
Приведенные наблюдения свидетельствуют о том, что гистологическое исследование длительно существующих очагов, не поддающихся традиционной терапии, позволяет уточнить диагноз. При локализации патологического процесса на коже ареолы молочной железы гистологическое исследование с целью дифференциальной диагностики показано также лицам молодого возраста.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БАЗАЛЬНО-КЛЕТОЧНОГО РАКА КОЖИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

*В.Н. Волгин, Т.В. Соколова, Е.Ф. Странадо, И.А. Ламоткин,
М.В. Садовская*

*ГВКГ им. Н.Н. Бурденко, ГИУВ Минобороны РФ,
ГНЦ лазерной медицины*

Базально-клеточный рак кожи (БКРК, базалиома, базально-клеточная карцинома кожи, базально-целлюлярная эпителиома) – злокачественная эпителиальная опухоль кожи, возникающая из эпидермиса или волосяных фолликулов, с местноинвазивным и деструктирующим ростом и чрезвычайно редким метастазированием [1, 4, 7, 8, 9, 10]. По частоте БКРК занимает третье место среди всех злокачественных новообразований после рака желудка и легких, а в структуре злокачественных эпителиальных новообразований кожи его доля составляет от 75 до 97% и продолжает неуклонно увеличиваться [2, 4, 5, 6, 7, 10]. Ежегодный прирост базалиом в разных странах мира с 1980 по 1999 годы составил от 40 до 65% [2, 3, 5, 6].

БКРК чаще возникает у людей старше 50 лет. Имеются сведения о развитии базалиом у молодых людей и новорожденных. Вероятность возникновения этого заболевания у пожилых лиц в 4-8 раз выше, чем у лиц моложе 20 лет. Многие исследования показывают, что БКРК чаще встречается у мужчин. По данным других ученых, он возникает одинаково часто у мужчин и женщин. Ряд исследований свидетельствуют о некотором преобладании женщин [4, 10]. В средних широтах соотношение заболеваемости мужчин и женщин составляет 3:2, а в южных районах мира 2:1 [7].

БКРК локализуется в 80-90% на открытых участках кожного покрова (лицо, шея, волосистая часть головы, кисти рук), наиболее подверженных инсоляции [8]. Существуют различные классификации БКРК. Выделяют поверхностную, солидную или опухолевую, язвенную (в том числе *ulcus rodens* и *ulcus terebrans*), склеродермоподобную и пигментную формы. Преобладают солидная и язвенная формы БКРК (45–60%), другие формы встречаются реже [4, 8].

Этиология БКРК до настоящего времени остается неясной. Генные мутации, превращающие проонкогены в онкогены и способствующие возникновению опухолей, вызываются радиацией (ионизирующей, ультрафиолетовой) и различными химическими веществами. Онкогенезу

способствуют и вирусы. Определенная роль отводится генетической предрасположенности в развитии БКРК [9].

Нами изучались особенности течения БКРК у лиц пожилого возраста. Для выполнения поставленной задачи использованы следующие методы:

- анкетирование путем заполнения авторского варианта клинико-эпидемиологической карты;
- оценка локализации опухолей по индексам встречаемости и обилия;
- анализ клинических характеристик опухолей (размеры, количество, форма, первичность процесса и др.);
- использование цитологического метода, а при необходимости и гистологического.

Работа выполнялась на базе КВО ГВКГ им. Н.Н. Бурденко и ГНЦ лазерной медицины МЗ РФ. За период с 1992 по 2005 гг. под наблюдением был 321 больной БКРК в возрасте от 20 до 90 лет. Мужчин было 229, женщин – 92. Диагноз БКРК подтверждался цитологически, а при необходимости – гистологически. Соотношение больных по полу составило 2,5:1. Преобладали лица пожилого возраста (мужчины – старше 60 лет, женщины – старше 55 лет), их доля составила 83,5%. Средний возраст больных ($68,6 \pm 5,3$ года) мало различался у женщин и мужчин ($65,7 \pm 4,3$ и $69,8 \pm 5,7$ года).

