

**С. В. ГРИГОРЕНКО**

С. В. Григоренко, заведующая отделением Винницкого областного клинического онкологического диспансера, кандидат медицинских наук

С. П. Одарченко, ассистент кафедры онкологии, лучевой диагностики и лучевой терапии Винницкого государственного медицинского университета, кандидат медицинских наук

Е. А. Лукьяненко, врач-радиолог Винницкого областного клинического онкологического диспансера

В. А. Щурский, врач-радиолог Винницкого областного клинического онкологического диспансера

Е. Н. Постовитенко, врач-радиолог Винницкого областного клинического онкологического диспансера

Клинический случай рака кожи, возникшего на фоне обширных рубцовых изменений

Плоскоклеточный рак кожи — злокачественная эпителиальная опухоль кожи и слизистых оболочек, развивающаяся из кератиноцитов. Он может развиваться на клинически неизменной коже, но чаще возникает на фоне разнообразных патологических состояний: рубцов после ожогов, травм и лучевых повреждений, очагов рубцовых атрофий, предраковых заболеваний кожи, веснушек, телеангиоэктазий, остроконечных кондилом, профессиональных заболеваний кожи, красного плоского лишая, гидраденита, крауроза, кератоакантомы, идиопатической атрофии кожи, красной волчанки, хронических язв голеней, псориаза и других хронических воспалительных процессов.

В случае, который мы будем рассматривать, изменения возникли на фоне гипертрофических рубцов обширной ожоговой поверхности. Гипертрофические рубцы часто объединяют в общую с келоидными рубцами группу в связи с тем, что оба вида отличаются избыточным образованием фиброзной ткани. В условиях гипоксии и воспаления происходит активизация фибробластов биологически активными веществами, появляются недифференцированные патологические функционально активные клетки с высоким уровнем

синтеза коллагена. Образование коллагена преобладает над его распадом из-за уменьшения выработки коллагеназы — специфического фермента, разрушающего коллаген, вследствие чего развивается мощный фиброз тканей в виде гипертрофических или келоидных рубцов [3].

Заболеваемость злокачественными опухолями кожи быстро возрастает. Она выше, чем всеми другими злокачественными опухолями вместе взятыми, при этом некоторые ученые считают, что показатель заболеваемости опухолями кожи соответствует эпидемии.

Существует множество эффективных методов лечения немеланоцитарных злокачественных опухолей кожи, особенно при выявлении и лечении опухолей на ранних стадиях. Лучевая терапия может применяться для лечения рака кожи и как самостоятельный метод. По данным различных авторов, плоскоклеточный рак кожи следует относить к категории опухолей с относительно высокой чувствительностью к лучевому лечению. После радикального лучевого лечения рака кожи при T1–T2 стадии пятилетние показатели выживаемости могут достигать 96 % [1]. По данным различных авторов лучевая терапия как самостоя-

тельный метод применялась при T1–T2 стадиях заболевания в 70 % наблюдений. Лучевая терапия при T3 и T4 стадиях чаще использовалась в качестве пред- и послеоперационного лечения в 20,3 % случаев. Однако в последующем в течение первых 12 месяцев у 21,4 % пациентов наблюдались рецидивы рака, независимо от гистологического строения опухоли. Следует подчеркнуть, что рецидивы были резистентны к повторным курсам лучевой терапии.

Многие авторы указывают на успешное лечение больных распространёнными формами плоскоклеточного рака кожи различными локализациями производными платины, как отдельно, так и в сочетании с адриамицином, блеомицином, интерферонами, 5-фторурацилом [2]. По данным различных авторов, применение цисплатина в дозе 100 мг/м² (1-й день), 5-фторурацила 650 мг/м² (1–5-е дни), блеомицина 15 мг/м² (1-й день) у пациентов с плоскоклеточным раком кожи туловища позволяет получить эффект до 64, 6%, из них полных регрессий — до 25 %.

Приводим собственное наблюдение

Пациент 1971 года рождения, в пятилетнем возрасте получил ожоги II–III степени кожи ягодиц и верхней трети задней поверхности бедер. В возрасте 37 лет на фоне рубцовых изменений появилось образование до 5 см в диаметре с мокнущей поверхностью. Обратившись к дерматологу, получил рекомендации применять различные мазевые препараты с целью регенерации, снятия воспаления. В течение года успеха достигнуть не удалось. После сезона сельскохозяйственных работ (профессия пациента — механизатор) длительная механическая травма зоны поражения и применение химикатов в процессе работы привели к прогрессированию заболевания и инфицированию поверхности поражения. Усилия районного дерматолога оказались безрезультатны, но, сделав посев инфицированной раны и получив заключение «золотистый стафилококк», он продолжал проводить терапию еще 1,5 года. Состояние больного ухудшалось, он посетил около семи клиник различного уровня. Только тогда, когда прошло

пять лет и надежды на помощь уже не осталось, пациент «решил заехать» в областную онкологический диспансер. В первый день обращения, обследовав пациента, впервые провели верификацию данного образования (рис. 1), и был установлен диагноз: Рак кожи G2 T4N1M0 с метастазами в паховые лимфатические узлы слева, III стадия II клиническая группа.



Рис. 1. Состояние на момент обращения в областной онкологический диспансер

Пациент обратился с выраженным болевым синдромом и признаками раковой интоксикации. Для уточнения степени распространения опухоли были выполнены рентгенография костей таза, ультразвуковое исследование органов брюшной полости и другие исследования, необходимые для постановки диагноза и планирования тактики оптимального лечения в данном случае.

