ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ ПРОФЕССОРА В.Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра онкологии и лучевой терапии с курсом ПО

Заведующий кафедрой:

Д.м.н, профессор, Зуков Руслан Александрович

**РЕФЕРАТ**

на тему:

**Базальноклеточный рак кожи.**

Выполнила:

клинический ординатор 1 года специальности ОНКОЛОГИЯ

Комарова Вера Сергеевна

Проверил:

кафедральный руководитель ординатора

к.м.н., доцент, Гаврилюк Дмитрий Владимирович

Красноярск

2023

Оглавление

[1. Определение 3](#_Toc137025301)

[2. Этиология 3](#_Toc137025302)

[3. Эпидемиология 4](#_Toc137025303)

[4. Клинические формы базалиомы: 4](#_Toc137025304)

[5. Стадирование 5](#_Toc137025305)

[6. Клиника 10](#_Toc137025306)

[7. Лабораторная диагностика 11](#_Toc137025307)

[8. Инструментальная диагностика 11](#_Toc137025308)

[9. Лечение базально-клеточного рака 13](#_Toc137025309)

[10. Показания к госпитализации 15](#_Toc137025310)

# Определение

Базальноклеточный рак кожи (далее БКРК) (самая частая немеланомная опухоль кожи) – злокачественная опухоль кожи, происходящая из эпителиальных клеток – базальных клеток (кератиноцитов) эпидермиса кожи и/или эпидермиса волосяных фолликулов. БКРК может иметь разнообразное морфологическое строение, однако он всегда содержит островки или гнезда базалоидных клеток с гиперхромными ядрами и скудной цитоплазмой. Синонимом БКРК является термин «базальноклеточная карцинома»

# Этиология

Самым значимым фактором риска спорадических (ненаследственных) форм базальноклеточного рака кожи следует считать воздействие на кожу ультрафиолетового излучения, врожденный или приобретенный иммунодефицит (например, после трансплантации органов или других заболеваниях, связанных с необходимостью принимать иммуносупрессанты), пигментная ксеродерма а также лица, имеющие контакт с мышьяком и ионизирующей радиацией имеют повышенный риск возникновения БКРК.

Существует также ряд наследственных синдромов, в рамках которых возможно возникновение БКРК: синдром невоидных БКРК (также известен как синдром ГорлинаГольтца), синдром Базекса, синдром Ромбо, синдром одностороннего базальноклеточного невуса.

# Эпидемиология

В Российской Федерации (как и во многих странах мира) базальноклеточный рак не учитывается отдельно от других немеланомных опухолей кожи, однако, по некоторым данным, на БКРК приходится до 80% всех случаев немеланомных опухолей кожи. БКРК считается самой распространенной опухолью у людей. Заболеваемость сильно отличается в зависимости от широты проживания и существенно выше у людей со светлым фототипом кожи. В этой связи, самая высокая заболеваемость БКРК в мире наблюдается в Австралии, где у каждого второго жителя до 70 лет развивается БКРК, а самая низкая – в отдельных частях Африки. У пациентов с двумя и более БКРК риск появления новых БКРК существенно выше, а множественные БКРК чаще встречаются у мужчин.

В 2018 г. в Российской Федерации немеланомными опухолями кожи заболело 78 699 человек . В 2018 г. грубый показатель заболеваемости (оба пола) составил 53,6 на 100 000 населения, стандартизованный – 27,46 на 100 000 населения (28,26 и 27,43 у женщин и мужчин соответственно). В структуре заболеваемости немеланомные опухоли кожи в 2018 г. составили 10,2% у мужчин и 14,6% у женщин

# Клинические формы базалиомы:

• **поверхностная** – характеризуется шелушащимся пятном розового цвета, округлой или овальной формы с нитевидным краем, состоящим из мелких блестящих узелков перла, мутрово‑розового цвета;

• о**пухолевая** начинается с узелка куполообразной формы, в течение нескольких лет достигающего диаметра 1,5–3,0 см,

• **язвенная** развивается первично или путем изъязвления других форм; базалиома с воронкообразным изъязвлением относительно небольшого размера называется ulcus rodeus («разъедающая»), а распространяющаяся вглубь (вплоть до фасции и кости) и по периферии – ulcus terebrans(«проникающая»);

• **склеродермоподобная** базалиомы имеет вид плотной белесоватой бляшки с приподнятым краем и телеангиэктазиями на поверхности.

