

УДК 617.77-006.63-089:615.832.9]-089.168

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТОДА КРИОДЕСТРУКЦИИ В ЛЕЧЕНИИ БАЗАЛЬНО-КЛЕТОЧНОГО РАКА ВЕК

С. Н. Бородина<sup>1</sup>, А. С. Девяткова<sup>1</sup>, И. Н. Субботина<sup>2</sup>, Т. В. Гаврилова<sup>2\*</sup>

<sup>1</sup>Пермская краевая клиническая больница,

<sup>2</sup>Пермская государственная медицинская академия им. ак. Е. А. Вагнера, г. Пермь, Россия

## EFFICIENCY OF CRYODESTRUCTION METHOD FOR TREATMENT OF BASAL CELL EYELID CARCINOMA

S. N. Borodina<sup>1</sup>, A. S. Devyatkova<sup>1</sup>, I. N. Subbotina<sup>2</sup>, T. V. Gavrilova<sup>2\*</sup>

Perm Regional Clinical Hospital,

Perm State Academy of Medicine named after Academician E. A. Wagner, Perm, Russian Federation

**Цель.** Анализ эффективности лечения и отдаленных результатов динамического наблюдения за пациентами, которым была проведена криодеструкция по поводу базалиомы век.

**Материалы и методы.** В период 2011 по 2013 г. под наблюдением находились 30 пациентов с базалиомами век.

**Результаты.** Из 30 случаев новообразований век язвенных форм было 17 (56,6%), узелковых – 10 (33,3%), поверхностных – 3 (10,1%). По стадии заболевания распространенность опухолевого процесса соответствовала T<sub>1</sub> N<sub>0</sub> M<sub>0</sub> у 4 (13%) больных, T<sub>2</sub> N<sub>0</sub> M<sub>0</sub> – у 20 (67%), T<sub>3</sub> N<sub>0</sub> M<sub>0</sub> – у 6 (20%). Проводилась криодеструкция раковых новообразований век снегом угольной кислоты. Рецидив (продолженный рост) узелковой формы T<sub>3</sub> N<sub>0</sub> M<sub>0</sub>, локализованной на нижнем веке, был отмечен лишь в одном (3,3%) случае через 6 месяцев.

**Выводы.** Криодеструкция снегом угольной кислоты является эффективным радикальным методом лечения базально-клеточного рака кожи век, хорошо переносится пациентами.

**Ключевые слова.** Базально-клеточный рак, криодеструкция, лечение.

**Aim.** To analyze the efficiency of treatment and follow-up results of observation in patients who underwent cryodestruction for eyelid basalioma.

**Materials and methods.** 30 patients with basalioma of eyelids were observed during the period of 2011-2013.

**Results.** Out of 30 cases of neoplasms, there were 17 (56,6%) ulcerous forms, 10 (33,3%) – nodular, 3 (10,1%) – superficial. By the stage of disease, dissemination of tumor process corresponded to T<sub>1</sub> N<sub>0</sub> M<sub>0</sub> in 4 (13%) patients, T<sub>2</sub> N<sub>0</sub> M<sub>0</sub> – in 20 (67%), T<sub>3</sub> N<sub>0</sub> M<sub>0</sub> – in 6 (20) patients. Cryodestruction of cancerous neoplasms of eyelids with carbonic acid snow was conducted. Relapse (continuous growth) of the nodular form T<sub>3</sub> N<sub>0</sub> M<sub>0</sub> localized on the lower eyelid was noted only in one (3,3%) case of follow-up observation in 6 months.

**Conclusions.** Cryodestruction using carbonic acid snow is an effective radical method for treatment of basal cell eyelid carcinoma; it is well survived by a patient.

**Key words.** Basal cell carcinoma, cryodestruction, treatment.

© Бородина С. Н., Девяткова А. С., Субботина И. Н., Гаврилова Т. В., 2014

e-mail: gavrilova.tv@mail.ru

тел.: 8 902 471-62-08

[Бородина С. Н. – врач-офтальмолог; Девяткова А. С. – кандидат медицинских наук, заведующая отделением офтальмологии, Субботина И. Н. – доктор медицинских наук, профессор кафедры офтальмологии; Гаврилова Т. В. – (\* контактное лицо) – доктор медицинских наук, заведующая кафедрой офтальмологии].

