

Первичный местнораспространенный плоскоклеточный рак кожи головы и шеи методы его лечение

Файзиев Ф.Ш., Насиров С.К.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент

Fayziev F.Sh., Nasirov S.K.

Tashkent medical academy, Tashkent

Treatment of locally spread primary and relapsing squamous cell carcinoma of head and neck

Резюме. Проведен анализ результатов хирургического и комбинированного лечения у 48 больных с местнораспространенным первичным и рецидивным плоскоклеточным раком кожи головы и шеи с использованием реконструктивно-пластических операций. Первичный местнораспространенный рак был у 34, рецидивный – у 14 пациентов. Показано, что 5-летняя выживаемость больных, получавших хирургическое и комбинированное лечение, составила $67,7 \pm 3,5\%$ и $42,9 \pm 4,6\%$ соответственно. Установлено, что методом выбора у этой категории является реконструктивно-пластическая хирургия. После условно-радикальных и нерадикальных операций оправдано применение адъювантной лучевой терапии.

Ключевые слова: местно-распространенный первичный и рецидивный рак кожи головы и шеи, реконструктивно-пластическая хирургия, по-слеоперационная лучевая терапия.

Медицинские новости. – 2016. – №5. – С. 62–64.

Summary. Analyses of surgical and combinative therapy in combination with reconstructive-plastic surgery of 48 patients with locally spread primary and relapsing squamous cell carcinoma of head and neck have been conducted. 34 patients had locally spread primary carcinoma and 14 of them had relapsing carcinoma. Five year survival rates of patients who underwent surgical and combinative treatment were $67.7 (\pm 3.5\%)$ and $42.9 (\pm 4.6\%)$. Reconstructive plastic surgery is determined as treatment method in these patients. After conventionally-radical and non-radical operations application of adjuvant radiotherapy is justified.

Keywords: locally spread primary and relapsing squamous cell carcinoma of head and neck, reconstructive-plastic surgery, postoperative radiotherapy.

Meditsinskie novosti. – 2022. – N5. – P. 62–64.

Плоскоклеточный рак кожи – злокачественная опухоль, развивающаяся из

П кератиноцитов, способных вырабатывать кератин. На его долю приходится до 30–40 % всех злокачественных новообразований кожи [1, 7]. Течение плоскоклеточного рака кожи неуклонно прогрессирует с инфильтрацией подлежащих тканей и нередко с метастазированием. Лечение больных с местнораспространенным первичным и рецидивным плоскоклеточным раком кожи головы и шеи – одна из актуальных проблем клинической онкологии. Основным методом лечения этой группы пациентов является хирургический. Однако топографо-анатомические особенности головы и шеи приводят в определенных случаях к условно-радикальному и нерадикальному характеру операции в этой области при местнораспространенном опухолевом процессе. Несмотря на это, с позиций современной клинической онкологии, придающей важное значение качеству жизни онкологических больных, выполнение подобных вмешательств с применением реконструктивно-пластической хирургии вполне оправдано [2–6, 8, 9]. Определенные перспективы улучшения результатов лечения у этой категории больных связаны с применением послеоперационной лучевой терапии.

Цель исследования – изучение эффективности реконструктивно-пластических операций, а также значение послеоперационной лучевой терапии в улучшении онкологических и функциональных результатов лечения больных местнораспространенным первичным и рецидивным плоскоклеточным раком кожи головы и шеи.

Материалы и методы

В основе исследования положены клинические наблюдения над 48 пациентами с местнораспространенным первичным (34 больных) и рецидивным (14) плоскоклеточным раком кожи головы и шеи, которым одновременно с широким иссечением опухоли выполнялись реконструктивно-пластические операции. Среди пациентов мужчин было 31 (64,6%), женщин – 17 (35,4%). Возраст больных варьировал от 32 до 80 лет. Среди 34 лиц с первичным раком T₃ установлен у 14 (41,2%), T₄ – у 20 (58,8%) пациентов. Среди 14 больных с местнораспространенным рецидивом рака кожи размеры опухоли соответствовали T₃ у 4 (28,6%) пациентов, T₄ – у 10 (71,4%). Эти больные ранее получали лучевое, хирургическое, комбинированное и комплексное лечение. При этом в 3 (21,4%) случаях терапию проводили многократно в связи с повторными рецидивами опухоли.