В структуре БКРК первичный процесс (60%) преобладал над рецидивирующим течением (40%). Возраст больных при первичном БКРК (в среднем $68,8 \pm 4,7$ года) не отличался от такового при рецидивном БКРК ($68,2 \pm 6,3$). Интересно отметить, что у женщин рецидивный БКРК возникал в более молодом возрасте ($38,3 \pm 7,4$ лет), чем у мужчин ($50,7 \pm 3,2$ лет, $p < 0,05$).

Общее число опухолей, выявленных у всех больных, составило 1159. Большая часть их них (70,3%) наблюдалась у мужчин и лишь 29,7% – у женщин. Основная масса опухолей (85,8%) выявлена у лиц пожилого возраста, незначительная часть – 14,2% – у пациентов в зрелом возрасте.

Установлено, что с момента возникновения БКРК до обращения в ГВКГ для проведения фотодинамической терапии (ФДТ) прошло в среднем $7,4 \pm 6,1$ года. За этот период времени около половины больных получали различные виды лечения: крио- и лазеродеструкцию, хирургическое иссечение, близкофокусную рентгенотерапию. Этот показатель значительно различается в группах больных с первичным и рецидивным БКРК ($4,1 \pm 4,9$ и $10,9 \pm 7,8$, $p < 0,05$). Первая цифра свидетельствует о слабой информированности населения и недостаточной настороженности специалистов лечебно-профилактических учреждений в отношении БКРК, вторая – о возникновении рецидива после проведенной терапии через 3,3–18,7 года.

Особенности эпидемиологии БКРК изучены методом анкетирования: заполнялась специально разработанная для этой цели эпидеми-

ологическая карта, изучались возможные причины возникновения БКРК у 100 военнослужащих в возрасте от 36 до 89 лет. Давность заболевания составляла от 2 месяцев до 23 лет. Рецидивы опухоли после предшествующей терапии выявлены у 27% больных. Анализ полученных данных показал, что БКРК развился у 12% пациентов во время службы в ВС РФ, у остальных 88% – во время пребывания на пенсии. Существенно, что у 92% в период службы имелись профессиональные вредности, которые могли способствовать возникновению БКРК. Это длительное пребывание в зоне с повышенным радиоактивным фоном (радиоактивным излучением – РИ) – 36%, длительный контакт с сверхвысокочастотным (СВЧ) излучением – 48% и горючесмазочными материалами (ГСМ) – 28%. Сочетание различных факторов наблюдалось в 27% случаев. Развитие БКРК у военнослужащих, вышедших на пенсию, может свидетельствовать об отсроченном эффекте действия канцерогенных факторов. Следует учитывать и факт возникновения БКРК у военнослужащих, части которых располагались рядом с возможными источниками РИ и СВЧ (космодромы, радиолокационные станции, промышленные предприятия). Число таких больных составило 26%.

Наследственная предрасположенность к опухолям установлена в 24% наблюдений. При этом только у 3% родственников имелся рак кожи, у остальных – злокачественные новообразования внутренних органов. Вирусные заболевания зарегистрированы только у 8% больных, преимущественно простой пузырьковый лишай.

Клиническая характеристика БКРК включала форму опухоли, ее размеры, оценку локализации опухолей по индексам встречаемости и обилия, а также учет первичности процесса или его рецидив. Преобладали пациенты с единичными опухолями (58%), из них первичный процесс имелся в 60% случаев. Единичные опухоли имелись у 34% пациентов с первичным БКРК, множественные – у 26%. При рецидивном БКРК эти показатели были меньше: соответственно 24 и 16%. С учетом возрастной категории единичные опухоли у лиц зрелого возраста встречались вдвое чаще (67% против 33), а у пожилых – чаще в 1,3 раза (56% против 44). При множественных базалиомах 34% больных имели 2 очага, 12% – 3, 11% – 4-5, 21% – 6-10, 22% – более 10 очагов. Число лиц пожилого возраста, имеющих множественные опухоли в порядке увеличения их числа, также возрастало: по 2-3 опухоли имели 76% больных пожилого возраста, по 4-5 – 80%, более 6 – 90%.