Учитывая объемы поражения и состояние пациента, лечение начали с лучевой терапии большими прямыми полями в суммарной очаговой дозе 40 Гр с модификацией препаратом тегафур (Фторафур) 800 мг в день и дезинтоксикационной терапией. На втором этапе лечения, учитывая резорбцию опухоли около 30 % (рис. 2), поля облучения уменьшили незначительно, но лечение проводили тангенциальными полями, продолжая пероральное введение модификатора тегафура (Фторафура).



Рис. 2. Второй этап лечения

Общее состояние больного на втором этапе лечения значительно улучшилось. Практически не было проявлений интоксикации, пациент не жаловался на боли в области облучения, радовался, что исчез зловонный запах распада, который не давал ему возможности общаться с людьми. Второй этап лечения был прерван на суммарной дозе 60 Гр. Учитывая большие поля облучения на первом этапе и, естественно, меньшие дозы на периферии полей, мы рекомендовали пациенту явиться для продолжения лучевого лечения в сочетании с химиотерапией.

Пациент находится в процессе лечения. Резорбцию можно оценить в 60 % (рис. 3).



Рис. 3. Через три недели после второго этапа облучения

Статья написана в начале третьего этапа лучевой терапии. Дальнейшую судьбу больного может предвидеть, наверное, даже неопытный онколог. Длительные курсы химиотерапии, периоды реабилитации, возможно пластики (TRAM-лоскутом¹). Но выводы напрашиваются такие:

- есть необходимость качественного составления групп риска (как в данном случае — риска возникновения рака кожи) и, естественно, наблюдения тем же дерматологом или онкологом;
- необходимо проводить наблюдение с детского возраста и включить осмотр онколога в обязательный профилактический осмотр работающего населения, а не оставлять все это семейному врачу (учитывая рост онкопатологии, это особенно актуально);
- создание школ для пациента (по образцу школ для больных сахарным диабетом), в которых будут проводить лекции, беседы о хронической патологии, которая выявляется у населения и является группой риска;
- требования четкого следования стандартам **обследования и лечения** (которые предусматривают гистологическую верификацию новообразования) больных данной патологией врачами лечебных учреждений всех уровней аккредитации и форм собственности;
- если не говорить сухим языком терминов, то профессионализм и сочувствие к больному всегда были основным движением ума и сердца врача.

¹ TRAM (*transverse rectus abdominis myocutaneous*)-лоскут — поперечный кожно-мышечный лоскут передней брюшной стенки на основе прямой мышцы живота.

Список литературы

1. Анищенко И. С. Плоскоклеточный рак кожи: клиника, диагностика, лечение / И. С. Анищенко, А. В. Важенин — Челябинск, 2000. — 92 с.
2. Липатов О. Н. Клинический случай хирургического лечения плоскоклеточного рака кожи на фоне гипертрофического рубца / О. Н. Липатов, К. В. Меньшиков, Р. Д. Атнабаев // [Электронный ресурс] Креативная хирургия и онкология. — 2012. — 28 января. — Режим доступа: <http://eoncosurg.com/?p=1545>
3. Молочков В. А. Доброкачественные эпителиальные опухоли кожи: клиническая картина, лечение / В. А. Молочков, А. Н. Хлебникова // Врач. — 2006. — № 2. — С. 39–41.
4. Нефедов О.Н. Медико-социальное исследование рака кожи (распространенность, факторы риска, совершенствование специализированной помощи): автореф. дис... канд. мед. наук. — СПб. — 2006. — 18 с.

Резюме

Клинический случай рака кожи, возникшего на фоне обширных рубцовых изменений

*С. В. Григоренко,
С. П. Одарченко,
Е. А. Лукьяненко,
В. А. Щурский,
Е. Н. Постовитенко*

В статье приводится клинический случай поражения раком кожи области обширных рубцовых изменений (позднее обращение пациента, паллиативная лучевая терапия с хемосенсибилизацией Фторафуром), тактика дальнейшего наблюдения и лечения данного пациента.

Ключевые слова: лучевая терапия, рак кожи, тегафур (Фторафур).

Clinical Case of Skin Cancer Developed in the Setting of Extensive Cicatricial Changes

*S. V. Hryhorenko,
S. P. Odarchenko,
Ye. A. Lukianenko,
V. A. Shchurskyi,
Ye N. Postovitenko*

The article presents a clinical case of skin cancer of the area of extensive cicatricial changes (patient's late reference to a doctor, palliative radiation therapy with chemosensitization with Fluorouracil), follow-up tactics and management of the said patient.

Key words: radiation therapy, skin cancer, Tegafur (Fluorouracil).

Summary

Клінічний випадок раку шкіри, що виник на тлі великих рубцевих змін

*С. В. Григоренко,
С. П. Одарченко,
О. А. Лук'яненко,
В. О. Щурський,
О. М. Постовитенко*

У статті наводиться клінічний випадок ураження на рак шкіри ділянки обширних рубцевих змін (пізніше звернення пацієнта, паліативна променева терапія з хемосенсибілізацією Фторафуром), тактика подальшого спостереження і лікування даного пацієнта.

Ключові слова: променева терапія, рак шкіри, тегафур (Фторафур).