

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ВАРИАНТОВ БАЗАЛЬНО-КЛЕТОЧНОГО РАКА КОЖИ В КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ

Т.Г. Рукша

*ГОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф.  
В.Ф. Войно-Ясенецкого Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»  
660022, Россия, г. Красноярск, ул. П. Железняк, 1, каф. патофизиологии с курсом клинической  
патофизиологии, e-mail: tatyana\_ruksha@mail.ru*

Проведено исследование распространенности клинических вариантов базально-клеточного рака среди лиц, находившихся на лечении в КГУЗ «Красноярский краевой онкологический диспансер». Микронодулярная и язвенная разновидности нодулярной формы базально-клеточного рака являются наиболее часто встречающимися клиническими вариантами заболевания. Среди лиц мужского пола достоверно чаще встречается базально-клеточный рак в области туловища. Наибольшие затруднения на этапе диагностики заболевания отмечались при наличии поверхностной формы новообразования.

Ключевые слова: базально-клеточная карцинома.

### COMPARATIVE CHARACTERISTIC OF PREVALENCE OF CLINICAL FORMS OF BASAL CELL SKIN CANCER IN KRASNOYARSK TERRITORY

T.G. Ruksha

*Krasnoyarsk State Medical University*

The prevalence of clinical forms of basal cell skin carcinoma among patients treated at Krasnoyarsk Oncology Clinic was studied. Micronodular and ulcerous patterns of neodular basal cell cancer were the most common clinical forms of the disease. Basal cell carcinoma on the trunk area occurred more frequently among male patients. Superficial carcinoma was the most difficult for diagnosis.

Key words: basal cell carcinoma.

Базально-клеточный рак является самым распространенным видом злокачественных новообразований кожи. Несмотря на сравнительно доброкачественное течение и редкое развитие метастазирования, остается актуальной проблемой ранняя диагностика данной опухоли, а также частое появление рецидивов и высокий уровень заболеваемости. Различают несколько клинических форм заболевания, некоторые из которых представляют трудности на этапе диагностики. Помимо этого, у части пациентов после появления опухоли сохраняется тенденция к появлению новых очагов базально-клеточного рака, что свидетельствует о необходимости дальнейшего наблюдения за больными после лечения [3, 4].

Молекулярные механизмы развития базально-клеточного рака остаются неясными, хотя в последние годы получены убедительные доказательства роли мутаций гена, кодирующего белок PTCH, в патогенезе данного заболевания. PTCH является компонентом сигнального пути,

регулирующего пролиферацию клеток [2]. Хроническое воздействие ультрафиолетового излучения признано одним из основных индуцирующих факторов, приводящих к появлению базально-клеточной карциномы.

### Материал и методы

С целью изучения клинико-эпидемиологических особенностей заболевания анализу были подвергнуты истории болезни 140 пациентов с базально-клеточной карциномой, находившихся на лечении в КГУЗ «Красноярский краевой онкологический диспансер». Оценивались размеры, форма, цвет, локализация элементов опухоли. Производилось изучение анамнеза, при котором учитывались длительность существования образования до обращения к врачу, профессиональный маршрут, наследственность, перенесенные ранее и хронические заболевания, район проживания. Для оценки достоверности различий результатов использовался *t*-критерий Стьюдента.

### Результаты и обсуждение

Средний возраст больных базально-клеточным раком составил 62 года, средний возраст мужчин – 61 год, женщин – 62 года. В 90 % случаев опухоль представляла собой единичное образование, которое у 84 % больных имело локализацию на лице, волосистой части головы и шее, у 15,3 % – в области туловища, менее чем в 1 % случаев – на конечностях. Множественные опухоли отмечались в 10 % случаев, при этом в 60 % случаев местом локализации были лицо, волосистая часть головы и шея, в 40 % случаев – область туловища. При анализе распределения локализации образований среди лиц мужского и женского пола были выявлены статистически значимые различия в частоте локализации образования в области туловища (рис. 1).

Самой частой локализацией опухоли была область головы. При этом наиболее часто опухоли определялись в области лба (12,1 %), спинки носа (12,1 %), волосистой части головы (11,1 %) (табл. 1). У 3% больных образование возникло на фоне невуса сальных желез.

