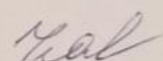


Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования "Красноярский государственный медицинский университет  
им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра дерматовенерологии с курсом косметологии и ПО им. проф. В.И.Прохоренкова

Зав. Кафедрой:

д.м.н., проф. Карачева Юлия Викторовна



Реферат

Плоскоклеточный рак. Дифференциальная диагностика.

Выполнила:

Ординатор 1 года обучения

Акимова Хатира Гияс кызы

Проверила:

д.м.н., проф. Карачева Юлия Викторовна

Красноярск 2019

Федеральное государственное бюджетное учреждение высшего образования  
«Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.  
Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации

КАФЕДРА

Кафедра дерматовенерологии с курсом косметологии и ПО им. проф. В.И. Прохоренкова

Рецензия <проф., Д.М.Н. кафедры Кафедра дерматовенерологии с курсом косметологии и  
ПО им. проф. В.И. Прохоренкова Карачевой Юлии Викторовны> на реферат ординатора  
первого года обучения специальности Дерматовенерология <Акимовой Хатиры Гияс  
кызы> по теме <Прогерия>

Основные оценочные критерии рецензии на реферат ординатора первого года обучения  
специальности Дерматовенерология:

Оценочный критерий	Положительный /отрицательный
1. Структурированность	100%
2. Наличие орфографических ошибок	100%
3. Соответствие текста реферата его теме	100%
4. Владение терминологией	100%
5. Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	100%
6. Логичность доказательной базы	100%
7. Умение аргументировать основные положения и выводы	100%
8. Круг использования известных научных источников	100%
9. Умение сделать общий вывод	100%

Итоговая оценка: положительная/отрицательная

Комментарии рецензента:

Дата: 28.12.18

Подпись рецензента: *Чал*

Подпись ординатора: *Акимов*

## Оглавление

Введение .....	4
Клиническая картина .....	4
Диагностика .....	6
Дифференциальная диагностика .....	7
Лечение .....	7
Список литературы .....	8

## Введение

Плоскоклеточный рак кожи (ПКРК) (син.: спиноцеллюлярный рак, сквамозно-клеточная карцинома, плоскоклеточная эпителиома, эпидермоидный рак, спиналиома) — самая злокачественная эпителиальная опухоль кожи и слизистых оболочек с плоскоклеточной дифференцировкой, развивающаяся из кератиноцитов . ПКРК входит в группу немеланомных злокачественных новообразований кожи (НМЗНК) и характеризуется агрессивным течением за счет большой вероятности метастазирования . ПКРК характеризуется деструктивным ростом с постепенным прогрессированием опухолевого процесса и инфильтрацией подлежащих тканей, метастазированием в регионарные и отдаленные лимфатические узлы (ЛУ) (в 85% случаев), также гематогенным распространением метастазов во внутренние органы (в 15%), такие как легкие и кости, что может привести к смерти больного.

Во всем мире отмечается неуклонный рост числа впервые диагностированных случаев НМЗНК, в связи с чем в настоящее время рак кожи специалисты оценивают как «тихую эпидемию» . При анализе статистических данных по РФ за последние 7 лет отмечается тенденция к росту заболеваемости новообразованиями кожи . Опухоли эпителиального происхождения занимают первое место в структуре заболеваемости всеми злокачественными новообразованиями кожи, на долю ПКРК приходится около 20% [4, 5]. Самая высокая заболеваемость в России наблюдается в Краснодарском и Ставропольском крае, в Астраханской и Ростовской областях, что отражает важную роль интенсивного воздействия ультрафиолетовых (УФ) лучей в этиологии заболевания . Пациенты с диагнозом ПКРК находятся в группе повышенного риска развития рака внекожной локализации и другого НМЗНК . За последние десятилетия рост заболеваемости ПКРК сопровождался снижением уровня смертности на 20%, что связано с улучшением качества диагностики заболевания на ранних стадиях и активным лечением . Предполагают, что в результате истончения озонового слоя и соответственно возрастания интенсивности УФ-излучения, заболеваемость раком кожи будет увеличиваться до тех пор, пока поведенческие привычки человека не поменяются с целью уменьшения воздействия на него солнечного облучения .

## Клиническая картина

Клинически ПКРК, как правило, представляет собой единичный очаг, но может встречаться несколько. Опухоль обычно локализуется на открытых участках кожи. В 70% случаев поражается лицо (нос, периорбитальные области, ушные раковины, височная область, лоб) . Чаще всего наблюдается поражение кожи в переходных зонах между плоским эпителием и слизистой оболочкой (красная кайма губ, наружные половые органы, перианальная область) . Наиболее частой локализацией ПКРК на слизистой оболочке полости рта является небо и язык, обычно развивается на фоне эритроплакии, чаще протекает бессимптомно, постепенно превращаясь в твердый узел или перитонзиллярный абсцесс . На нижней губе ПКРК развивается на фоне актинического хейлита или чешуйчатой лейкоплакии и в последующем медленно прогрессирует в опухолевый узел . На вульве ПКРК часто развивается на фоне склероатрофического лишая. ПКРК шейки матки ассоциирован с ВПЧ-инфекцией 16-го типа, а ПКРК полового члена часто развивается на фоне эритроплазии Кейра.

