

УДК 616-006.63

## КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ БАЗАЛЬНОКЛЕТОЧНОГО РАКА КОЖИ И РЕЗУЛЬТАТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ

<sup>1</sup>Кабанова М.А., <sup>2</sup>Волгин В.Н., <sup>3</sup>Попова Н.М., <sup>4</sup>Сачек О.И., <sup>4</sup>Шелепова Е.А.

<sup>1</sup>Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, филиал «Солнцевский», г. Москва

<sup>2</sup>ФГКУ «ГВКГ им. Н.Н. Бурденко» Минобороны России, г. Москва

<sup>3</sup>Ижевская государственная медицинская академия, г. Ижевск

<sup>4</sup>ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва

В последние годы отмечается тенденция к росту новообразований, в том числе злокачественных. Целью исследования явилось установление частоты выявлений базально-клеточного рака кожи. *Материал и методы:* путем описательной статистики проанализирована структура выявляемых форм базально-клеточного рака кожи среди пациентов обратившихся к дерматовенерологу за период с 2002-2015 гг.. *Результаты:* в структуре базально-клеточного рака кожи превалировала нодулярная форма. Хорошей результативностью при лечении обладали все рекомендуемые методы. Однако более предпочтительным и простым в использовании и менее дорогостоящим являются криодеструкция и электроэксцизия. При прочих клинических типах опухолей, необходимо обращать внимание на первичность либо рецидивность процесса, локализацию очага и его размер. При нодулярном типе БКРК предпочтительно применение ФДТ, лазеродеструкции, хирургического иссечения; при язвенном – хирургический метод, ФДТ и ЛТ; при пигментном – лазеродеструкция, хирургическое иссечение, ФДТ и электроэксцизия. При комбинированных очагах – наилучшие результаты были достигнуты при сочетании различных методов в зависимости от типов очагов. *Выводы:* в результате исследования установлена высокая частота заболеваемости нодулярной формой базально-клеточного рака кожи. Оценка результативности проводимых лечебных мероприятий показала эффективность всех рекомендуемых методов при их своевременных выявлениях, однако возможны вариации различных методик лечения с учетом клинических форм.

**Ключевые слова:** базально-клеточного рака кожи, клинические проявления, методы лечения, результативность.

## CLINICAL MANIFESTATIONS OF BASAL CELL SKIN CANCER AND THE EFFECTIVENESS OF TREATMENT OF PATIENTS

<sup>1</sup>Kabanova M.A., <sup>2</sup>Volgin V. N. <sup>3</sup>Popov, N.M., <sup>4</sup>Sachek O.I., <sup>4</sup>Shelepova E. A.

<sup>1</sup>Moscow scientific and practical center of Dermatovenereology and cosmetology, HDM, a branch of "Solntsevo", Moscow

<sup>2</sup>Hospital N.N. Burdenko defense of Russia, Moscow,

<sup>3</sup>Izhevsk State Medical Academy, Izhevsk

<sup>4</sup>Central Scientific-Research Institute of organisation and informatisation of Health Ministry of health of the Russian Federation, Moscow;

In recent years there has been a tendency to growth of tumors, including malignant ones. The aim of the study was to establish the frequency of detection of basal cell carcinoma of the skin. *Material and methods:* by descriptive statistics, the structure of detectable forms of basal cell carcinoma of the skin among patients addressed to dermatologist in the period from 2002-2015 was analyzed. *Results:* the nodular form prevailed in the structure of basal cell carcinoma of the skin. Good performance in the treatment had all the recommended methods. However, cryodestruction and electroexcitation are more preferred and easy to use and less expensive. With other clinical types of tumors, it is necessary to pay attention to the primary or recurrence of the process, the localization of the focus and its size. In the nodular type of BCC, the use of PDT, laser erosion, surgical excision is preferred; with ulcerative - surgical method, PDT and LT; with pigmentary - laser-construction, surgical excision, PDT and electroexcision. With combined foci, the best results were achieved with a combination of different methods, depending on the types of foci. *Conclusion:* the study found a high incidence of nodular form of basal cell carcinoma of the skin. Evaluation of the effectiveness of ongoing treatment activities has shown the effectiveness of all recommended methods with their timely detection, but variations in different treatment methods are possible, taking into account clinical forms.

**Key words:** basal cell skin cancer, clinical manifestations, methods of treatment, effectiveness.

### **Актуальность.**

За последние семь лет прослеживается рост первичной заболеваемости в отдельных субъектах страны [1,2]. В то время как по отдельным классам болезней показатели разнятся [3]. К примеру, в Ставропольском крае впервые выявленная заболеваемость по классу болезней кожи и подкожной клетчатки среди всего населения за период с 2010 по 2016 гг. уменьшилась на 4,3% [4]. Многими авторами отмечается ростом заболеваемости новообразованиями [5, 6, 7, 8, 9], в том числе злокачественными новообразованиями кожи [10, 11, 12]. В этой связи актуальность проблемы является очевидной.

