

Новые подходы к лечению базалиомы. Клинический случай

А.И. Шайхалиев, П.С. Петрук, Л.Д. Аразашвили, К.А. Поляков,
И.В. Черкесов, А.И. Колобовникова

Кафедра челюстно-лицевой хирургии стоматологического факультета ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия
Контакты: Петрук Павел Сергеевич – e-mail: petruk_pavel@yahoo.com

New approaches to basal cell carcinoma treatment. Clinical case

A.I. Shaikhaliev, P.S. Petruk, L.D. Arazashvili, K.A. Polyakov,
I.V. Cherkesov, A.I. Kolobovnikova

Department of Maxillofacial Surgery, Stomatological Faculty, FSAEI First Moscow State Medical University named after I.M. Sechenov Ministry of Health of Russia (Sechenovsky University), Moscow, Russia
Contacts: Pavel Petruk – e-mail: petruk_pavel@yahoo.com

Doi: 10.25792/HN.2018.6.2.45-49

Базальноклеточный рак кожи является самой частой неоплазией. Исход заболевания во многом зависит от характера клинического течения и морфологического типа опухоли. Применение тканевых расширителей (эспандеров) является достаточно простым и малоинвазивным методом, обеспечивающим постепенное растяжение кожного лоскута с целью закрытия дефекта, который образуется в результате удаления опухоли. В данной статье приведено описание реконструктивно-восстановительных этапов лечения у пациента с базалиомой в лобно-височной области.

Ключевые слова: базальноклеточный рак кожи, челюстно-лицевая хирургия, реконструктивная хирургия, эспандер.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Источник финансирования. Не указан.

Для цитирования: Шайхалиев А.И., Петрук П.С., Аразашвили Л.Д., Поляков К.А., Черкесов И.В., Колобовникова А.И. Новые подходы в лечении базалиомы. Клинический случай. Голова и шея = Head and neck. Russian Journal. 2018;6(2):45–49

Авторы несут ответственность за оригинальность представленных данных и возможность публикации иллюстративного материала – таблиц, рисунков, фотографий пациентов.

ABSTRACT

Basal cell carcinoma of the skin appears to be the most frequent neoplasia. The outcome of the disease largely depends on the clinical course and the morphological type of tumor. The use of tissue expanders is a fairly simple and minimally invasive method, providing a gradual stretching of the skin flap, in order to close the defect that is a result of tumor removal. In this article, we describe the reconstructive stages of treatment in a patient with a basal cell carcinoma in the frontotemporal region.

Key words: basal cell carcinoma of the skin, maxillofacial surgery, reconstructive surgery, expander.

Authors declare no conflict of interests for this article.

Source of financing. Unspecified.

For citations: Shaikhaliev A.I., Petruk P.S., Arazashvili L.D., Polyakov K.A., Cherkesov I.V., Kolobovnikova A.I. New approaches in basal cell carcinoma treatment. Case report. Golova I Sheya = Head and neck. Russian Journal. 2018;6(2):45–49 (in Russian).

The authors are responsible for the originality of the presented data and the possibility of publishing illustrative material – tables, drawings, photographs of patients.

Введение

Согласно данным специализированной литературы, базальноклеточный рак кожи (БКРК) является самой частой неоплазией кожных покровов головы и шеи [1–6]. Чаще всего злокачественная опухоль кожи встречается у лиц мужского пола [7–9]. Одной из возможных причин является то, что именно они чаще заняты на производстве с вредными условиями труда [10–12]. Наиболее характерная локализация базалиомы – кожные покровы в области внутреннего угла глаза, лба, крыльев носа, носогубной складки, наружного уха [13, 14]. БКРК чаще представлен

одиночным узлом, однако примерно в 10% случаев выявляются мультицентрические зачатки опухоли.