Гистологически наиболее распространенный (50–70%) тип структуры, состоящей из различных формы и величины тяжей и ячеек компактно расположенных базалоидных клеток, напоминающих синцитий. Они имеют округлые или овальные гиперхромные ядра и скудную базофильную цитоплазму, по периферии тяжей – «частокол» из призматических клеток с овальными или слегка вытянутыми ядрами – характерный признак базалиомы. Нередко встречаются митозы, клеточно‑волокнистая соединительнотканная строма формирует пучковые структуры, содержит мукоидную субстанцию и инфильтрат из лимфоцитов и плазматических клеток.

Течение базалиом длительное. Рецидивы возникают после неадекватного лечения, чаще при диаметре опухоли более 5 см, при низкодифференцированных и инвазивных базалиомах.

Диагноз устанавливается на основании клинических и лабораторных (цитологических, гистологических) данных.

# Стадирование

Для стадирования базальноклеточного рака кожи по следует использовать актуальную версию международной классификации стадий злокачественных новообразований (TNM) Американского объединенного комитета по раку (AJCC)/Международного союза по борьбе с раком (UICC), в настоящее время - 8-й пересмотр

Стадирование первичной опухоли (Т)



Критерий N указывает на наличие или отсутствие метастазов в регионарных лимфатических узлах. Регионарными лимфатическими узлами следует считать для опухолей, расположенных преимущественно на одной стороне тела (левой или правой):

 Голова, шея: ипсилатеральные околоушные, подчелюстные, шейные и надключичные лимфатические узлы;

Грудная стенка: ипсилатеральные подмышечные лимфатические узлы;

Верхняя конечность: ипсилатеральные локтевые и подмышечные лимфатические узлы;

 Живот, поясница и ягодицы: ипсилатеральные паховые лимфатические узлы;

Нижняя конечность: ипсилатеральные подколенные и паховые лимфатические узлы;

Край ануса и кожа перианальной области: ипсилатеральная паховые лимфатические узлы.

В случае расположения опухоли в пограничных зонах лимфатические узлы с обеих сторон могут считаться регионарными





# Клиника

Особенностью клинической картины БКРК являются местно деструирующий медленный рост, крайне редкое метастазирование и разнообразие клинических форм. Поверхностная форма БКРК характеризуется эритематозным пятном с четкими границами неправильной формы, не отвечающим на топическую противовспалительную терапию. Типичная локализация данной формы - кожа туловища. Поверхностная форма может носить множественный характер и варьировать в размере от нескольких миллиметров до 10 см и более. На поверхности новообразования могут встречаться серозные и геморрагические корочки. Узловая, или нодулярная, форма представлена полушаровидным узлом с гладкой поверхностью, для него характерен серо-розовый цвет с перламутровым оттенком. Типичная локализация – лицо и волосистой части головы. Часто периферия элемента представлена валикообразым краем, состоящим из мелких «жемчужин». На поверхности элемента может присутствовать эрозия или язва, покрытые геморрагической корочкой. Более обширные поражения сопровождаются центральным некрозом и расценивается как язвенная форма или «разъедающая язва» (ulcus rodens).Подтипом поверхностной или нодулярной форм БКРК может являться пигментная форма, клинически характеризующаяся пигментированным пятном или узлом серо-черного цвета. Клинически этот вариант может быть неправильно диагностирован как меланома. Склеродермоподобная форма БКРК представлена рубцовоподобным участком белесоватого цвета без четких границ с периферическим расположением «жемчужных» папул. В центре могут выявляться точечные участки гиперпигментации, эрозии различных размеров, атрофические изменения, дисхромия

# Лабораторная диагностика

До морфологического подтверждения диагноза лабораторная диагностика не рекомендуется, если только интеркуррентная патология или общее состояние пациента не требует ее для безопасного проведения биопсии

В отдельных случаях цитологическое исследование мазков-отпечатков с поверхности опухоли или соскобов может быть рекомендовано на приеме при подозрении на БКРК, однако следует отдавать предпочтение биопсии на всю толщину кожи и выполнения патолого-анатомического исследования биопсийного (операционного) материала, поскольку цитологическое исследование соскоба или мазков отпечатков может давать как ложно-отрицательные, так и ложноположительные результаты