Преобладали опухоли диаметром до 10 мм (61%), реже встречались опухоли диаметром 11-20 мм (25%) и 21-50 мм (13%). Крупные очаги более 50 мм наблюдались лишь в отдельных случаях (1%). Доля лиц пожилого возраста с учетом этого критерия составила 87, 83, 84, 60% соответственно.

Анализ встречаемости клинических форм БКРК показал преобладание солидной формы (69%). Поверхностная форма встречалась

у 21% больных. Другие формы наблюдались редко: язвенная – 7%, пигментная – 2%, склеродермоподобная – 1%.

Впервые локализация БКРК оценена по индексам встречаемости и обилия. Индекс встречаемости характеризует частоту обнаружения опухолей на том или ином участке кожного покрова и выражается в процентах. Индекс обилия отражает среднее количество опухолей на одного больного с учетом конкретной локализации. Наиболее часто опухоли встречались на голове (76%), реже – на туловище (15%) и конечностях (9%). При локализации на голове опухоли преобладали в области носа (34%), несколько реже встречались на щеках (24%), ушных раковинах и висках (по 23%), лбу (22%), волосистой части головы (18%), веках (17%). Редкими локализациями были губы (5%) и предушные области (8%).

Наиболее высокий индекс обилия выявлен на голове (2,8), незначительный – на туловище (0,6) и конечностях (0,2). Учитывая преобладание БКРК на голове, отдельно рассчитан индекс обилия опухолей с учетом топографических зон этой области. Наибольшее значение выявлено для волосистой части головы (0,7), щек (0,5), висков (0,5), носа (0,5), ушных раковин (0,4). Меньшие, но довольно значимые показатели отмечены для век (0,2) и околоушных областей (0,2). На других участках опухоли наблюдались реже.

Приведенные данные свидетельствуют о том, что БКРК представляет собой довольно значимую проблему для лиц пожилого возраста. Возникновение БКРК у женщин более младшей возрастной группы не исключает роли в онкогенезе функции половых желез. В возникновении БКРК выявлено участие экзогенных факторов (радиация, СВЧ, инсоляция, горюче-смазочные вещества). Оценка локализации БКРК по индексам встречаемости и обилия является основой для ранней диагностики.

ЛИТЕРАТУРА

1. Апатенко А.К. Эпителиальные опухоли и пороки развития кожи. – М., 1973. – 240 с.
2. Курдина М.И., Денисов Л.Е., Грецова В.И., Заева Н.Н. // Вопр. онкол. – 1992 – Т.6. – С. 727-732.
3. Писклакова Т.П., Ильин И.И. // Вест. дерматол. венерол. – 1990. №6. – С. 66-67.
4. Сергеев Ю.В., Борисова С.В., Шубина С.И. // Рос. журн. кож. вен. болезней. – М., 1999. – С. 1.
5. Шумай Н.И. // Вест. дермат. венер. – 1993. – № 2 – С. 26-31.
6. Cancer statistics – CA, 1989 – V.39. – P. 3-20.
7. Dahl E., Aberg M., Rausing E.L.// Cancer (Philad.). – 1992. – V. 70, № 1. – P. 104-108.
8. Lever W.F., Shaumburg Lever G. Histopathology of the skin, 7-th eds. – Philadelphia, 1990.
9. Miller S.J. // J. Am. Acad. Dermat. – 1991. – V. 24 – P. 1-13.
10. Preston D.S., Stern R.S.// New Engl. J. Med. – 1992. – V. 327, No. 23. – P. 649-1662.