Для полноценного удаления опухолевых клеток в Германии разработаны и более 30 лет используются Тюбингенские методы микроскопически контролируемой хирургии (МКХ). Частота возникновения рецидивов при использовании вышеуказанных методов МКХ – самая низкая в мире, и по итогам лечения более 20 000 пациентов составляют 0,5% после 10 лет для первичных базалиом, для больших рецидивирующих базалиом – 5,3% после 10 лет [15].

В связи с активным изучением механизмов канцерогенеза и внедрением новых подходов к лечению в течение последних

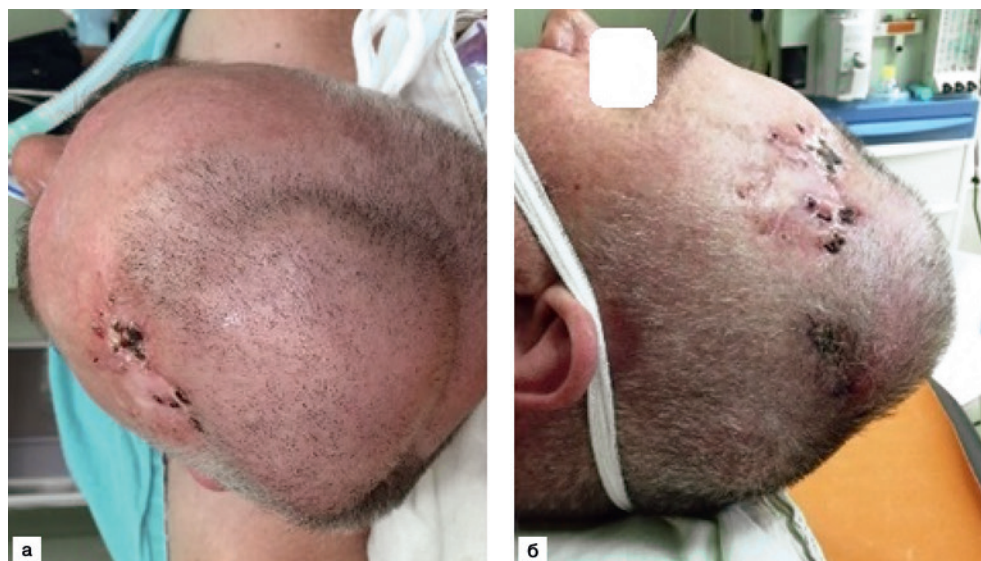


Рис. 1. (а, б). Базалиома лобно-височной области слева

Подкожный экспандер в активированном состоянии. Получен избыток тканей для закрытия дефекта

Fig. 1. (a, b) Basal cell carcinoma of left frontotemporal region

Subdermal expander activated. Tissue flap for defect closure obtained



Рис. 2. Нанесение предварительной разметки в области предполагаемого оперативного вмешательства

Fig. 2. Marking in the region of future surgery

нескольких лет отмечается значительное возрастание интереса к проблеме БКРК, что определяет актуальность онкологической настороженности и информированности о клинической картине БКРК всех специалистов при первичном осмотре пациента.

Клинический случай

Пациент А., 1961 г.р. Диагноз: «базалиома височно-лобной области слева». Из анамнеза известно, что ранее больной был неоднократно оперирован по поводу удаления новообразования. На момент обращения отмечается рецидив базалиомы. В 2015 г. пациент поступил в клинику челюстно-лицевой хирургии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова.

Локальный статус: зона поражения кожных покровов лобной области и волосистой части головы составляла до 12 см².

Этапы реконструктивно-восстановительного лечения:

Этап I. Создание избытка кожного лоскута для последующего закрытия дефекта путем имплантации экспандера. В условиях общей анестезии после создания асептических условий стерильным маркером в теменной области слева была выполнена разметка границ размещения экспандера, которые располагались на расстоянии 1–2 см от пораженной кожи. Произведен разрез до 5 см по линии разметки. Проведена имплантация экспандера «Eurosilicone» полулунной формы диаметром 31 мм и объемом 100 мл. Порт для подачи жидкости выведен в затылочной области, после чего операционная рана послойно ушита узловыми швами. После снятия швов и полного заживления раны в течение последующих 3 месяцев с периодичностью 15 дней через камерный клапан подавали физиологический раствор с целью увеличения объема экспандера, тем самым выполняли постепенное растяжение окружающих тканей.

