



ВЛИЯНИЕ РАННЕЕ ПРОВЕДЕННОГО ЛЕЧЕНИЯ НА РЕЦИДИВИРУЮЩЕЕ ТЕЧЕНИЕ БАЗАЛЬНОКЛЕТОЧНОГО РАКА КОЖИ ГОЛОВЫ

Ермакова Татьяна Сергеевна, ermakova.ts@mail.ru, СПб ГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер», Санкт-Петербург
 Ершов Владимир Анатольевич, д.м.н., ershov415@gmail.com, СПб ГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер», Санкт-Петербург
 Кутукова Светлана Игоревна, д.м.н., dr.s.kutukova@gmail.com, СПб ГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер», Санкт-Петербург

Актуальность

В последние годы отмечается динамика роста рецидивирования БКРК (рис. 1). Основным методом лечения рецидива БКРК является хирургическое удаление опухоли. Учитывая анатомические особенности головы и высокие эстетические требования необходимо тщательно планировать выбор метода лечения с максимально радикальным исходом.

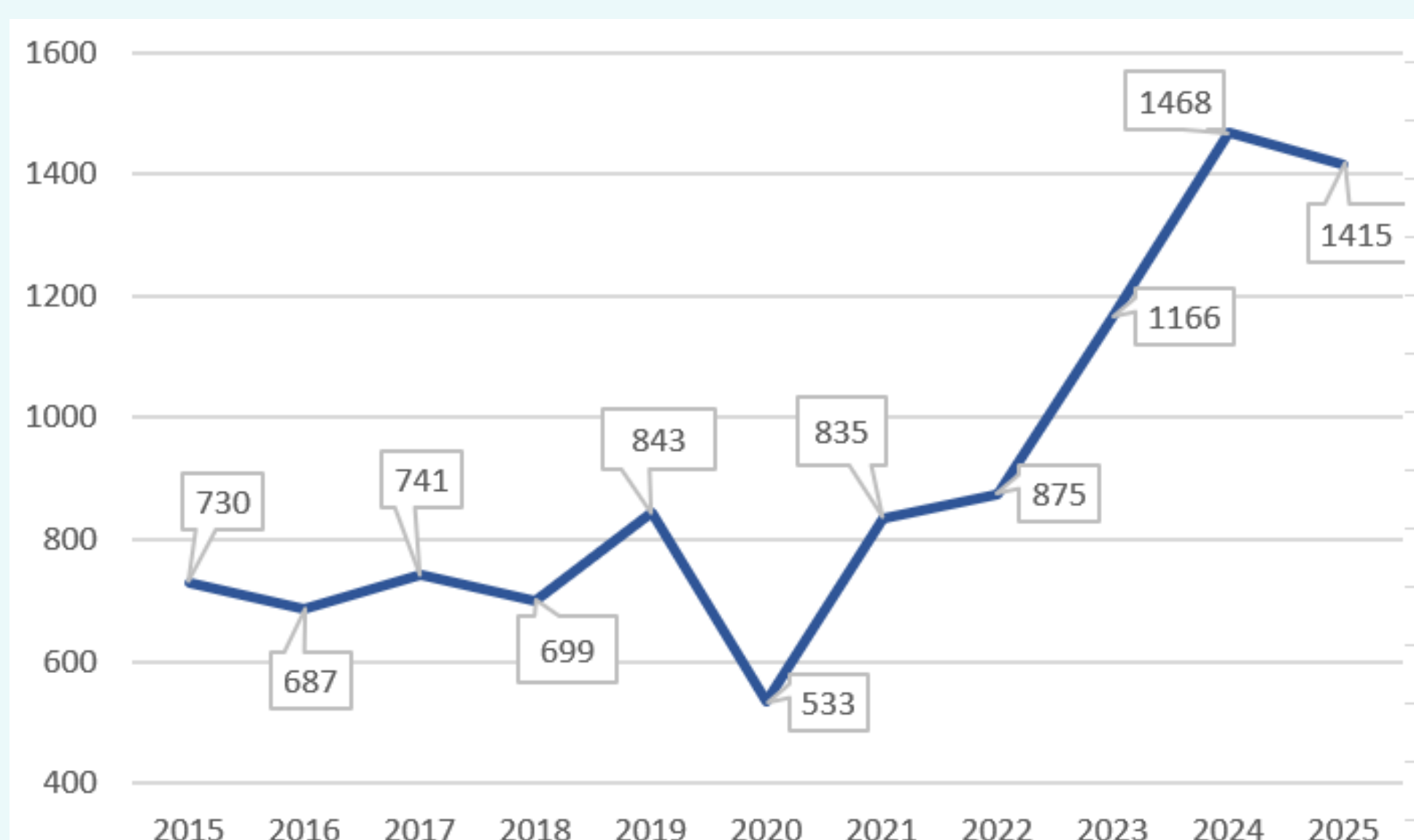


Рисунок 1. Число пациентов с впервые установленным немеланомным раком кожи в ГКОД