## ВВЕДЕНИЕ

Базально-клеточный рак (БКР; синоним – базалиома) – наиболее распространённый тип рака кожи; представляет собой медленно растущую и редко метастазирующую опухоль, возникающую в эпидермисе [3]. В России БКР в структуре заболеваемости занимает третье место по частоте встречаемости среди всех злокачественных новообразований после рака желудка и легких и составляет 11–28 % [2]. Удельный вес БКР среди всех злокачественных эпителиальных новообразований периокулярной локализации достигает 84 %. В последние годы отмечен рост заболеваемости БКР кожи в ряде стран [8], в некоторых регионах России этот показатель за последние 10 лет возрос в 2 раза [1].

Существуют различные подходы к лечению рака кожи век в зависимости от стадии процесса: воздействие физическими методами на опухолевый процесс (крио- и лазерная деструкция, фотодинамическая и лучевая терапия), хирургический метод (резекция опухоли), реже – медикаментозный. На ранних стадиях опухолевого процесса предпочтение отдается крио- или лазерному лечению.

По международным стандартам показанием к криодеструкции с применением жидкого азота служат маленькие плоские формы БКР без признаков инфильтративного роста, не более 3 мм толщиной (стадия  $T_{1-3}N_0M_0$ ) [4, 5, 7]. Однако воздействие очень низкой температуры ( $-170^\circ\text{C}$ ) вызывает грубые структурные изменения не только в опухолевых, но и в здоровых тканях, приводя к рубцовым процессам [6]. В связи с вышесказанным важным является применение щадящих методов лечения базалиом кожи век для последующей полноценной реабилитации пациентов и улучшения качества их жизни.

*Цель работы* – анализ эффективности лечения и отдаленных результатов динами-

ческого наблюдения за пациентами, которым была проведена криодеструкция по поводу базалиомы век.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Под нашим наблюдением находились 30 пациентов (30 случаев базалиомы кожи век), проходивших лечение в 3-м офтальмологическом отделении Пермской краевой клинической больницы с 2011 по 2013 г. Из них было 18 (60 %) женщин и 12 (40 %) мужчин в возрасте от 55 до 83 лет (средний возраст – 67,5 г.). Всем пациентам проводилось традиционное офтальмологическое обследование. Показанием к криодеструкции считали язвенные формы до 10 мм, поверхностные формы до 20 мм в диаметре и узелковые формы диаметром не более 5 мм и глубиной прорастания не более 3 мм. Криодеструкция раковых новообразований век снегом угольной кислоты проводилась по методике, внедренной в клиническую практику офтальмологических отделений профессором кафедры офтальмологии ПГМА Т. П. Нифонтовой (1981); использовали криоапликаторы диаметром 7, 10 и 15 мм, представляющие собой полые трубки с поршнем. Данная конструкция обеспечивает постоянное давление снега угольной кислоты на опухолевую ткань, а температура  $-79^\circ\text{C}$  является достаточной для проведения криодеструкции опухоли, так как при данном температурном режиме опухолевая (низкодифференцированная) ткань разрушается полностью, а высокодифференцированная ткань кожи остается интактной, что в последующем способствует низкому уровню процессов рубцевания. Диаметр трубки выбирали в зависимости от площади и глубины распространения новообразования так, чтобы зона воздействия аппликатора превышала размер опухоли на 2–3 мм. Экспозиция снегом угольной кислоты составляла 1,5 ми-

нуты. В случаях, когда распространенность опухолевого поражения превышала 15 мм, применялся «черепичный» метод промораживания, при котором каждый участок опухоли подвергался двукратному воздействию по 1,5 минуты. При большой распространенности и глубине поражения использовали комбинированный метод лечения, включающий частичное хирургическое удаление опухоли с последующей криодеструкцией. Если толщина новообразования превышала 1,5 мм, то криодеструкция осуществлялась в 2 этапа с интервалом в 2–3 дня.

При гистологической верификации во всех случаях клинический диагноз был подтвержден. Региональные лимфоузлы у всех пациентов были интактны. В дальнейшем осмотры проводили через 3, 6, 12 месяцев и через 3 года.

### РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Из 30 случаев новообразований век язвенных форм было 17 (56,6%), узелковых – 10 (33,3%), поверхностных – 3 (10,1%). По стадии заболевания распространенность опухолевого процесса соответствовала  $T_1 N_0 M_0$  у 4 (13%) больных,  $T_2 N_0 M_0$  – у 20 (67%),  $T_3 N_0 M_0$  – у 6 (20%).

