

РЕЦИДИВЫ БАЗАЛЬНОКЛЕТОЧНОГО РАКА ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Семенюк Т. В.

Кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии
УО «Гродненский государственный медицинский университет»
г. Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. В последние годы во всем мире отмечается стремительный рост заболеваемости злокачественными новообразованиями кожи, прежде всего раком кожи. В Республике Беларусь также наблюдается постоянный выраженный рост числа ежегодно выявляемых случаев рака кожи. Так в 2017 году рак кожи в общей структуре онкологической заболеваемости находился у женщин на первом месте (21,3%), у мужчин – на третьем (14%). За последние 10 лет заболеваемость злокачественными новообразованиями кожи увеличилась в 1,5 раза и составила в 2017 году 94,8 на 100 тыс. населения [1].

Рак кожи – это эпителиальное злокачественное образование, которое объединяет базальноклеточный рак кожи и плоскоклеточный рак кожи. Базальноклеточный рак кожи (синонимы – базалиома, базальноклеточная карцинома, базоцеллюлярный рак Кромпехера) – наиболее часто встречающаяся опухоль кожи. По определению Комитета ВОЗ по гистологическому типированию опухолей кожи – это местно-деструктивная, медленно распространяющаяся опухоль, которая редко метастазирует, возникает из эпидермиса или волосяных фолликулов и в которой периферические клетки похожи на клетки базального слоя эпидермиса. Доля базальноклеточного рака кожи в структуре эпителиальных немеланомных новообразований кожи составляет до 75% [2]. Основная проблема в лечении пациентов с базалиомой – многократное рецидивирование. Как правило, рецидивы возникают в течение 0,5-3-х лет после лечения с вероятностью в среднем 5-10% [3]. Для лечения базалиом используются различные методы: хирургическое удаление, лазеротерапия, фотодинамическая терапия, криодеструкция, лучевая терапия, радиоволновая хирургия, химиотерапия, но ни один метод не дает 100% гарантии

от последующего рецидива. Основным методом лечения базальноклеточного рака является хирургический метод. Он применяется при небольших размерах опухоли и основан на иссечении ее в пределах здоровой кожи, отступив на 0,5-1 см от края новообразования с последующей пластикой или без нее. К хирургическим методам лечения относятся также электрокоагуляция и кюретаж, которые применяют при небольшом диаметре опухоли (до 1 см) и незначительной инвазии [2]. При применении хирургического метода лечения частота рецидивов варьирует от 0,7 до 55% [3]. После лечения пациентам показано диспансерное наблюдение не реже 1 раза в 3 месяца в течение 2 лет, затем каждые 6 месяцев в течение 3 лет. По происшествии 5 лет пациенты снимаются с учета в связи с истечением срока наблюдения [4].

Цель. Проанализировать эффективность хирургического лечения базальноклеточного рака кожи; изучить частоту рецидивирования базалиом после хирургического лечения.

Материалы и методы исследования. Ретроспективный анализ результатов обследования и лечения пациентов с базальноклеточным раком кожи онкологического отделения «Гродненской областной клинической больницы», которым было проведено хирургическое лечение.

Результаты и их обсуждение. В 2012 году на базе «Гродненской областной клинической больницы» 176 пациентам было проведено лечение базальноклеточного рака кожи хирургическим методом. Из них 116 пациентам диагноз базальноклеточная карцинома был установлен первично в 2012 году. Все диагнозы были верифицированы морфологически с помощью гистоморфологических исследований биоптатов кожи и цитологических исследований на атипичные клетки.

Возраст пациентов с базалиомами колебался от 28 до 92 лет. Средний возраст пациентов составил 66 лет. Из 116 пациентов 65 (56%) составляли женщины, 51 (44%) – мужчины.

Клинически все 116 опухолевых образований по распространенности соответствовали I стадии (T1N0M0).