Этап II. Удаление базалиомы лобно-височной области слева. Извлечение экспандера. Закрытие дефекта скользящим кожным лоскутом из теменной области слева. В условиях эндотрахеального наркоза после создания асептических условий и нанесения предварительной разметки произведена резекция опухоли. Далее выполнены мобилизация и перемещение кожного лоскута из теменной области слева в область дефекта с одномоментной пластикой местными тканями. Гемостаз. Операционная рана ушита узловыми швами (рис. 1–6).

Обсуждение

В настоящее время различные варианты хирургического и консервативного лечения являются высокоэффективными при небольших размерах БКРК. Однако при обширных поражениях и необходимости резекции тканей более 5 см² наиболее оптимальной является техника получения избытка тканей с помощью экспандера. Данное устройство для временной имплантации под кожу постепенно заполняют жидкостью и таким образом растягивают находящиеся над ним ткани. После получения

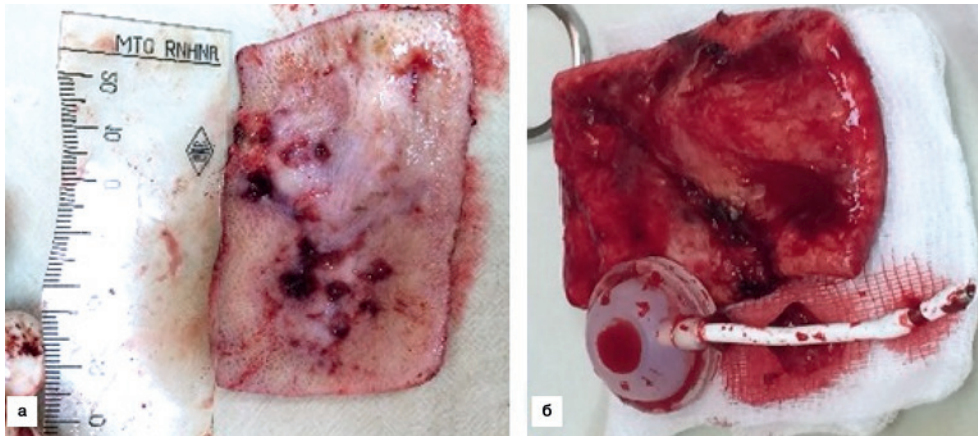


Рис. 3. а – удаленный макропрепарат, б – удаленный макропрепарат и силиконовый эспандер
 Fig. 3. A – removed macro specimen, b – removed specimen and silicon expander

достаточного количества тканей для закрытия дефекта эспандер удаляют, а полученный запас тканей используют для пластики.

Как правило, форма эспандера определяется типом и конфигурацией планируемого лоскута. Так, ткани для моделирования скользящего лоскута в области волосистой части головы лучше всего формировать баллоном полулунной формы. Кроме того, эспандер нужно выбирать таким образом, чтобы во время растяжения не оказывалось отрицательного воздействия на прилежащие анатомические структуры (например, веко, ушная раковина и т.д.). Выбор эспандера следует проводить с учетом размера дефекта, доступности и расположения кожи донорского участка. В работе G.H. Sasaki (1998) по растяжению тканей были сформулированы общие принципы выбора и наполнения эспандера: наполнять эспандер до ширины в 2,0–2,5 раза больше ширины дефекта в плоских областях и в 2,5–3,0 раза больше ширины дефекта в изогнутых областях. Для некоторых дефектов это означает, что требуемый эспандер должен быть больше, чем доступные окружающие ткани. В этом случае может потребоваться установка двух или более эспандеров вокруг дефекта и растяжение нескольких лоскутов, перемещаемых в зону дефекта [16].