Среди 11 больных, получивших лучевое, комбинированное и комплексное лечение, у 7 (63,6%) ранее проводилась дистанционная гамматерапия, у 4 (36,4%) – короткофокусная рентгенотерапия. В 5 (45,5%) наблюдениях суммарная очаговая доза (СОД) превышала толерантную дозу ионизирующего излучения для кожи.

Среди 48 больных у 10 (20,8%) были выявлены метастазы в лимфатические узлы шеи. Метастазы наблюдались у 7 (20,5%) из 34 пациентов с первичным и у 3 (21,4%) из 14 – с рецидивным плоскоклеточным раком кожи. У подавляющего большинства больных – 41 (85,4%) случай – отмечен эндофитный (инфильтративно-язвенный) тип роста опухоли, у остальных 7 (14,6%) больных – экзофитный.

Хирургическое вмешательство всем пациентам проводили под эндотрахеальным общим обезболиванием. При иссечении опухоли граница рассеечения кожи отстояла от визуально определяемого края опухоли на 2,0–2,5 см. У краев естественных отверстий лица (глазная и ротовая щель, крылья носа, наружный слуховой проход) линия рассеечения тканей проходила на расстоянии 0,5–1,0 см от края опухоли.

Выполненные оперативные вмешательства носили радикальный характер

Таблица 1 Виды лоскутов для реконструкции послеоперационного дефекта в зависимости от локализации опухоли

Вид лоскута	Локализация дефекта					Всего
	Волосистая часть головы	Верхняя зона лица	Средняя зона лица	Нижняя зона лица	Шея	
Свободная аутодермопластика	7	–	–	–	–	7
Кожно-жировые и кожно-фасциальные лоскуты	–	2	25	–	1	28
Кожно-мышечные лоскуты	–	–	1	3	3	7
Комбинированные лоскуты	1	–	5	–	–	6
Итого	8	2	31	3	4	48

Таблица 2 Распределение больных в зависимости от СОД дистанционной гамматерапии

СОД лучевой терапии	Условно-радикальные операции	Нерадикальные операции	Всего
Менее 40 Гр*	3	1	4
50–70 Гр	9	1	10
Итого	12	2	14

Примечание: * больные, которым ранее проводилась лучевая терапия на зону опухоли СОД 60 Гр и более.

Таблица 3 Структура местных послеоперационных осложнений

Местные осложнения	n	%
Воспаление и нагноение раны	7	36,8
Частичная ишемия	4	21,1
Частичный некроз	3	15,8
Полный некроз	2	10,5
Расхождение швов	2	10,5
Расхождение краев раны после снятия швов	1	5,3
Всего	19	100,0

Таблица 4 Частота местных осложнений в зависимости от локализации опухоли

Локализация опухоли	n	Осложнение	
		n	%
Волосистая часть головы	9	2	22,2
Верхняя зона лица	2	0	0
Средняя зона лица	29	15	51,7
Нижняя зона лица	3	1	33,3
Шея	5	1	20,0
Всего	48	19	39,6

у 34 больных. Из них с первичным раком достаточным запасом кожи – у 24, с рецидивным – у 10 пациентов. У 12 лиц (у 9 – с первичным, у 3 – с рецидивным раком кожи) из-за нарушения целостности и невозможности удаления (по одному с первичной и рецидивной

опухолью) с поражением твердой мозговой оболочки и прорастанием опухоли в основание черепа.

Площадь образовавшихся послеоперационных дефектов варьировала от 25 до 100 см². Для закрытия образовавшихся послеоперационных дефектов были использованы кожно-жировые, кожно-фасциальные, кожно-мышечные лоскуты, свободные кожные лоскуты и различные их комбинации. Рану донорской зоны закрывали местными тканями путем распрепаровки ее краев с последующим ушиванием.

Виды используемых лоскутов в зависимости от локализации послеоперационного дефекта представлены в табл. 1.

В послеоперационном периоде больным с условно-радикальным (12 случаев) и нерадикальным (2 случая) удалением опухоли проведена лучевая терапия. Облучение начиналось на 10–30-е сутки после операции в виде дистанционной гамматерапии. Распределение больных в зависимости от суммарной очаговой дозы лучевой терапии представлено в табл. 2.