По локализации 4 случая (3%) – рак губы (C44.0), 12 случаев (9,4%) – рак кожи века (C44.1), 1 случай (0,8%) – рак кожи уха и наружного слухового прохода (C44.2), 61 случай (47,7%) – рак кожи

других и неуточненных частей лица (С44.3) (из них 26 случаев (20,3%) – кожа щеки, 15 случаев (11,7%) – кожа носа, 10 случаев (7,8%) – кожа лба, 4 случая (3,1%) – кожа носогубной области, 3 случая (2,3%) – кожа левой височной области, 2 случая (1,6%) – кожа подбородка, 1 случай (0,8%) – кожа ушной раковины), 20 случаев (15,7%) – рак кожи волосистой части головы и шеи (С44.4), 20 случаев (15,7%) – рак кожи туловища (включая кожу перианальной области, кожу ануса и пограничную зону, кожу грудной железы) (С44.5), 7 случаев (5,5%) – рак кожи верхней конечности, включая область плечевого сустава (С44.6), 3 случая (2,3%) – рак кожи нижней конечности, включая область тазобедренного сустава (С44.7).

По данным на 2017 год, по происшествии 5 лет, 32 пациента (27,6 %) были сняты с учета в связи с истечением срока наблюдения (здоровы); 49 пациентов (42,2%) продолжали диспансерное наблюдение, находясь в 3 клинической группе (практически здоровые); у 5 пациентов (4,3%) за время наблюдения были обнаружены и морфологически верифицированы новые первичные очаги базальноклеточной карциномы других локализаций; 9 пациентов (7,8%) не являлись для диспансерного наблюдения в учреждения здравоохранения; 13 пациентов (11,2%) умерли от других заболеваний; у 8 пациентов (6,9%) были зарегистрированы рецидивы. Была выявлена следующая локализация рецидивов базальноклеточного рака кожи: 1 (12,5%) – кожа левого века (С44.1), 4 (50%) – рак кожи других и неуточненных частей лица (С44.3) (из них 2 (25%) – кожа левой щеки, 1(12,5%) – кожа левой височной области), 1(12,5%) – кожа лба), 1 (12,5%) – рак кожи шеи слева (С44.4), 1 (12,5%) – рак кожи туловища (базалиома кожи грудной клетки) (С44.5), 1 (12,5%) – рак кожи нижней конечности (базалиома нижней трети левой голени) (С44.7). У 2 (25%) пациентов рецидивы были выявлены в первый год после проведения радикального хирургического лечения, у 2 (25%) – через два года, у 4 (50%) – спустя 4 года.

Выводы. В результате проведенного анализа можно установить, что за исследуемый период времени рецидивы возникли в течение первых 1–4-х лет после хирургического лечения с вероятностью 6,9%. Это свидетельствует о том, что рецидивирование

остается основной проблемой в лечении базалиом. Эффективность хирургического метода лечения остается недостаточной, что требует разработки и применения новых перспективных методов диагностики и лечения базальноклеточного рака кожи.

Литература

1. Статистика онкологических заболеваний в Республике Беларусь (2008–2017) / А. Е. Океанов [и др.] ; под ред. О. Г. Суконко. – Минск : РНПЦ ОМР им. Н. Н. Александрова, 2018. – 284 с.
2. Рак кожи: современное состояние проблемы / Е. А. Шляхтунов, [и др.] // Вестник Витебского государственного медицинского университета. – 2014. – № 3. – С. 20–28.
3. Мавров, Г. И. Дифференцированный подход к лечению базально-клеточного рака кожи / Г. И. Мавров, И. А. Олейник, В. И. Сафанков // Дерматовенерология. Косметология. Сексопатология. – 2012. – № 4. – С.175–178.
4. Клинический протокол «Рак кожи»: протокол Объединённой комиссии по качеству медицинских услуг Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 14.03.2019 № 58.

К ВОПРОСУ О РОЛИ ПИЩЕВЫХ АЛЛЕРГЕНОВ КАК КСЕНОБИОТИЧЕСКОГО ФАКТОРА РИСКА В РАЗВИТИЯ ЭКОЛОГИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

Смирнова Г. Д., Рунге А. Е., Шарилова М. Д.

Кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии
УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
г. Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. По данным ВОЗ, проявления пищевой аллергии (далее ПА) встречаются в среднем у 2,5% населения. Симптомы ПА в анамнезе отмечаются у 17,3% детей, в подростковом возрасте у 2-4% и у 2% взрослых. Рост интереса к действию пищевых аллергенов как ксенобиотическому фактору риска развития ПА обусловлен резким увеличением этой патологии среди населения [1].

ПА – это иммунологически опосредованная непереносимость пищевых продуктов [2]. Ее относят к экологически зависимым