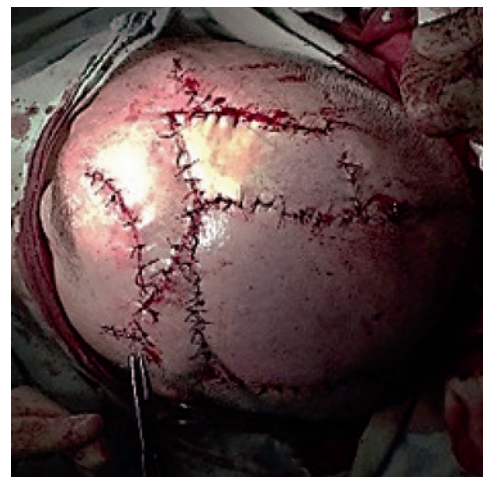


Рис. 4. Этап закрытия дефекта лобно-височной скользящим кожным лоскутом из теменной области, наложение швов
 Fig. 4. Closure of frontotemporal defect by skin flap from temporal region, suturing



Рис. 5. Состояние пациента на следующие сутки после операции
 Fig. 5. Patient's condition on the next day after surgery



Рис. 6. Внешний вид пациента через 12 месяцев после операции
 Fig. 6. Patient's view at 12 months after surgery

Заключение

Таким образом, хирургические методики остаются ведущими и наиболее эффективными в лечении пациентов с базалиомами челюстно-лицевой области. Выбор тактики лечения должен быть основан на характере клинического течения заболевания, площади поражения кожи, а также с учетом морфологического подтипа опухоли. Предложенные в данной работе модификации реконструктивно-восстановительного этапа хирургического лечения с применением подкожного эспандера, учитывающие характеристики тканевых дефектов, позволяют достигать хороших косметических и функциональных результатов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Организационная технология взаимодействия кожно-венерологической и онкологической служб по оказанию специализированной помощи больным с предопухоловой и злокачественной патологией кожи. МЗ РФ, метод. указ. №2003/60. М., 2003.
2. Романко Ю.С., Каплан М.А., Попучиев В.В. и др. Базально-клеточный рак кожи: проблемы лечения и современные аспекты фотодинамической терапии. Рос. журнал кожных и венерических заболеваний. 2004;6:6–10.
3. Дубенский В.В., Гармонов А.А. Современные аспекты эпидемиологии, патогенеза, клиники и лечения базально-клеточного рака кожи. Вестн. дерматологии и венерологии. 2004;6:7–12.
4. Чиссов В.И., Старинский В.В., Петрова Г.В. Злокачественные новообразования в России в 2003 году (заболеваемость и смертность). М., 2005.
5. Kunte C., Konz B. Current recommendations in the treatment of basal cell carcinoma and squamous cell carcinoma of the skin. Hautarzt. 2007;58(5):419–426.
6. Iorio M.L., Ter Louw R.P., Kauffman C.L., Davison S.P. Evidence-based medicine: facial skin malignancy. Plast. Reconstr. Surg. 2013;132:1631–1643.
7. Bower C.P., Lear J.T., de Berker D.A. Basal cell carcinoma follow-up practices by dermatologists: a national survey. Br. J. Dermatol. 2001;145(6):949–956.
8. Lai S.Y., Weber R.S. High-risk non-melanoma skin cancer of the head and neck. Curr. Oncol. Rep. USA. 2005;7(2):154–158.
9. Буйко А.С., Сафроненкова И.А., Питерова О.В. Эпителиальные злокачественные опухоли кожи век стадии Т3–4: комбинированное лечение или скальпель? Офтальмологический журнал. 2002;1:30–34.
10. Смудевич В.Б., Соленова Л.Г., Белякова С.В. Профессия родителей как фактор онкологического риска у детей. Рос. онкологический журнал. 2001;4:45–47.
11. Давыдов М.И., Аксель Е.М. (ред.). Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2009 г. Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. 2011;22(3(85), прил. 1.
12. Pasca di Magliano M., Hebrok M. Hedgehog signaling in cancer formation and maintenance. Nat. Rev. Cancer. 2003;3:903–911.
13. Волгин В.Н., Соколова Т.В. Особенности течения базально-клеточного рака кожи в современных условиях. Врач. 2009;2:6–9.
14. Nakai N., Takenaka H., Katoh N., et al. Basal cell carcinoma with a skip lesion on the nose after repeated cryotherapy. J. Dermatology. 2010;37(4):390–392.
15. Medical Tribune Kongressbericht. Mit "Tubinger Torte" und Flunder-Technik Basaliome garantiert entfernen. MTD 2001;51/52:36.
16. Sasaki G.H. Tissue expanders and general guidelines for tissue expansion technique. In: Sasaki G.H., editor. Tissue expansion in reconstructive and aesthetic surgery. St. Louis: Mosby; 1998.