Цель

Провести анализ ранее выполненного лечения первичного БКРК головы с целью выбора оптимального варианта лечения и увеличения продолжительности безрецидивного периода базальноклеточного рака кожи головы.

Материалы и методы

В группу исследования вошли 50 пациентов с рецидивирующим течением БКРК головы. Рецидив в группе исследования возник после лазерной деструкции (n=22), хирургического лечения (n=13), лучевой терапии (n=8), криодеструкции (n=6), фотодинамической терапии (n=1) (табл. 1).

Таблица 1. Влияние первичного лечения БКРК на безрецидивную выживаемость

Вариант лечения до возникновения рецидива	Количество	5-летняя БРВ, %	Медiana БРВ, мес.	p*	ОР (95% ДИ)	p**
лазерная деструкция (1)	22	33,3± 11,1	36		C	0,15
лучевая терапия (2)	8	50± 17,7	48		0,48 (0,2-1,17)	0,12
криодеструкция (3)	6	0	24	(2,3)=0,04 (3,4)=0,03 (1,2,4,5) > 0,05	1,82 (0,7-4,73)	0,22
хирургическое лечение (4)	13	41,7± 14,2	48		0,72 (0,34-1,51)	0,39
фотодинамическая терапия(5)	1	0	24		2,67 (0,34-21,1)	0,35

* уровни значимости логрангового критерия сравнения групп; ** уровни значимости регрессии Кокса. БРВ – безрецидивная выживаемость, ОР – относительный риск; ДИ – доверительный интервал. С – константа.

Результаты

Выполнен анализ сроков до наступления рецидива в зависимости от метода первичного лечения, локализации БКРК и стадии опухолевого процесса. Лазерная деструкция была выполнена с локализациями на коже носа (n=9), окологлазничной области (n=6), щечной области (n=5), ушной раковины (n=1) и височной области (n=1). Лучевая терапия проводилась при локализации БКР на коже носа (n=4), волосистой части головы (n=1), губ (n=1), лобной области (n=1), щечной области (n=1). Криодеструкция выполнялась на коже носа (n=2), волосистой части головы (n=1), лба (n=1), окологлазничной области (n=1), щеки (n=1). Хирургическое лечение выполнено при локализации БКР на коже носа (n=6), ушной раковины (n=2), волосистой части головы (n=1), на коже лба (n=1), скуловой области (n=1), височной (n=1) и окологлазничной области (n=1). Фотодинамическая терапия проведена на коже лобной области (n=1) (рис. 2).