Критерием оценки непосредственных результатов реконструктивно-пластических операции являлась степень восстановления наружных покровов головы и лица. Расчет выживаемости проводился по методу Каплан – Майера.

Результаты и обсуждение

Из 48 выполненных оперативных вмешательств с использованием реконструктивно-пластической хирургии первичное заживление раны отмечено у 29 (60,4%) больных, местные осложнения наблюдались у 19 (39,6%). Распределение пациентов по структуре местных послеоперационных осложнений представлено в табл. 3.

Как видно из табл. 3, наиболее частым осложнением являлось нагноение раны (36,8%). Оно было обусловлено, в первую очередь, инфицированностью тканей реципиентной зоны и контактностью ран с высокоинфицированными полостями рта, уха, носа и околоносовых пазух. Это подтверждается и анализом зависимости местных послеоперационных осложнений от локализации дефектов (табл. 4).

Как видно из табл. 4, осложнения (воспаление и нагноение раны, частичная ишемия, частичные и полные некрозы лоскутов, расхождение краев раны после снятия швов) значительно чаще развивались после операции в средней зоне лица (у 51,7% больных с опухолями данной локализации) в сравнении с нижней зоной лица – у 33,3%, на волосистой части головы – у 22,2%, на шее – у 20,0% пациентов. Выраженное влияние на частоту развития местных осложнений оказывала суммар-

ная доза ранее проведенной лучевой терапии. При дозе, превышающей 70 Гр, местные послеоперационные осложнения развивались почти в 2 раза чаще. Следует отметить, что проведенная до операции лучевая терапия значительно затрудняет техническое выполнение реконструктивно-пластической операции, особенно в сроки, превышающие 2–4 месяца после окончания лучевой терапии, когда в тканях и сосудах развиваются фиброзные изменения. Анализ 5-летней выживаемости в зависимости от методов лечения показал, что она составила при хирургическом методе лечения $67,7 \pm 3,5\%$, при комбинированном – $42,9 \pm 4,6\%$ ($p < 0,05$). При первичном раке 5-летняя выживаемость составила $61,8 \pm 8,3\%$, при рецидивах – $57,1 \pm 13,2\%$.

Таким образом, ведущим компонентом лечения больных с местнораспространенным первичным и рецидивным раком кожи головы и шеи является оперативное вмешательство с одномоментным устранением послеоперационного дефекта одним из видов пластики. Проведение послеоперационной лучевой терапии у этой группы пациентов при условно-радикальных и нерадикальных операциях оправдано и позволяет получить 5-летнюю выживаемость у $42,9 \pm 13,2\%$ больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Агуллин И.Р., Сафин И.Р. // Сибирский онкологический журнал. – 2011. – №5. – С.61–63.
2. Давыдов М.И. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ

в 2012 г. – М.: Издательская группа РОНЦ, 2014, 226 с.

3. Дашкова И.Р. Индивидуализация реконструктивно-пластических операции в лечении злокачественных опухолей поверхностных локализаций. Автореферат дис. ... докт. мед. наук. – 2009. 43 с.
4. Решетов И.В. // 2003. – Т.4, №1. – С.10–14.
5. Хабибуллаев Ш.З., Хусейнов З.Х., Зикиряходжаев Д.З. // Сибирский онкологический журнал. – 2009. – №5. – С.60–62.
6. Behan F.C., Rozen W.M., Wilson J., et al. // J. Plast. Reconstructive Aesth. Surg. – 2013. – №66. – P.23–28.
7. Milenovic A., Virag M., Uglesic V., et al. // J. Craniomaxillofac. Surg. – 2006. – Vol.34, №6. – P.340–343.
8. Scbart F., Gabbe C. // Hautarzt. – 1993. – Vol.44, №2. – P.63–68.
9. Wong C.H., Wei F.C. // Head and Neck. – 2010. – Vol.32, №9. – P.1236–1245.

Поступила 03.10.2022 г.
Статья размещена
на сайте www.mednovosti.by (Архив МН)
и может быть скопирована в формате Word.