

УДК 616.2:615.213.43

ОЛЕЙНИК Г.А.

Харьковская медицинская академия последипломного образования

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ В ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННОЙ ФОРМЫ БАЗАЛИОМЫ ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ

Резюме. Проведено сравнительное изучение эффективности комбинированного (радикального хирургического и близкофокусной рентгенотерапии) и традиционного метода (хирургическое иссечение) лечения язвенной формы базалиомы волосистой части головы. Показана принципиальная важность коллегиального наблюдения за данной группой больных врача-хирурга, владеющего современными методами реконструктивно-восстановительных операций, и врача-радиолога для своевременного дооперационного или послеоперационного использования необходимых методов рентгенотерапевтического воздействия на окружающие опухоль ткани. Показаны эффективность комплексного лечения язвенных форм базалиомы волосистой части головы и отсутствие рецидивов заболевания на протяжении 2 лет.

Введение

Базально-клеточный рак является наиболее распространенным эпителиальным новообразованием кожи и составляет, по данным различных авторов, 45–90 % от всех злокачественных эпителиальных опухолей кожи [1, 5, 6, 9]. Своё название он получил из-за сходства клеток опухоли с клетками базального слоя кожи. Базалиома обладает основными признаками злокачественного новообразования: прорастает в окружающие ткани и разрушает их, рецидивирует даже после правильного выполнения оперативного вмешательства [2, 4, 7, 8, 10]. Отличительной чертой является тот факт, что базалиома не даёт метастазов. Как известно, различают следующие клинические формы базалиомы: узелково-язвенную, прободающую, бородавчатую (папиллярная, экзофитная), нодулярную (крупноузелковая), пигментную, склеродермиформную, рубцово-атрофическую, плоскую поверхностную (педжетоидная эпителиома), опухоль Шпиглера («тюбанная» опухоль, цилиндрическая). В начальном периоде развития базалиомы выделяют поверхностные, опухолевые и язвенные формы роста. Наиболее тяжёлая язвенная форма, в свою очередь, имеет две разновидности: базалиома с воронкообразным изъязвлением относительно небольшого размера носит название *ulcus rodens*, а распространяющаяся вглубь (вплоть до фасции и кости) — *ulcus terebrans*. Хотя базалиома является одним из видов рака кожи, она отличается относительно доброкачественным течением, поскольку не даёт метастазов [8, 11, 12]. Осложнение течения базалиомы связано с тем, что она может распространяться на окружающие ткани, вызывая их разрушение; тяжёлые осложнения, вплоть до летального исхода, возникают, когда процесс затрагивает кости, уши, глаза, оболочки головного мозга [13] (рис. 1, 2).

Лечение базалиомы зависит от размеров опухоли, клинико-морфологических особенностей, локализации опухоли, количества очагов, степени прорастания, общего состояния больного. Особое внимание обращают на первичное выявление опухоли или её рецидив. Из известных методов лечения базалиомы — лучевой, лекарственный, криогенный, с помощью лазерной техники — наиболее эффективным является хирургическое иссечение опухоли в пределах здоровых тканей. Однако отмечается значительное количество рецидивов заболевания — от 34 до 87 % случаев. Остается спорным вопрос комбинированного лечения — хирургического иссечения с последующей близкофокусной рентгенотерапией в лечении базалиомы, сроков её проведения, дозы облучения, количества сеансов и показаний для дистанционной гамма-терапии.

Цель работы — оценить результаты хирургического лечения язвенных форм базалиомы волосистой части головы с целью улучшения результатов лечения больных и профилактики возможных рецидивов заболевания.

Материалы и методы

Проведен анализ результатов лечения 18 пациентов, перенесших оперативные вмешательства по поводу обширных базалиом волосистой части головы с нарушением целостности костей за период 2010–2014 годов. Длительность существования опухоли — от 2 до 16 лет. 14 больных были с первично диагностированными опухолями и 4 пациента — с рецидивами опухоли в сроки от 2 до 15 лет (рис. 3–5).

© Олейник Г.А., 2014

© «Медицина неотложных состояний», 2014

© Заславский А.Ю., 2014

Средний возраст больных составил 51,3 года. Диагноз базалиомы устанавливали путем цитологического соскоба, гистологического исследования биоптатов и мазков-отпечатков, взятых с поверхности опухоли. В ходе микроскопического исследования обнаруживались тяжи или гнездовидные скопления клеток округлой, веретенообразной или овальной формы. Клетки по краю окружены тонким ободком цитоплазмы.