По локализации новообразования располагались на верхнем веке – в 5 случаях (16,6%), во внутреннем углу в области внутренней спайки век – в 7 (23,4%), на нижнем веке – в 18 (60%), из них во внутренней трети века у 6 пациентов, в средней трети – у 10, в наружной – у 2; захват интермаргинального края нижнего века имел место в 6 случаях. Размеры новообразования в наибольшем диаметре были от 5 до 10 мм в 10 случаях (33,3%), от 11 до 15 мм – в 10 (33,3%), от 16 до 20 мм – также в 10 (33,4%). Вероятно, размер образования явился одним из наиболее значимых прогностических критериев, тем более, что сведения о длительности существования опухоли субъективны и ориен-

тировочны. Множественный характер поражения с вовлечением в опухолевый процесс кожи щеки, височной и скуловой области выявлен в 3 случаях (10%).

Процедура криодеструкции базалиомы проводилась однократно в 5 (16,6%) случаях, в два этапа – в 25 (83,4%). Все пациенты хорошо перенесли криотерапию.

В раннем послеоперационном периоде в зоне воздействия снега угольной кислоты появлялись гиперемия и отек век, иногда образовывались везикулы, заполненные серозной жидкостью. Эти явления сохранялись 3–4 дня, после чего отек регрессировал, начинался распад опухолевой ткани с образованием мацерированной поверхности, которая в течение 10–14 дней превращалась в струп. Образовавшийся струп самостоятельно отторгался, а на его месте оставалась здоровая кожа.

Рецидив (продолженный рост) узелковой формы  $T_3 N_0 M_0$ , локализованной на нижнем веке, был отмечен в одном (3,3%) случае наблюдения через 6 месяцев. После проведения повторной криодеструкции ремиссия продолжается 1 год 3 месяца. У остальных 29 пациентов в течение всего периода наблюдения рецидивов не было.

Последствия криодеструкции в виде атрофии, депигментации кожи, частичного мадароза при вовлечении в процесс опухолевого роста интермаргинального пространства были выявлены в 6 случаях (20%), данные изменения не потребовали дальнейшего лечения.

### Выводы

Проведенное исследование показало, что криодеструкция снегом угольной кислоты – эффективный радикальный метод лечения базально-клеточного рака кожи век, хорошо переносится пациентами.

Достоинством данной методики является щадящее воздействие холода на здоровые

ткани, что позволяет сохранить анатомическую целостность придатков глаза – век и слезных путей, является операцией выбора при локализации БКР на нижнем веке с вовлечением интермаргинального пространства, когда хирургический метод лечения может привести к анатомическому дефекту века.

Результаты наблюдения в течение 3 лет выявили низкие показатели рецидивирования (3,3%), однако необходимо дальнейшее наблюдение за пациентами.

#### БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. *Анищенко И. С., Важенин А. В.* Плоскоклеточный рак кожи (клиника, диагностика, лечение). Челябинск 2000; 144.
2. Достижения и перспективы офтальмоонкологии: сб. тр. юбилейной научно-практической конф. МНИИ ГБ им. Гельмгольца. М. 2001; 9–28.
3. *Лихванцева В. Г., Анурова О. А.* Опухоли век: клиника, диагностика, лечение. М.: ГЭОТАР-Медиа 2007; 447.
4. Офтальмоонкология: руководство для врачей / под ред. А. Ф. Бровкиной. М.: Медицина 2002; 212.
5. *Bernstein S. C., Lim K. K., Brodland D. G.* The many faces of squamous cell carcinoma. *Dermatol. Surg.* 1996; 22: 243–254.
6. *Buschmann W. A.* Reappraisal of cryosurgery for eyelid basal cell carcinomas. *Br. J. Ophthalmol.* 2002; 86: 453–457.
7. *Loeffler M., Hornblass A.* Characteristics and behavior of eyelid carcinoma. *Ophthalmic Surg.* 1990; 21: 513–518.
8. *Mantovani E., Doro D., Milizia E., Steindler P.* Recurrent eyelid basal cell carcinoma with sclerochoroidal infiltration: echographic findings. *Ophthalmologica* 1998; 212: 40–41.

Материал поступил в редакцию 12.05.2014