Таблица 1

#### Частота локализации базально-клеточного рака в области головы и шеи

Локализация	Частота встречаемости, %
Левая височная область	7,1
Правая височная область	7,1
Левая ушная раковина	9,1
Правая ушная раковина	5,1
Лоб	12,1
Левая щека	8,1
Правая щека	6,1
Левая бровь	1,0
Правая бровь	2,0
Верхняя губа	3,0
Волосистая часть головы	11,1
Спинка носа	12,1
Крылья носа	4,0
Левая носогубная складка	1,0
Правая носогубная складка	4,0
Верхние веки	1,0
Шея	5,1
Заушная область	1,0

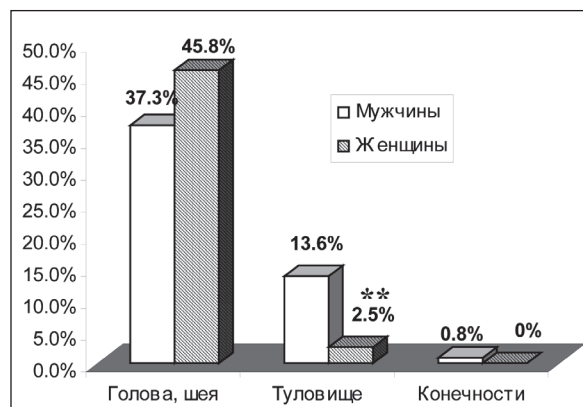


Рис. 1. Локализация элементов базально-клеточного рака среди лиц женского и мужского пола.

Примечание: \*\* – различия статистически значимы по отношению к лицам мужского пола соответствующей группы ( $\alpha=0,05$ )

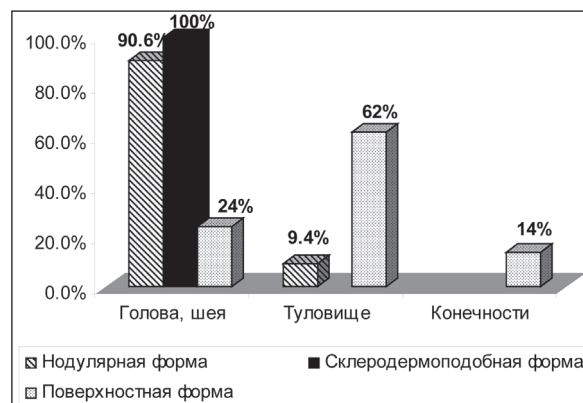


Рис. 2. Распределение клинических вариантов базально-клеточного рака по локализации

Распределение по клиническим формам базально-клеточной карциномы производилось в соответствии с клинической классификацией [4]. В области головы и шеи регистрировались все клинические формы опухоли, в то время как в области туловища были диагностированы только нодулярная и поверхностная формы заболевания, в области конечностей – поверхностная (рис. 2). Отмечалось превалирование нодулярной формы (81,8 %), среди которой наиболее часто определялись микронодулярный (30,1 %) и пигментный (22,6 %) варианты нодулярной формы опухоли (табл. 2).

Таблица 2

### Клинические формы и разновидности базально-клеточной карциномы

Клинические формы	Разновидности	Частота встречаемости, %
Нодулярная	Микронодулярная	30,1
	Макронодулярная	8,6
	Конглобатная	2,2
	Пигментная	22,6
	Язвенная	17,2
	Кистозная	1,1
Поверхностная	Пигментная	6,5
	Саморубцующаяся	1,1
	Язвенная	4,3
Склеродермоподобная	Язвенная	2,2
	Рубцово-атрофическая	4,3

В 80 % случаев пигментная форма базально-клеточного рака определялась в области головы и шеи. Язвенная разновидность опухоли определялась у 17 % пациентов с базально-клеточной карциномой. Размеры язв колебались от 1–2 мм до 5 см в диаметре. Обычно язвы небольших размеров определялись на фоне классического нодулярного элемента. В некоторых случаях дефекты кожи были покрыты неровными корками. Зачастую именно появление кровоточащей язвы являлось поводом для обращения к врачу. В других случаях, при длительно существующих язвах, деструктивные процессы затрагивали подлежащие ткани, у нескольких больных происходило вторичное инфицирование опухоли.

Среди других менее распространенных разновидностей нодулярной формы базально-клеточной карциномы встречался макронодулярный вариант опухоли, представленный узлом, как и при микронодулярной форме, цвета кожи, плотной консистенции, но размеры элемента составляли 2–3 см. Конглобатная разновидность представляла собою образование, состоящее из нескольких типичных узлов, размеры которого обычно превышали 2 см и в некоторых случаях достигали 4 см. При кистозной разновидности опухоли элемент был неровной формы, отмечались мелкие шаровидные выпячивания. При этом сохранялись плотность элемента, наличие телеангиэктазий на поверхности, характерных для базально-клеточного рака.