На основании клинических признаков выделяют экзофитную и эндофитную формы роста опухоли .

### **1. Экзофитная (папиллярная) форма роста**

Первичный узелок увеличивается в размере, возвышаясь над уровнем окружающей кожи, образуется большое количество роговых масс, очаг приобретает бугристый вид темно-красного или коричневого цвета с множеством расширенных мелких кровеносных сосудов и углублением в центре. Основание опухоли широкое и малоподвижное за счет прорастания в подлежащие ткани. Позднее происходит изъязвление опухоли с переходом в эндофитную форму роста [6, 10, 11].

Экзофитная форма ПКРК может приобретать вид желто- или красно-коричневого очага, с неровной поверхностью, покрытой коркой с гиперкератозом и бородавчатыми разрастаниями (так называемая **веррукозная** форма роста ПКРК, для которой характерен медленный рост, редкое метастазирование и тенденция к образованию на местах хронического раздражения кожи; может проявляться в виде «кожного рога») [6, 14, 15].

В зависимости от локализации выделяют четыре варианта веррукозной карциномы:

**Тип I. Цветущий папилломатоз ротовой полости.** Опухоль полости рта, преимущественно на слизистой щек, языка, десен и дна полости рта у пациентов, жующих табак.

**Тип II. Аногенитальный тип.** На мошонке, головке полового члена, в перианальной области, на наружных половых органах женщин.

**Тип III. Подошвенная карцинома.** Опухоль на подошвах у пожилых мужчин.

**Тип IV. Веррукозная карцинома на остальных участках кожного покрова** (кожа волосистой части головы, туловища, конечностей) [6].

### **2. Эндофитная (язвенно-инфильтративная) форма роста**

Первичным элементом является папула, которая впоследствии преобразуется в плотный узел, спаянный с подкожно-жировой клетчаткой. Через несколько месяцев узел изъязвляется с образованием язвы неправильной формы с шероховатым, плотным дном и белесоватой пленкой на поверхности, края язвы кратерообразно приподняты .

При прикосновении узел может кровоточить. Данная форма ПКРК быстро распространяется на подлежащие ткани, мышцы, сосуды, хрящи и кости, характеризуется частыми рецидивами и метастазами [1, 6, 15].

### **Гистопатология**

Гистологически различают две формы ПКРК.

#### **1. Ороговевающая форма:**

##### **1.1. высокодифференцированная;**

##### **1.2. малодифференцированная.**

#### **2. Неороговевающая форма (недифференцированная).**

При **ороговевающей форме ПКРК** отмечается доброкачественное течение, медленный рост, инвазия в глубь тканей постепенная. Кератинизация выражена хорошо, отмечаются так называемые роговые жемчужины — очаги гиперкератоза округлой формы с признаками незавершенной кератинизации в центре. Пальпаторно очаги плотной

консистенции, обнаруживаются признаки ороговения. Визуально определяются папула, бляшка или узел, покрытые плотными роговыми чешуйками, в центре образования — эрозия или язва, покрытые коркой; края плотные, приподнятые, ороговевшие. При надавливании могут иногда выделяться роговые массы .

**Неороговевающая форма** характеризуется более злокачественным течением, быстрой инвазией в глубокие слои дермы, частым метастазированием. При данной форме ПКРК признаки кератинизации отсутствуют, атипизм клеток резко выражен, они имеют гиперхромные или распадающиеся ядра, наблюдается множество патологических митозов. Клинически данная форма представлена узлами или папулами с элементами вегетации, ороговение практически не наблюдается, в последующем происходит быстрое развитие эрозии или язвы с некротизированным дном и контактной кровоточивостью.

А. Broders (1932) предложил различать четыре степени злокачественности ПКРК в зависимости от соотношения в опухоли дифференцированных и недифференцированных клеток, а также от степени их атипии и глубины инвазии (табл. 1) .

Таблица 1. Классификация ПКРК по Broders

В **гистологической классификации опухолей кожи ВОЗ (1996)** указаны следующие варианты ПКРК:

- 1) веретеночлесточный;
- 2) акантолитический;
- 3) веррукозный с формированием кожного рога;
- 4) лимфоэпителиальный.

**Веретеночлесточный тип** характеризуется выраженным инвазивным ростом, частым рецидивированием, метастазированием и неблагоприятным прогнозом. Гистологически обнаруживают структуры, состоящие из веретеночлесточных элементов, при этом четких признаков кератинизации нет. Может напоминать саркому и веретеночлесточную меланому, однако при электронной микроскопии эпителиальное происхождение доказано на основании обнаружения десмосом и тонофиламентов .