Результаты и обсуждение

В первой группе пациентов (10 больных, группа сравнения) проведены оперативные вмешательства

по традиционным методикам с радикальным иссечением опухоли в пределах здоровых тканей. При вовлечении в процесс кортикального слоя выполняли операции фрезевой остеотомии до появления точечных кровотечений с последующим использованием раневых покрытий «Грассолинд» и мазевых повязок с сульфаргином. После «созревания» грануляций образовавшийся раневой дефект устраняли путем свободной кожной пластики — контурной аутодермопластики (рис. 6–9).

Во второй группе больных (8 пациентов, основная группа) выполняли операции индийской пластики кожно-жировыми лоскутами после иссе-



Рисунок 1. Опухолевидная форма базалиомы носа



Рисунок 2. Язвенная форма базалиомы костей черепа с нарушением целостности затылочной кости



Рисунок 3. Язвенная форма базалиомы височной области с участком остеонекроза

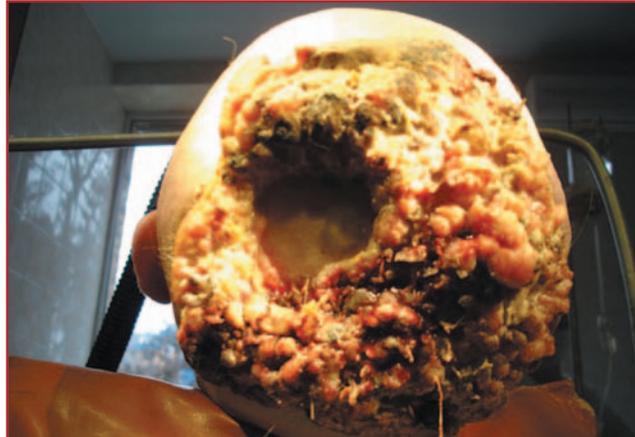


Рисунок 4. Бородавчатая (папиллярная) форма базалиомы с остеонекрозом теменной кости

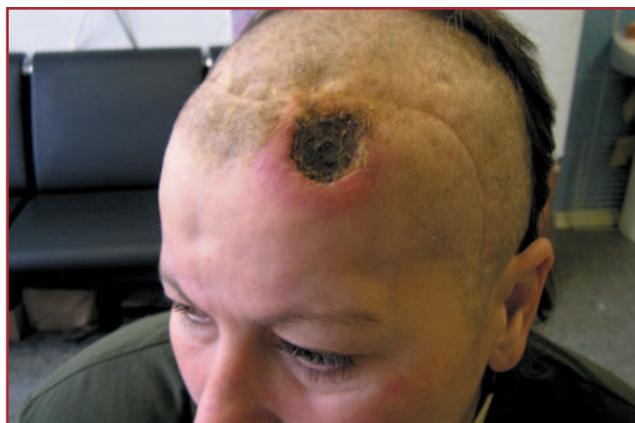


Рисунок 5. Рецидив базалиомы лобной области с остеонекрозом кости



Рисунок 6. Радикальное иссечение базалиомы

чения базалиомы в пределах здоровых тканей, остеонекрэктомии участков остеонекроза пораженных костных структур (рис. 10–13).

Для получения дополнительного пластического материала выполняли операции дерматензии с использованием тканевых экспандеров [3] (рис. 14).

В послеоперационном периоде после полного приживания перемещенных трансплантатов в основной группе наблюдаемых выполняли близко-

фокусную рентгенотерапию в суммарной очаговой дозе 57–60 Гр, по 2 Гр ежедневно каждый день, всего 20–30 сеансов.

У 2 больных основной группы, оперированных по поводу рецидива базалиомы в послеоперационном периоде, использовали дистанционную гамма-терапию. Благодаря лепестковому коллиматору, встроенному в систему линейного ускорителя, излучение воздействует только на клетки опухоли, не выходя за ее границы.