Поступила 15.01.18
Принята в печать 20.03.18

REFERENCES

1. Organizatsionnaya tekhnologiya vzaimodeystviya kozhno-venereologicheskoy i onkologicheskoy sluzhby po okazaniyu spetsializirovannoy pomoshchi bol'nym predopukholevoy i zlokachestvennoy patologiyey kozhi. Min. zdraz. RF, metod. ukaz. №2003/60. M., 2003. (In Russ.)
2. Romanko Yu.S., Kaplan M.A., Popuchiev V.V., et al. Basal cell carcinoma of the skin: the problems of treatment and the current aspects of photodynamic therapy. Rossijskij zhurnal kozhnykh i venericheskikh zabolevanij. 2004;6:6–10 (In Russ.)
3. Dubenskij V.V., Garmonov A.A. Sovremennye aspekty jepidemiologii, patogeneza, kliniki i lechenija bazal'no-kletocnogo raka kozhi. Vestnik dermatologii i venerologii. 2004;6:7–12 (In Russ.)
4. Chissov V.I., Starinskij V.V., Petrova G.V. Zlokachestvennye novoobrazovaniya v Rossii v 2003 godu (zabolevaemost' i smertnost'). M., 2005. (In Russ.)
5. Kunte C., Konz B. Current recommendations in the treatment of basal cell carcinoma and squamous cell carcinoma of the skin. Hautarzt. 2007;58(5):419–426.
6. Iorio M.L., Ter Louw R.P., Kauffman C.L., Davison S.P. Evidence-based medicine: facial skin malignancy. Plast. Reconstr. Surg. 2013;132:1631–1643.
7. Bower C.P., Lear J.T., de Berker D.A. Basal cell carcinoma follow-up practices by dermatologists: a national survey. Br. J. Dermatol. 2001;145(6):949–956.
8. Lai S.Y., Weber R.S. High-risk non-melanoma skin cancer of the head and neck. Curr. Oncol. Rep. USA. 2005;7(2):154–158.
9. Bujko A.S., Safronenkova I.A., Piterova O.V. Jepitelial'nye zlokachestvennye opuholi kozhi vek stadii T3–4: kombinirovannoe lechenie ili skal'pel'? Oftal'mologicheskij zhurnal. 2002;1:30–34. (In Russ.)
10. Smulevich V.B., Solenova L.G., Beljakova S.V. Professija roditelej kak faktor onkologicheskogo riska u detej. Rossijskij onkologicheskij zhurnal. 2001;4:45–47 (In Russ.)
11. Davydov M.I., Aksel' E.M. (red.) Statistika zlokachestvennykh novoobrazovanij v Rossii i stranah SNG v 2009 g. Vestnik RONC im. N.N. Blohina RAMN. 2011;22(3(85): prilozhenie 1 (In Russ.)
12. Pasca di Magliano M., Hebrok M. Hedgehog signaling in cancer formation and maintenance. Nat. Rev. Cancer. 2003;3:903–911.
13. Volgin V.N., Sokolova T. Basal-cell carcinoma of the skin under the present-day conditions. Vrach. 2009;2:6–9 (In Russ.)
14. Nakai N., Takenaka H., Katoh N., et al. Basal cell carcinoma with a skip lesion on the nose after repeated cryotherapy. J. Dermatology. 2010;37(4):390–392.
15. Medical Tribune Kongressbericht. Mit "Tubinger Torte" und Flunder-Technik Basaliome garantiert entfernen. MTD. 2001;51/52:36.
16. Sasaki G.H. Tissue expanders and general guidelines for tissue expansion technique. In: Sasaki G.H., editor. Tissue expansion in reconstructive and aesthetic surgery. St. Louis: Mosby; 1998.

