

головы, при наличии обширных послеоперационных дефектов, используются микрохирургические методики, в том числе пластика с использованием большого сальника, которая была применена нами у 18 больных.

Наиболее перспективной методикой лучевой терапии в настоящее время является брахитерапия – это «старый радиологический метод», но модернизированный при помощи современной техники, он отличается суперконформностью, гиперфракционированием и акселерированием и позволяет подвести высокие дозы на очаг без повреждения окружающих тканей. В качестве радиоактивного источника в аппаратах (Multisource) используются ^{192}Ir или ^{60}Co . Облучение происходит в режиме Afterloading.

Лекарственные методы в лечении рака кожи имеют вспомогательное значение. Наша клиника принимает участие в исследовании, проводимом отделением биотерапии РОНЦ им. Н.Н. Блохина, «Иммунотерапия больных меланомой кожи препаратом MAGE-A3». MAGE-A3 – пептид, который экспрессируется на клетках большого количества опухолей, но не присутствует на клетках нормальных тканей, он является мишенью для CD4+ и CD8+ Т-клеток. Был выделен recMAGE-A3 – рекомбинантный антиген, который продемонстрировал обнадеживающую активность при НМРЛ и меланоме. В настоящее время нами начинаются исследования по оценке сочетания лучевой терапии и цетуксимаба.

РАК КОЖИ ГОЛОВЫ И ШЕИ. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ВЫБОРУ МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ

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

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

Рак кожи является одним из наиболее распространенных онкологических заболеваний и у большинства больных поражает область головы и лица, имеющую особое эстетическое и функциональное значение. Выбор метода лечения больных раком кожи головы и лица нередко является сложным, данная анатомическая область характеризуется наибольшим, по сравнению с другими локализациями злокачественных новообразований кожи, риском возникновения рецидивов. Выбор оптимального лечебного метода зависит от целого ряда факторов, при этом имеют значение распространенность, локализация, клиническая и морфологическая формы опухоли, требования косметики, общее состояние больного и др. Для лечения рака кожи в начальных стадиях заболевания (T_1) используются различные методы: лучевая терапия, криодеструкция, хирургическое иссечение, лазерное удаление, фотодинамическая терапия, местная химио- и иммунотерапия. Вместе с радикальным удалением опухоли необходимо решать вопросы сохранения функций и индивидуального рельефа анатомических образований лица. При местнораспространенном раке кожи ведущее значение

имеют хирургическое и комбинированное лечение. При поражении опухолью костной ткани, тканей глазницы, при ее глубокой инвазии в подлежащие ткани и распространенных рецидивах рака кожи хирургическое удаление опухоли является единственным методом радикального лечения.

Проведен комплексный анализ отдаленных результатов лечения 476 больных базально-клеточным и плоскоклеточным раком кожи головы и шеи, находившихся в клинике опухолей головы и шеи ФБГУ «Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина» РАМН с 1996 по 2011 г. Опухоли, соответствующие T_1 , диагностированы у 123, T_2 – у 121, T_3 – у 55, T_4 – у 61 больного, у 116 пациентов имелись распространенные рецидивы рака кожи после различных видов лечения. Базально-клеточный рак кожи диагностирован в 387 (81,3 %), плоскоклеточный рак – в 89 (18,7 %) случаях. Относительно небольшое число опухолей начальных стадий связано с тем, что в клинику госпитализировались только соматически отягощенные пациенты, при невозможности проведения амбулаторного лечения. Применялись следующие методы лечения: криохирургическое (240), хирур-

гическое (124), крио-лучевое (102), комбинированное (10). Все больные прослежены в сроки от 2 до 14 лет. Рецидивы диагностированы у 51 (10,7 %) больного. Частота возникновения рецидивов рака кожи зависела от распространенности опухоли. Так, при размерах опухоли менее 2 см (I стадия) рецидивы возникли в 2 (1,6 %), при размерах новообразования 2–5 см – в 7 (5,8 %) случаях. Новообразования размерами более 5 см без глубокой деструкции подлежащих тканей рецидивировали у 6 (10,9 %) больных. При новообразованиях любого размера с поражением опухолью мышечной,

хрящевой и костной тканей рецидивы заболевания возникли у 9 из 61 больного – 14,7 %. Наибольшее число рецидивов отмечено после лечения рецидивных опухолей – у 27 из 116 больных, что составило 23,3 %.

Таким образом, применение дифференцированного подхода к выбору оптимального метода лечения больных раком кожи головы и шеи позволило достичь оптимальных эстетических, функциональных и отдаленных результатов с полноценной реабилитацией больных.

ЛЕЧЕНИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ КОЖИ ГОЛОВЫ И ШЕИ. 30-ЛЕТНИЙ ОПЫТ

В.И. Письменный, И.В. Письменный

*Самарский областной клинический онкологический диспансер,
Самарский государственный медицинский университет*

Подавляющее большинство опухолей кожи головы и шеи составляет базально-клеточный и плоскоклеточный рак, исключая меланому. При этом клинические симптомы слабо выражены, они зависят от предшествующего поражения кожных покровов. Рецидивному течению чаще подвержены злокачественные опухоли волосистой части головы, ушная раковина, веки и наружный нос. Отличительной чертой этих новообразований является местный инвазивный рост и распространение на окружающие структуры. Поражение региональных метастатических узлов не характерно, но возможно при глубокой инвазии подкожной клетчатки и окружающих анатомических структур.

За период с 1982 по 2012 г. в отделении опухолей головы и шеи пролечено 7664 больных со злокачественными опухолями кожи этой области. Гисто-

логически базально-клеточный рак подтвержден у 6943 (90,6 %), плоскоклеточный рак различной степени дифференцировки – у 721 (9,4 %) пациентов. Основная группа больных находилась в возрастном диапазоне 60–70 лет, женщин было 4459 (58,2 %), мужчин – 3205 (41,8 %). Хирургическое лечение получили 4622 больных, в том числе с пластикой местными тканями и свободным кожным лоскутом – 4497 (97,3 %), 125 (2,7 %) больных хирургическое лечение рака кожи головы и шеи удалось выполнить без восстановительного этапа. Хирургические вмешательства на зонах регионального метастазирования выполнено у 272 (5,8 %) больных. Лазерно-хирургический и криохирургический методы применены у 3042 пациентов.