.L., Altman J., Mopper C. // Arch. Dermatol. – 1968. – V. 97. – P. 294.
10. Lever W.F. // Arch. Dermatol. Syph. – 1948. – V. 57. – P. 679-724.
11. Mardi S.L., Mardi R.S., Mardi G.S., Mardi L.S. // Int. J. Immunorehabilitation. – 2001. – V. 3. – P. 23-31;
12. Morioka S. // Cutan. Pathol. – 1985. – V. 12. – P. 2000.
13. Shirren C.G., Pfister H. Z. // Hautarzt. – 1963. – Bd. 14. – S. 397-401.
14. Wilson J.E., Heyl T. // Br. J. Dermatol. – 1970. – V. 82. – P. 99-117.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ НЕМЕЛАНОТИЧЕСКОГО РАКА КОЖИ

В.А. Молочков, Ш. Марди

МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского

Базельский научный центр, Швейцария

Актуальность проблемы немеланотического рака кожи (НМРК) обусловлена его высокой распространенностью, в 18-20 раз большей по сравнению с меланомой [8]. Причем, ежегодный рост уровня заболеваемости НМРК в последние годы составляет 3-8% [9]. Только в США ежегодно регистрируется от 900 тыс. до 1,2 млн новых случаев НМРК [13], а в Австралии с 1985 по 2002 г. рост заболеваемости плоскоклеточным раком (ПКР) кожи составил 133%, а базалиомой – 35% [14]. Особенно высок риск развития НМРК при иммуносупрессии: в течение первого года после пересадки почки он равен 7, а через 20 лет – 70% [6].

Хотя прогноз для жизни при базалиоме обычно хороший, особенно при своевременном начале лечения (опухоль не метастазирует или метастазирует крайне редко), при отсутствии лечения она может приобретать инвазивный характер и прорасти в жизненно важные органы. Прогноз при ПКР кожи хуже, чем при базалиоме из-за возможности метастазирования, поэтому важным аспектом его профилактики является своевременное и качественное лечение предракового поражения (солнечного кератоза, атипичной кератомы, болезни Боуэна и др.).

Совершенствование методов лечения НМРК, таким образом, является важной задачей современной онкологии и дерматоонкологии.

В настоящее время основным методом лечения НМРК остается хирургическая эксцизия. Однако этот метод, как и другие инвазивные (электрокоагуляция и кюретаж, лазеро-, криодеструкция, интерферонотерапия, аппликации имиквимода) и неинвазивные методы ле-

чения (фотодинамическая терапия – ФДТ), не предотвращают развития рецидивов и не всегда дают приемлемые результаты в косметическом отношении [2, 12].

Так, эффективность воздействия ФДТ на опухоли, основанная на цитотоксическом действии синглетного кислорода и других биологических окислителей, образующихся в ходе фотохимических реакций в зависимости от характера фотосенсибилизатора и режима облучения (плотности световой энергии, мощности дозы и т.д.), не превышает 78-92%, а уровень рецидивирования в зависимости от толщины базалиомы составляет 7-14% [3, 4]. При крупных (Т3), рецидивных базалиомах эффективность ФДТ с применением в качестве местного фотосенсибилизатора метиламинолевулината еще ниже и составляет 80-87% [10], частота рецидивирования в сроки до 4 лет после лечения достигает 22% [5], а при сложных локализациях опухоли – даже 31% [10]. Отечественные исследователи В.Н. Капинус и М.А. Каплан (2006) отмечали в 90% случаях трехлетний безрецидивный период после ФДТ базалиомы и ПКР с использованием местного фотосенсибилизатора хлоринового ряда фотолон [1].

В связи с необходимостью разработки новых, более эффективных методов лечения НМРК, наше внимание привлек новый фармацевтический продукт, представляющий собой селенсодержащее соединение – «ММММ», предназначенный для лечения доброкачественных (в том числе вирусных), предраковых и злокачественных опухолей кожи и слизистых оболочек.

Результаты предыдущих исследований, основанных на лечении различных опухолей кожи (солнечного кератоза, себорейного кератоза, кератоакантомы, базалиомы, ПКР кожи, саркомы Капоши и др.), свидетельствуют о способности «ММММ» предотвращать малигнизацию предраковых поражений и обеспечивать выздоровление в 98-99% случаев (при частоте рецидивов в сроки наблюдения от 2 до 6 лет, равной 1-3%). Препарат не абсорбируется организмом, не токсичен и хорошо переносится пациентами [12].

Под нашим наблюдением находились 26 больных (15 мужчин, 11 женщин) в возрасте от 23 до 84 лет, страдавших базалиомой (в 2 случаях поверхностной, в 4 – нодулярной, в 6 – язвенно-нодулярной), солнечным кератозом (5), себорейным кератозом (7), вульгарными бородавками (4), остроконечными кондиломами (4), акрохордоном (15), гигантской кератоакантомой в фазе стабилизации (2), получавших амбулаторное лечение «ММММ».

После нанесения на пораженный участок лекарство, быстро проникая вглубь, вначале оказывало дегидратирующее действие, а затем полностью мумифицировало новообразование. Сформированная корка через 2-4 недели отделялась, оставляя на месте опухоли очень тонкий, почти незаметный рубец.

Частота выздоровления через 3 месяца после нанесения «ММММ» на очаги поражения составляла 100%. Особо следует отме-

тить эффективность препарата «ММММ» при нодулярной и нодулярно-язвенной формах базалиомы. Она оказалась выше, чем при внутритканевой интерферонотерапии и ФДТ (80% и 78-92% соответственно), тогда как уровень рецидивирования при них был существенно выше: 7-14% (в зависимости от толщины опухоли) [3, 4].