Поверхностная форма была второй по частоте распространенности из форм опухоли. Обычно данный тип встречался в области туловища и был представлен единичной или множественными бляшками розовато-коричневого цвета, четко отграниченными от непораженной кожи. На поверхности образования в некоторых случаях встречались очаги атрофии и пигментированные очаги, обычно различных оттенков коричневого цвета. Так же как и при других формах опухоли, сохранялся плотный инфильтрат в области образования. С поверхностной формой связано наибольшее количество врачебных ошибок при диагностике заболевания. Поверхностная форма базально-клеточного рака расценивалась как проявление микоза гладкой кожи, контактный дерматит, интертригинозный дерматит, псориаз, лимфома кожи, себорейный дерматит, экзема. Именно при данном типе опухоли выявлялись наиболее частые случаи самолечения пациентов.

Склеродермоподобная форма опухоли характеризовалась появлением плотного очага с границами, отчетливо определяющимися только при пальпации образования. В области очага кожа была гладкая, атрофичная. У пациентов, обратившихся в течение нескольких месяцев после появления образования, телеангиэктазии на поверхности опухоли отсутствовали. У всех пациентов новообразование находилось в области лица.

При опросе больных с базально-клеточной карциномой было выявлено, что временной интервал от появления образования до обращения к врачу варьировал от 3 мес до 11 лет, в среднем составлял 4 года. До обращения к врачу 20 % пациентов пытались лечить образование самостоятельно (народными средствами, а также лекарственными препаратами – топическими кортикостероидами, растворами анилиновых красителей). На характер работы, связанный с пребыванием на открытом воздухе, указывали 18 % пациентов. В связи с особенностями профессии 40 % пациентов имели контакт с химическими веществами, в т.ч. с канцерогенами. При анализе спектра сопутствующих заболеваний у 60 % наблюдались ишемическая болезнь сердца и гипертоническая болезнь, у 20 % – патология эндокринной системы. У 8 %

больных в анамнезе были онкологические заболевания, у 15 % – злокачественные новообразования у родственников.

Стоит отметить, что средний возраст больных базально-клеточным раком кожи разнится в различных исследованиях. По данным Ю.В. Сергеева, он составлял у мужчин 71,6, у женщин – 70,4 года [3]. В другом исследовании [5] авторы определили, что наиболее молодой возраст у пациентов с поверхностной формой базально-клеточного рака (56,8 года), в то время как при узловой форме средний возраст составляет 63,9 года, при склеродермоподобной форме – 66 лет.

Локализация образования на лице и волосистой части головы является наиболее частым проявлением базально-клеточной карциномы, в меньшем числе случаев эти опухоли возникают в области туловища. В области лица чаще всего поражаются зона лба и спинки носа. Редкой локализацией являются верхние веки, заушная область, левая бровь и левая ушная складка (по 1 % соответственно) [1, 4]. Локализация базалиомы имеет прогностическое значение, по некоторым данным, у больных с поражением кожи туловища риск возникновения повторных новообразований выше [6].

Выявленные клинико-статистические особенности локализации опухоли могут иметь значение в клинической практике при дифференциальной диагностике базально-клеточного рака. Стоит обратить внимание, что достаточно часто диагностируется поверхностный тип

опухоли (более 10 % от всех случаев), тогда как именно этот вариант базально-клеточного рака вызывал достаточно частые затруднения клиницистов в процессе диагностики. Наблюдаемое многообразие клинических разновидностей заболевания, увеличение числа клинических наблюдений требуют более пристального внимания со стороны врачей первого контакта, координации работы дерматологов, онкологов, хирургов и специалистов поликлинического звена, а также повышения информированности населения с целью оптимизации профилактики и ранней диагностики базально-клеточного рака кожи.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Новиков А.Г., Резайкина А.В. Использование ультразвукового исследования для определения объемных параметров базально-клеточного рака кожи // Вестник дерматологии и венерологии. 2004. № 2. С. 42–44.
2. Рукиа Т.Г. Современные представления об этиопатогенезе базально-клеточной карциномы // Сибирский журнал дерматологии и венерологии. 2007. № 8. С. 34–39.
3. Сергеев Ю.В., Борисова С.В., Шубина С.И. Актуальные проблемы практической дерматоонкологии: рост заболеваемости, совершенствование диспансеризации и профилактика базально-клеточного рака кожи // Российский журнал кожных и венерических болезней. 1999. № 1. С. 8–11.
4. Снарская Е.С., Молочков В.А. Базалиома. М.: Медицина, 2003. 136 с.
5. McCormack C.J., Kelly J.W., Dorevitch A.P. Differences in age and body site distribution of the histological subtypes of basal cell carcinoma. A possible indicator of differing causes // Arch. Dermatol. 1997. Vol. 133, № 5. P. 593–596.
6. Ramachandran S., Fryer A.A., Lovatt T. et al. The rate of increase in the numbers of primary sporadic basal cell carcinomas during follow up is associated with age at first presentation // Carcinogenesis. 2002. Vol. 23. P. 2051–2054.

Поступила 10.06.08