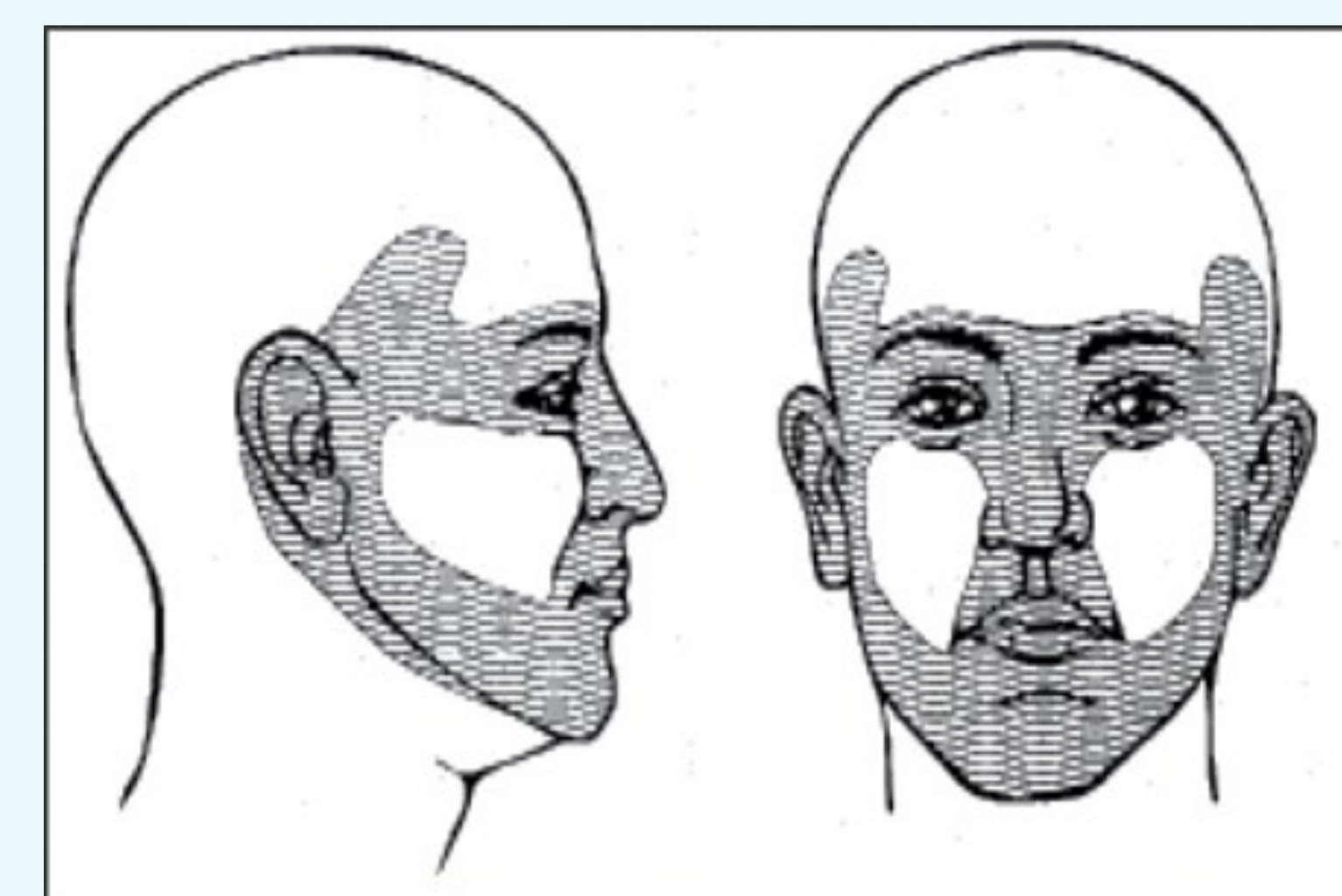