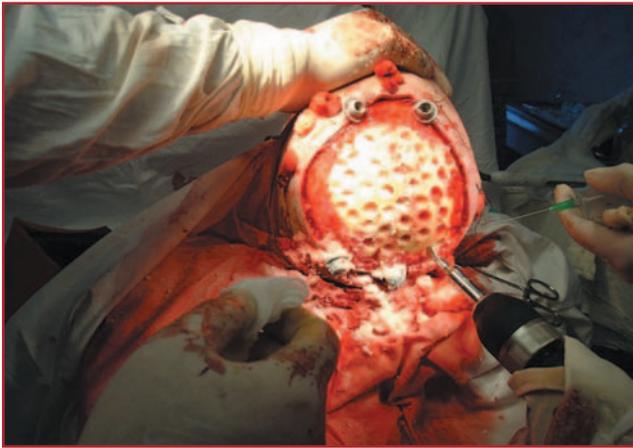


Рисунок 7. Фрезевая остеотомия участков остеонекроза теменной кости



Рисунок 10. Остеонекрэктомия базалиомы теменно-затылочной области



Рисунок 8. Повязка с раневым покрытием «Грассолинд»

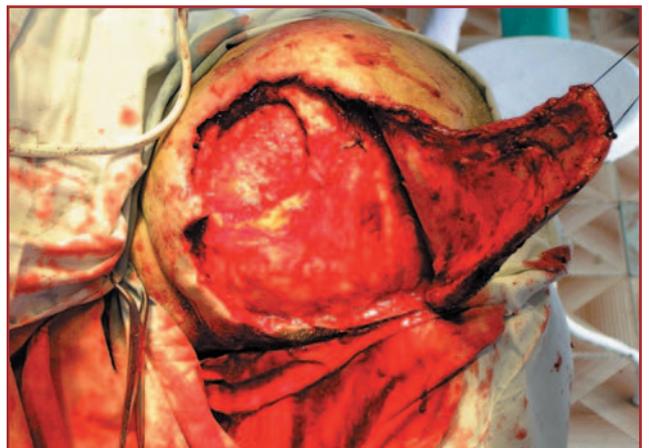


Рисунок 11. Выкраивание кожно-жирового лоскута

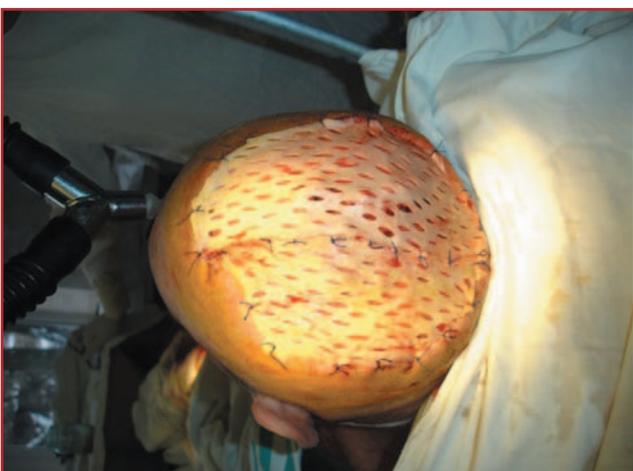


Рисунок 9. Контурная аутодермопластика

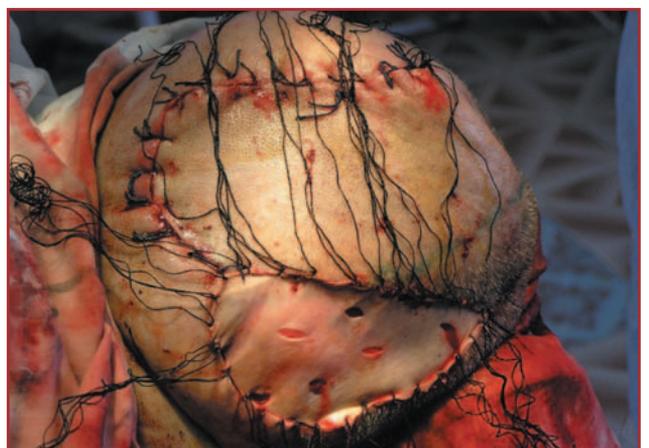


Рисунок 12. Ближайший результат операции индийской пластики



Рисунок 13. Отдаленный результат индийской пластики

Отдаленные результаты (два года после операции) свидетельствовали об отсутствии рецидивов во второй группе наблюдений. Рецидивы в первой группе составили 34,7 %.

Выводы

1. Наиболее эффективным методом лечения язвенных форм базалиомы волосистой части головы является хирургический с использованием современных методов реконструктивно-восстановительных операций (индийская, итальянская пластики, дерматензия и т.д.).

2. С целью профилактики рецидивирования базалиомы необходимо использовать метод близкофокусной рентгенотерапии в суммарной очаговой дозе 57–60 Гр после радикального иссечения опухоли в пределах визуально здоровых тканей.

3. Дистанционная гамма-терапия показана при оперативных вмешательствах у больных с рецидивом заболевания.