**Акантолитический тип** развивается на фоне актинического кератоза. Гистологически отмечают деструкцию опухолевых комплексов и тяжей, их превращение в тубулярные и псевдоальвеолярные структуры, высланные одним или несколькими рядами атипичных клеток, при этом кератинизация отмечается не всегда. Иногда обнаруживают акантолитические или дискератотические клетки .

**Веррукозный тип с образованием кожного рога** характеризует выраженный гиперкератоз в поверхностных отделах опухоли с образованием рогового выроста .

**Лимфоэпителиальный тип** представлен тяжами и ячейками низкодифференцированных опухолевых клеток, расположенных в густом лимфоидном инфильтрате. В связи с отсутствием связи с эпидермисом и обнаружением внутрицитоплазматической слизи в опухолевых клетках предполагают, что данный гистологический вариант скорее является низкодифференцированной опухолью из придатков кожи, чем истинным ПКРК .

## Диагностика

В связи с наличием прямой зависимости эффективности лечения от стадии онкологического процесса существует три уровня диагностики ПКРК: ранняя, своевременная и поздняя.

При *ранней диагностике* ПКРК выявляется на стадии *in situ* или в I клинической стадии, когда еще нет метастазирования. При выборе адекватной тактики лечения возможно полное выздоровление пациента. *Своевременным* считают диагноз ПКРК, поставленный на стадии T1—T2N0M0. *Поздняя* диагностика заключается в установлении диагноза на стадии T3—T4 и характеризуется неблагоприятным прогнозом из-за сложности или невозможности проведения радикального лечения, так как на этой стадии уже имеются регионарные или отдаленные метастазы .

«Золотым стандартом» верификации ПКРК является *морфологическая диагностика*. Так, особенно информативны иммунологические методы исследования. В связи с наружной локализацией опухоли и легкостью получения материала для исследования морфологическая верификация достигает 99% . В гистологическом заключении должны быть указаны: гистологический тип опухоли, степень дифференцировки (по Broders), толщина опухоли, степень инвазии в дерму (по Кларку), отсутствие или наличие периневральной, околосоудистой или перилимфатической инвазии .

Диагностическими критериями ПКРК при *дерматоскопии* служат центральные кератиновые пробки, центральное древовидное ветвление сосудов, сосуды по типу шпилек для волос в периферическом венчике молочного цвета .

Также для диагностики ПКРК можно использовать *лазероиндуцированную флюоресцентную и спектральную диагностику* с фотосенсибилизатором, *ультразвуковое диагностическое сканирование, конфокальную лазерную сканирующую микроскопию*.

При всех формах ПКРК, помимо тщательного сбора анамнеза и физикального осмотра всего кожного покрова и слизистой оболочки полости рта, необходимо также проводить оценку лимфатических узлов (ЛУ). При необходимости показано проведение *диагностической тонкоигольной аспирации (ТИА)* и дополнительных *визуальных методов исследования* (рентгенография, ангиография, компьютерная томография, ультразвуковая диагностика, эндоскопия) для обнаружения регионарных и отдаленных метастазов .

### **Дифференциальная диагностика**

Дифференциальный диагноз при ПКРК проводят с актиническим кератозом, себорейным кератозом, базально-клеточным раком кожи, кератоакантомой, бородавчатой дискератомой, псевдокарциноматозной гиперплазией эпидермиса, амеланотической злокачественной меланомой.

### **Методы лечения**

Как правило, план лечения больных ПКРК определяет консилиум врачей, состоящий из онколога, дерматолога, хирурга, радиолога и химиотерапевта. Многим пациентам может понадобиться дополнительная психологическая поддержка. Все специалисты,

работающие с онкологическими больными, должны обладать специальными навыками общения .

Выбор первичного метода лечения должен учитывать индивидуальные факторы риска и потребности пациента, обеспечивать полную, гистологически подтвержденную элиминацию опухолевых клеток и всех метастазов, сохранение функции пораженного органа и наиболее приемлемый косметический результат . При выборе метода лечения необходимо учитывать факторы, связанные с самим опухолевым процессом: локализация и размер очага, клиническая форма, степень дифференцировки, наличие первичного очага или рецидива, ПКРК единичный или множественный, глубина инвазии, скорость роста, возможность определения границ очага .

#### Список литературы:

1. *Европейское руководство по лечению дерматологических болезней*. Под ред. Кацамба А.Д., Лотти Т.М. Пер. с англ. 3-е изд. М. 2014.
2. *Клинико-практическое руководство Общенациональной сети по борьбе против рака (NCCN)*. США. 2012.
3. Анищенко И.С., Важенин А.В. *Плоскоклеточный рак кожи: клиника, диагностика, лечение*. Челябинск. 2000.
4. Давыдов М.И., Аксель Е.М. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2009 г. *Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН*. 2011.