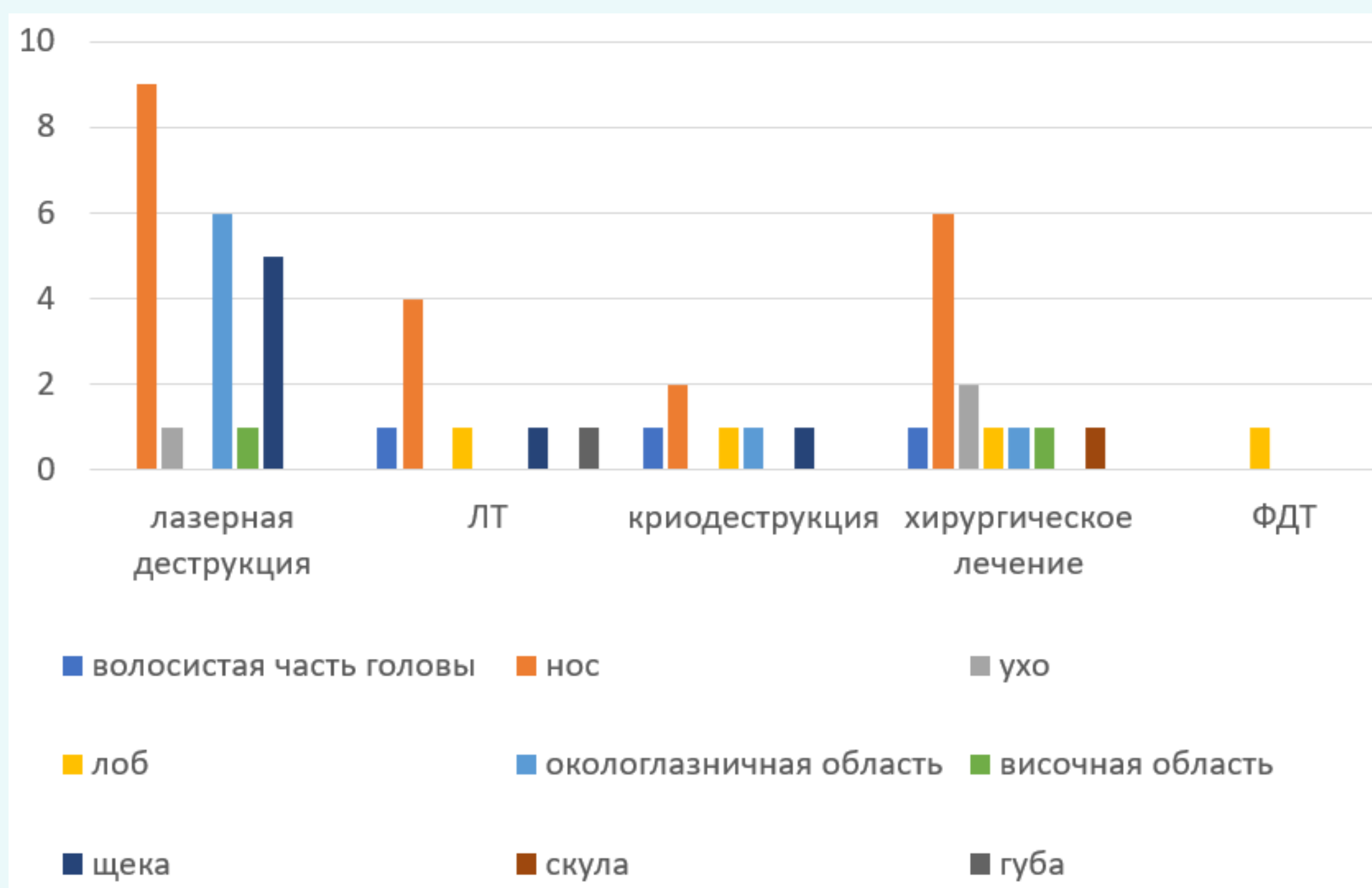