Рекомендуется для подтверждения диагноза всем пациентам с клиническим подозрением на базальноклеточный рак кожи, а также составления дальнейшего плана обследований и лечения, на первом этапе выполнять морфологическую верификацию диагноза

Рекомендуется для подтверждения диагноза всем пациентам с клиническим диагнозом базальноклеточный рак или при подозрении на базальноклеточный рак направлять материал для проведения прижизненного патолого-анатомического исследования биопсийного материала

Рекомендуется при проведении хирургического лечения всем пациентам с клиническим диагнозом базальноклеточный рак или при подозрении на базальноклеточный рак направлять материал для проведения прижизненного патолого-анатомического исследования операционного материала

# Инструментальная диагностика

 В отсутствие симптомов, принимая во внимание низкую частоту регионарного и отдаленного метастазирования БКРК для выявления скрытых метастазов рекомендовано выполнять диагностические тесты различного объема в зависимости от стадии заболевания (установленной по данным клинического осмотра и гистологического заключения). При планировании локального лечения важно выполнить максимально полное предоперационное стадирование в случае, если подозрение на периневральную инвазию, вовлечение подлежащих мягких тканей или иных структур, или кости.

 • Рекомендуется пациентам с наличием симптомов метастазирования или местнодеструирующего роста, признаков вовлечения кости, периневрального распространения или подлежащих мягких тканей выполнять КТ с в/в контрастом пораженной анатомической области и/или МРТ с в/в контрастом пораженной анатомической области, КТ грудной клетки для своевременного определения распространённости первичного базальноклеточного рака и выявления метастатического процесса .

• Рекомендуется при клинически установленных стадиях III, IV выполнять УЗИ регионарных лимфоузлов, КТ с в/в контрастом пораженной анатомической области и/или МРТ с в/в контрастом пораженной анатомической области, КТ грудной клетки для своевременного определения распространённости первичного базальноклеточного рака и выявления метастатического процесса .

• Инструментальная диагностика не рекомендуется до морфологического подтверждения диагноза, если только интеркуррентная патология или общее состояние пациента не требует ее для безопасного проведения .

• Рекомендуется выполнить биопсию метастаза под контролем УЗИ/КТ при подозрении на метастазы по данным КТ или МРТ в случаях, когда их подтверждение принципиально меняет тактику лечения.

• Рекомендуется у пациентов с локализацией первичного процесса на коже век дополнить объем инструментальных исследований ультразвуковой биомикроскопией глаза и оптической когерентной томографией (OКT) с осмотром врача-офтальмолога переднего отрезка для оценки структуры базальноклеточного рака кожи века, включая спайку век в дооперационном и послеоперационном периодах

# Лечение базально-клеточного рака

• Рекомендуется всем пациентам с установленным диагнозом БКРК низкого риска проводить стандартное удаление с отступом 4 мм от видимого края опухоли (с захватом подкожной клетчатки) .

 Комментарий: Способ закрытия дефекта – на усмотрение хирурга. Зону эритемы или венчик покраснения, который иногда сопровождает опухоль, следует расценивать как элемент опухолевого узла.

• Рекомендуется проведение плановой оценки края резекции в ходе патологоанатомического исследования биопсийного (операционного) материала .

Комментарий: При выполнении стандартной хирургической эксцизии рекомендуется маркировать на удаленном образце и на теле пациента ориентиры (12 часов), что может быть необходимым при планировании ре-эксцизии, в случае обнаружения опухоли в крае резекции при плановом гистологическом исследовании

• Рекомендуется пациентов после стандартного хирургического вмешательства с отступом не менее 4 мм от видимого края опухоли при обнаружении опухоли в крае резекции в ходе планового прижизненного патолого-анатомического исследования операционного материала выполнить ре-эксцизию с интраоперационным морфологическим контролем всех краев резекции • В случае, если пациент более не является кандидатом для хирургического лечения (неприемлемые для пациента косметические и/или функциональные дефекты, тяжелая сопутствующая патология, не позволяющая перенести соответствующий объем операции и т.д., рекомендуется лучевая терапия

• Рекомендуется всем пациентам с установленным диагнозом БКРК низкого риска, которым по какой-либо причине (плохое общее состояние, отказ пациента в связи с неудовлетворенностью ожидаемыми косметическими результатами и т.д.) не планируется проводить хирургическое лечение, проводить какой-либо из деструктивных методов лечения БКРК: ⎯ кюретаж и электрокоагуляция, ⎯ или криодеструкция, 35 ⎯ или фотодинамическая терапия ⎯ или топические средства с противоопухолевой активностью.