Received 15.01.18

Accepted 20.03.18

Сведения об авторах:

А.И. Шайхалиев — к.м.н., доцент кафедры челюстно-лицевой хирургии стоматологического факультета ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия; e-mail: astemirsh@yandex.ru

П.С. Петрук — ассистент кафедры челюстно-лицевой хирургии стоматологического факультета ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия; e-mail: petruk_pavel@yahoo.com

Л.Д. Аразашвили — к.м.н., доцент кафедры челюстно-лицевой хирургии стоматологического факультета ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия; e-mail: arazashvili@mai.ru

К.А. Поляков – к.м.н., доцент кафедры челюстно-лицевой хирургии стоматологического факультета ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия; e-mail: 79067170999@yandex.ru

И.В. Черкесов – к.м.н., доцент кафедры челюстно-лицевой хирургии стоматологического факультета ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия; e-mail: cherkesovi@gmail.com

А.И. Колобовникова – студентка 4 курса 14 группы стоматологического факультета ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия; e-mail: kolobovnm@yandex.ru

About the authors:

A.I. Shaikhaliev – MD, associate professor, Department of Maxillofacial Surgery of the Stomatological Faculty of the FSAEI First Moscow State Medical University named after I.M. Sechenov, Ministry of Health of Russia (Sechenovsky University), Moscow, Russia; e-mail: astemirsh@yandex.ru

P.S. Petruk – medical assistant, Department of Maxillofacial Surgery of the Stomatological Faculty, FSAEI First Moscow State Medical University

named after I.M. Sechenov of the Ministry of Health of Russia (Sechenovsky University), Moscow, Russia; e-mail: petruk_pavel@yahoo.com

L.D.Arazashvili – MD, assistant professor, Department of Maxillofacial Surgery of the Stomatological Faculty, FSAEI First Moscow State Medical University named after I.M. Sechenov of the Ministry of Health of Russia (Sechenovsky University), Moscow, Russia, e-mail: arazashvili@mai.ru

K.A.Polyakov – MD, assistant professor, Department of Maxillofacial Surgery of the Stomatological Faculty, FSAEI First Moscow State Medical University named after I.M. Sechenov of the Ministry of Health of Russia (Sechenovsky University), Moscow, Russia, e-mail: cherkesovi@gmail.com

I.V.Cherkesov – MD, assistant professor, Department of Maxillofacial Surgery of the Stomatological Faculty, FSAEI First Moscow State Medical University named after I.M. Sechenov of the Ministry of Health of Russia (Sechenovsky University), Moscow, Russia, e-mail: cherkesovi@gmail.com

A.I.Kolobovnikova – medical student of the 4th year, Department of Maxillofacial Surgery of the Stomatological Faculty, FSAEI First Moscow State Medical University named after I.M. Sechenov of the Ministry of Health of Russia (Sechenovsky University), Moscow, Russia, e-mail: kolobovnm@yandex.ru