Рисунок 3. Зона Н – группа высокого риска развития рецидива БКРК

Рисунок 2. Зависимость первичного метода лечения от локализации БКРК

В 12 (24 %) случаях локализация опухоли кожи относится к группе промежуточного риска развития рецидива БКРК (М зона), в 38 (76 %) – к группе высокого риска возникновения рецидива (Н зона) (рис. 3). Количество пациентов с локализацией опухоли в группе высокого риска развития рецидива превышало более, чем в 3 раза пациентов, относящихся к группе промежуточного риска возникновения рецидива.

Среди пациентов с I стадией БКРК первичным лечением в 56,8 % случаев (n=21) была выполнена лазерная деструкция, при II стадии в 30 % случаев (n=3) выполнена криодеструкция и в 30 % (n=3) – хирургическое лечение, среди пациентов с III стадией, наибольшему количеству пациентов, в 66,7 % (n=2) выполнено хирургическое лечение (рис. 4).

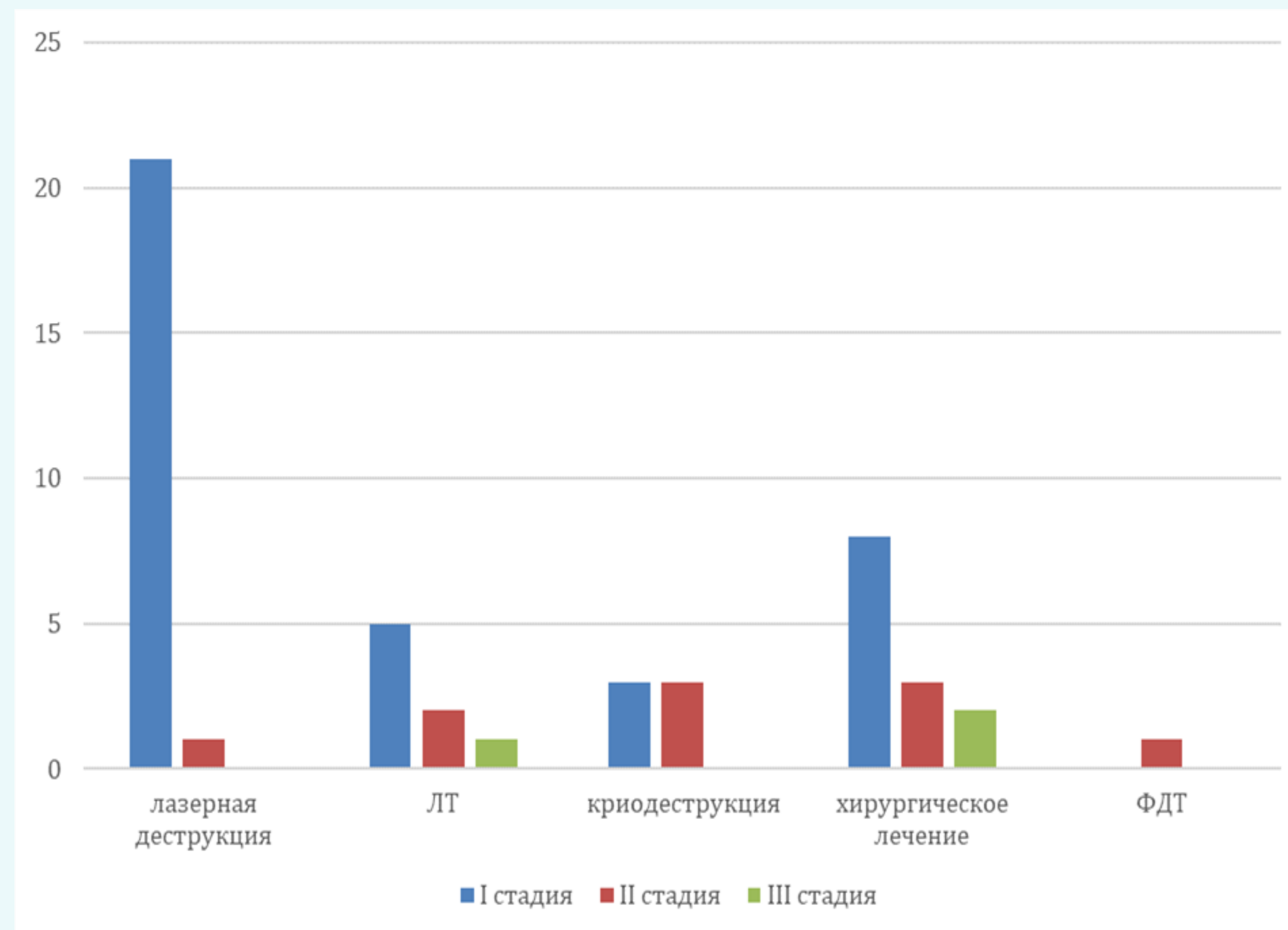


Рисунок 4. Варианты первичного лечения БКРК до наступления рецидива опухоли

Выводы

Время до наступления рецидива БКРК головы после ранее проведенного лечения, при криодеструкции намного короче, чем при лучевой терапии и хирургическом лечении (p=0,04). Наиболее ранний рецидив БКРК в группе исследования возник после проведения лазерной деструкции и криодеструкции, что составило 1 и 3 месяца безрецидивного периода, соответственно. Наиболее длительный безрецидивный период отмечен после проведения хирургического лечения и лучевой терапии, что составило 228 и 288 месяцев, соответственно.

Список литературы

Волгин, В.Н. Современные методы лучевой терапии базальноклеточного рака кожи/ В.Н. Волгин, Е.Ф. Странадко, О.В. Тришкина // Практическая онкология. – 2013. – Т. 14, № 2. – С. 100–106.
 Ермоленко Е. А. Оценка наиболее распространенных причин, особенностей локализации и методов лечения базально-клеточного рака // Advances in Science and Technology : сборник статей XX Международной научно-практической конференции, Москва, 2019. Т. 1. С. 41-43.
 Комякевич, В.В. Ретроспективный анализ результатов лечения базальноклеточного рака хирургическим методом/ В.В.Комякевич // Актуальные вопросы радиационной и экологической медицины, лучевой диагностики и лучевой терапии : сб. материалов VI межвуз. науч.-практ. интернет-конф. студентов, магистрантов, аспирантов и молодых ученых, Гродно, 30 марта 2022 года / отв. ред. А.С. Александрович. – Гродно: Гродненский гос. мед. ун-т, 2022. – С. 157–160. – EDN NVJABQ.
 Молочков, В.А. Современные подходы к лечению базальноклеточного рака кожи/ В.А.Молочков, Е.С. Снарская, П.Ю.Поляков // Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2005. – № 4. – С. 12–16.
 Шляхтунов, Е.А. Лучевая терапия при базальноклеточном раке кожи/ Е.А. Шляхтунов, А.В. Гидранович, Н.Г. Луд // Вопросы онкологии. – 2014. – Т. 60, № 3. – С. 350–355.