

«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 (T₁₋₂N₀M₀) БКРК только в 3,4–4,9 % сопровождалось развитием рецидивов. После ФДТ распространенных форм (T₃₋₄N₀M₀) 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 изъясам и даже к смерти. Речь идет о базально-клеточном раке, обладающем инфильтрирующим характером с поражением подлежащих тканей. Хирургическое лечение в таких

случаях сопряжено со значительными сложностями. Данное сообщение суммирует опыт лечения местно-агрессивных базалиом в отделении опухолей головы и шеи ЛООД.

Материал и методы. В период с 2006 г. указанным критериям соответствовало 11 пациентов (6 мужчин и 5 женщин) в возрасте 53–76 лет (средний возраст – 62,5 года). Из них 6 пациентов оперированы по поводу рецидивных опухолей после неоднократных попыток радикального лечения, включавшего неоднократные курсы лучевой терапии, лазерной и криодеструкции, хирургического лечения, 5 – по поводу первичных опухолей. Средняя длительность заболевания – 9,5 года (от 2 до 32 лет). Опухоль локализовалась на коже окологлазничной области (3 случая), носа (4), ушной раковины (1), подбородочной (2) и височной области (1). Значительная распространенность опухоли обусловила необходимость экзентерации орбиты в 2 случаях, частичной резекции костей лицевого скелета (6), плоских костей черепа (1), височной кости (1), удаления внутриносовых структур (2), краевой резекции нижней челюсти (2), субтотального удаления нижнего века (1), резекции околоушной слюнной железы (2), паротидэктомии (1), жевательных мышц (2), субтотального удаления нижней губы (1). Для доступа к реципиентным сосудам при использовании свободных реваскуляризированных лоскутов удалялось содержимое подчелюстного треугольника. Пластика дефекта осуществлялась перемещенными кожными ло-

скутами (2), комбинированным способом с использованием кожно-мышечного лоскута большой грудной мышцы и дельтопекторального лоскута (1), свободным лучевым лоскутом (4), свободным торакодорсальным лоскутом (3), переднелатеральным кожно-мышечным лоскутом (1). Адьювантная лучевая терапия проведена 6 больным.

Результаты. Костная инвазия была подтверждена морфологически в 8 случаях, причем до операции деструкция кости по данным КТ определялась лишь у 4 пациентов. Положительный край резекции по данным планового гистологического исследования зафиксирован в 4 случаях. Средний срок наблюдения – 24,5 мес (от 5 до 52 мес). За данный период умерло 3 пациента. В одном случае причиной смерти послужил рецидив опухоли с интракраниальным распространением, 2 пациента умерли. Рецидив опухоли зафиксирован у 2 больных, в одном случае произведено успешное хирургическое лечение.

Выводы. Лечение базально-клеточного рака кожи с инвазией подлежащих тканей остается серьезной проблемой в практике отделений опухолей головы и шеи. Основными проблемами являются трудность дооперационной визуализации границ опухоли, достижение негативных краев резекции, сложность адекватной трехмерной реконструкции послеоперационных дефектов. Все эти факторы обуславливают достаточно высокую вероятность рецидивов опухоли и угрозу летального исхода в случае интракраниального распространения опухоли.

КЛИНИКО-ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ И СОСТАВА ЛИМФОЦИТАРНОЙ ИНФИЛЬТРАЦИИ ОПУХОЛИ ПРИ МЕЛАНОМЕ КОЖИ

Я.А. Машенкина, Я.В. Вишневская, Л.В. Демидов

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

Случаи меланомы кожи (МК), имеющие одинаковую стадию по классификации TNM, зачастую радикально отличаются по агрессивности течения и исходу заболевания, что объясняется индивидуальными биологическими особенностями злокачественных клеток, а также особен-

ностями микроокружения опухоли, одним из составляющих которого является лимфоцитарная инфильтрация.

Цель исследования – определить диагностическое значение степени выраженности и состава лимфоцитарной инфильтрации при МК.