• Рекомендуется пациентам с установленным диагнозом БКРК низкого, не подходящих для хирургического лечения, проводить кюретаж и

Комментарий: За исключением участков, несущих волосы, такие как кожа головы, лобковые и подмышечные области, а также борода у мужчин); если в ходе кюретажа достигнут жировой слой, обычно целесообразно проводить хирургическое удаление.

**Итог**: Лечение солитарных базалиом хирургическое, а также с помощью углекислого лазера, криодеструкции; при диаметре опухоли менее 2 см эффективно внутриочаговое введение интрона А (по 1 500 000 ЕД через день № 9, курс состоит из двух циклов). При множественных базалиомах проводят криодеструкцию, фотодинамическую терапию, химиотерапию (проспидином по 0,1 г внутримышечно или внутривенно ежедневно, на курс 3,0 г). Рентгенотерапию (чаще близкофокусную) используют при лечении опухолей, располагающихся вблизи естественных отверстий, а также в случаях, когда другие методы неэффективны.

# Показания к госпитализации

Показанием для госпитализации в медицинскую организацию в экстренной или неотложной форме является: 1) наличие осложнений БКРК, требующих оказания специализированной медицинской помощи в экстренной и неотложной форме; 2) наличие осложнений лечения (хирургическое вмешательство, лучевая терапия, лекарственная терапия и т. д.) БКРК. Показанием для госпитализации в медицинскую организацию в плановой форме является: 1) необходимость выполнения сложных интервенционных диагностических медицинских вмешательств, требующих последующего наблюдения в условиях круглосуточного или дневного стационара;

2) наличие показаний к специализированному противоопухолевому лечению (хирургическое вмешательство, лучевая терапия, в том числе контактная, дистанционная и другие виды лучевой терапии, лекарственная терапия и др.), требующему наблюдения в условиях круглосуточного или дневного стационара. Показанием к выписке пациента из медицинской организации является: 1) завершение курса лечения или одного из этапов оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в условиях круглосуточного или дневного стационара при условиях отсутствия осложнений лечения, требующих медикаментозной коррекции и/или медицинских вмешательств в стационарных условиях; 2) отказ пациента или его законного представителя от специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в условиях круглосуточного или дневного стационара, установленной консилиумом медицинской организации, оказывающей онкологическую помощь при условии отсутствия осложнений основного заболевания и/или лечения, требующих медикаментозной коррекции и/или медицинских вмешательств в стационарных условиях; 3) необходимость перевода пациента в другую медицинскую организацию по соответствующему профилю оказания медицинской помощи. Заключение о целесообразности перевода пациента в профильную медицинскую организацию осуществляется после предварительной консультации по предоставленным медицинским документам и/или данным предварительного осмотра пациента врачами специалистами медицинской организации, в которую планируется перевод.

Список литературы:

1. <https://oncology-association.ru/wp-content/uploads/2020/09/bazalnokletochnyj_rak.pdf>
2. [https://studfile.net/preview/9359273/page:71/](https://studfile.net/preview/9359273/page%3A71/)
3. WHO Classification of Skin Tumours, 4th edn; 2018
4. Verkouteren JAC, Ramdas KHR, Wakkee M, Nijsten T: Epidemiology of basal cell carcinoma: scholarly review. Br J Dermatol 2017, 177(2):359-372
5. Rosso S, Zanetti R, Martinez C, Tormo MJ, Schraub S, Sancho-Garnier H, Franceschi S, Gafa L, Perea E, Navarro C et al: The multicentre south European study 'Helios'. II: Different sun exposure patterns in the aetiology of basal cell and squamous cell carcinomas of the skin. Br J Cancer 1996, 73(11):1447-1454.