Препарат оказался удобным в применении, лечение не требовало анестезии, специального медицинского инструментария и госпитализации больного.

Лечение «ММММ» обычно хорошо переносится, хотя некоторые больные отмечали умеренную боль (сходную по интенсивности с таковой при ФДТ и криодеструкции) и эритему, которые проходили спустя 1-3 часа после его аппликации.

В сроки наблюдения от 1 года до 5 лет рецидив был отмечен только в одном случае язвенно-нодулярной базалиомы.

Таким образом, «ММММ» показал более высокую эффективность, по сравнению с известными методиками, включая хирургические (в том числе электрокоагуляцию и кюретаж, криодеструкцию), интерферонотерапию и ФДТ с местным применением фотосенсибилизатора.

Как отмечалось, хирургический метод традиционно считается основным методом лечения базалиомы. Однако больные не всегда соглашались на операцию или имеют к ней противопоказания, в частности, такие, как крупный размер опухоли (требующий проведения сложной пластики), плохие условия для заживления послеоперационной раны (нарушение трофики и др.), прием антикоагулянтов, иммуносупрессия, сахарный диабет. «ММММ» же может применяться при их наличии.

Поскольку лечение НМРК может привести к формированию довольно грубого, неприемлемого в косметическом отношении рубца, в том числе келоидного (часто при поверхностной базалиоме на туловище), при опухолях не опасных для жизни (базалиома и др.) выбор метода лечения должен осуществляться с учетом его косметической приемлемости [7].

В нашем исследовании косметический эффект после «ММММ» был лучше, чем через 3 мес. после криотерапии (87 и 48% пациентов имели хороший или отличный косметический эффект соответственно). Сходные данные (89 и 50%) были получены исследователями, сравнивавшими косметический эффект при лечении поверхностных и нодулярных форм базалиомы ФДТ и криодеструкцией [5, 15]. С косметической точки зрения «ММММ» может иметь преимущества по сравнению с хирургической операцией и другими деструктивными методами лечения опухолей кожи, и в этом отношении он вполне сравним с ФДТ.

Итак, «ММММ» может использоваться при крупных, распространенных и множественных поверхностных, узловатых и язвенных базалиомах. При этом косметический эффект улучшается со временем, в том числе и при локализации опухоли в центральной зоне (Н-зоне)

лица. Если через 3 месяца после лечения хороший или отличный косметический результат имели 87% пациентов, то через 3-5 лет он повысился до 97% и по этому показателю существенно превосходил не только хирургический метод и криодеструкцию, но и интерферонотерапию [3], приближаясь к ФДТ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Капинус В.Н., Каплан М.А. // Альманах клинической медицины. – М.:МОНИКИ, 2006. – Т. IX. – С. 32-48.
2. Молочков В.А., Поляков П.Ю., Афонин А.В. и др. // Рос. журн. кож. и вен. болезней. – 2006. – № 6. – С.4-9.
3. Снарская Е.С., Молочков В.А. Базалиома. – М., 2005.
4. Baas P., Saarnak A.E., Oppelaar H. et al. // Br. J. Dermatol. – 2001. – V. 145. – P. 75-78.
5. Basset-Seguin N., Ibbotson S., Emtestam L. et al. // J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol. – 2005. – V. 19 (Suppl. 2). – P. 237.
6. Bowes Bovinck J.N., Hardie D.R., Green A. et al. // Transplantation. – 1996. – V. 61. – P. 715-721.
7. Braaten L.R., Sziemias R.-M., Basset-Seguin N. et al. // J. Am. Acad. Dermatol. – 2006. – V. 54. – P. 125-143.
8. Diepgen T.L., Mahler V. // Br. J. Dermatol. – 2002. – V. 146 (Suppl. 61). – P. 1-6.
9. Dolmans D.E., Kadambi A., Hill J.S. et al. // Radiat. Res. – 2002. – V. 62. – P. 4289-4394.
10. Green A. // Epithelial. Cell. Biol. – 1992. – V. 1. – P. 47-51.
11. Horn M., Wolf P., Wulf H.C. et al. // Br. J. Dermatol. – 2003. – V. 149. – P. 242-249.
12. Mardi S.L., Mardi R.S., Mardi G.S., Mardi L.S. // Int. J. Immunorehabilitation. – 2001. – V. 3. – P. 23-31.
13. Martinez J.C., Otley C.C. // Mayo Clin. Proc. – 2001. – V. 76. – P. 1253-1265.
14. Miller D.L., Weinstock M.A. // J. Am. Acad. Dermatol. – 1994. – V. 30. – P. 774-778.
15. Staples M.P./Ed. National cancer control initiative 2003, the 2002 National non-melanoma skin cancer survey. A report by the NCCI non-melanoma skin cancer working group-Melburne:November, 2003.
16. Wang I., Bendsoe N., Klinteberg C.A. et al. // Nr. J. Dermatol. – 2001. – V. 144. – P. 832-840.

КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ АКНЕ У ЖЕНЩИН

С.А. Монахов

ММА им. И.М. Сеченова, Москва

В патогенезе акне основное значение имеют эндогенные факторы. Инициальным звеном является наследственно-обусловленная гиперандрогения. Это состояние может проявляться в виде абсолютного увеличения уровня гормонов (абсолютная гиперандрогения) или в виде повышенной чувствительности рецепторов к нормальному или даже сниженному количеству андрогенов в организме (относительная