Список литературы

1. Ганцев Ш.К. Онкология: Учебник для студентов медицинских вузов / Ш.К. Ганцев. — М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. — 488 с.
2. Галли-Оглы Г.А. Дерматоонкология / Г.А. Галли-Оглы, Г.А. Молочков, Ю.В. Сергеев. — М.: Медицина для всех, 2005. — 355 с.

Олійник Г.А.

Харківська медична академія післядипломної освіти

СУЧАСНІ ПІДХОДИ В ЛІКУВАННІ ВИРАЗКОВОЇ ФОРМИ БАЗАЛІОМИ ВОЛОСИСТОЇ ЧАСТИНИ ГОЛОВИ

Резюме. Проведено порівняльне вивчення ефективності комбінованого (радикального хірургічного та близькофокусної рентгенотерапії) і традиційного методу (хірургічне вирізування) лікування виразкової форми базаліоми волосистої частини голови. Показана принципова важливість колегіального спостереження за даною групою хворих лікаря-хірурга, який володіє сучасними методами реконструктивно-відновних операцій, і лікаря-радіолога для своєчасного доопераційного або післяопераційного використання необхідних методів рентгенотерапевтичного впливу на тканини, що оточують пухлину. Показано ефективність комплексного лікування виразкових форм базаліоми волосистої частини голови та відсутність рецидивів захворювання упродовж 2 років.



Рисунок 14. I этап дерматензии: имплантация тканевого экспандера

3. Григор'єва Т.Г. Ефективність реваскуляризації електроопіків різної анатомічної локалізації / Т.Г. Григор'єва, Г.А. Олійник, В.М. Кім, А.А. Цогоєв // Матеріали ХХ з'їзду хірургів України. — Тернопіль, 2003. — Т. 2. — С. 612-614.

4. Чиссов В.И. Онкология / В.И. Чиссов, С.Л. Дарьялова. — М.: Гэотар медицина, 2007. — 560 с.

5. Пальцев М.А. Атлас: клинко-морфологическая диагностика заболеваний кожи / М.А. Пальцев, Н.Н. Потеев, И.А. Казанцева. — М.: Медицина, 2005. — С. 327-328.

6. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи / А.И. Пачес. — М.: Медицина, 1983. — 186 с.

7. Побилат А.Е. Гигантские базалиомы / А.Е. Побилат, В.И. Прохоренко, Ю.В. Карачева, Е.Н. Батухтин // Клиническая дерматология и венерология. — 2009. — № 1. — С. 37-40.

8. Тарасенко Г.Н. Гигантская базалиома метатипического типа волосистой части головы с деструкцией костей черепа и метастазами / В.М. Максимов, А.Р. Аванесян // Рос. журн. кож.-вен. бол. — 2008. — № 2. — С. 4-7.

9. Федяев И.М. Злокачественные опухоли челюстно-лицевой области / И.М. Федяев, И.М. Байриков, Л.П. Белова, Т.В. Шувалова. — М.; Н. Новгород: Медицинская книга — Изд-во НГМД, 2000. — 160 с.

10. Хлебникова А.Н. К проблеме гигантских базалиом / А.Н. Хлебникова, А.Ю. Кладова, Н.А. Кириченко // Клин. дерматол. и венерол. — 2007. — № 1. — С. 9-12.

11. Якубович А.И. Случай несвоевременно диагностированных множественных базалиом / А.И. Якубович, Е.Г. Лузгина // Сибирский журн. дерматол. и венерол. — 2004. — № 5. — С. 55-56.

12. Malignant skin tumours / A.J. Emmett, M.G. Rourke (eds). — Churchill Livingstone. — 1991.

13. Snow S.N., Sahl W.J., Lo J. Metastatic basal cell carcinoma: report of 5 cases // Cancer. — 1994. — 73. — 328-335.

Получено 15.09.14 ■

Oleinik H.A.

Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, Kharkiv, Ukraine

UP-TO-DATE APPROACHES IN THE TREATMENT OF ULCEROUS BASALIOMA OF THE PILARY PART OF THE HEAD

Summary. A comparative study on the efficacy of the combination (radical surgery and close-focus radiotherapy) and traditional (surgical excision) treatment for ulcerous forms of basalioma of the pilary part of the head has been carried out. The fundamental importance of the collective observations of this group of patients by a surgeon holding modern methods of reconstructive surgeries, and by a radiologist for timely preoperative or postoperative use of the necessary methods of radiotherapeutic effects on tumor-surrounding tissues is shown. The efficiency of complex treatment for ulcerous forms of basalioma of the pilary part of the head and the absence of disease recurrences for 2 years are described.