**Целью** исследования явилось установления особенностей клинических проявлений базальноклеточного рака кожи.

### **Материал и методы.**

Проведены расчеты экстенсивных и интенсивных показателей заболеваемости базальноклеточным раком кожи, медицинская документация пациентов, обратившихся за дерматовенерологической помощью в клинический госпиталь им. Бурденко за период с 2002-2015 гг.

### **Результаты исследования.**

За период с 2002 по 2015 гг. специализированная медицинская помощь оказывалась пациентам как с впервые возникшим БКРК (72,8%), так и с однократными и многократными рецидивами (27,2%) (таблица 1). Клинические проявления БКРК имели широкий спектр: пациентов с нодулярной формой было до 60,2%, с поверхностной – 16,5%, с язвенной – 13,7%, с пигментной – 2,1%, со склеродермоподобной – 0,2%, с комбинированными типами БКРК – 7,3%. Специализированная медицинская помощь оказана 54% пациентов с I стадией БКРК,

42,2% – со II, 3,8% – с III; пациентов с IV стадией БКРК за исследуемый период не было. Опухоли с локализацией в области головы и шеи были у 40% пациентов, туловища – у 16,1% и конечностей – у 15,6%.

Следует отметить, что сочетанную локализацию очагов БКРК имели 28,3% пациентов с множественными очагами опухолевого процесса. В таблице 30 также представлено распределение пациентов на две группы наблюдения по перечисленным выше признакам.

Данные таблицы 1 свидетельствуют о репрезентативности данных по всем характеристикам опухолевого процесса.

**Таблица 1**

Характеристики групп пациентов с БКРК (репрезентативность групп)

Характеристика опухолевого процесса (БКРК)	Группа 1 (2002-2009)		Группа 2 (2010-2015)		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Первичный	219	73,0	121	72,5	340	72,8
Рецидивный	81	27,0	46	27,5	127	27,2
Поверхностный	43	14,3	34	20,3	77	16,5
Нодулярный	183	61,0	98	58,7	281	60,2
Язвенный	41	13,7	23	13,8	64	13,7
Пигментный	6	<b>2*</b>	4	<b>2,4*</b>	10	2,1
Склеродермоподобный	1	<b>0,3*</b>	-	-	1	0,2
Комбинированный очаги	26	8,7	8	4,8	34	7,3
Единичные	186	62,0	80	47,9	266	57,0
Множественные	114	38,0	87	52,1	201	43,0
I стадия	148	49,4	104	62,3	252	54,0
II стадия	139	46,3	58	34,7	197	42,2
III стадия	13	4,3	5	<b>3*</b>	18	3,8
Голова+шея	130	43,3	57	34,1	187	40,0
Туловище	50	16,7	25	15,0	75	16,1
Конечности	50	16,7	23	13,8	73	15,6
Сочетанная локализация	70	23,3	62	37,1	132	28,3

\* Достоверность показателя  $P < 3t$ , где  $t$  – средняя ошибка показателя; во всех других случаях -  $P \geq 3t$  (т.е. значение показателя достоверно)

Как положительные оценивались только результаты оказания медицинской помощи «полная резорбция опухоли» (непосредственные результаты через 2 мес.) и далее «без

рецидива» в отдаленном периоде. Если при первичной оценке результат оценивался как «частичная резорбция» и пациенту требовался повторный курс терапии или результат оценивался как «без эффекта», то такие случаи оценивались как неэффективное оказание медицинской помощи.

При оказании медицинской помощи такими методами, как ФДТ, ЛТ и криодеструкция, были случаи оказания медицинской помощи с паллиативной целью, которые также учитывались как отрицательные результаты. Этим можно объяснить недостаточно высокую результативность применения данных методов терапии. Однако, несмотря на это, результаты оказания медицинской помощи группе 2 пациентов были выше (70% положительных результатов у пациентов группы 1 и 81,4% – у группы 2).

Такие методы, как криодеструкция и электрокоагуляция, в условиях стационара применялись достаточно редко, так как они больше подходят при оказании медицинской помощи на амбулаторном этапе. Анализируя полученные данные за период наблюдения с 2002 по 2009 г., можно сделать выводы, что:

- метод ФДТ более эффективен при первичных очагах БКРК (81,7%), а также обладает лучшим эффектом при множественных очагах (81,7%), при нодулярном типе – 84,3%, поверхностном – 76,2%, при комбинированных очагах – 70%; обладает достаточной результативностью на II стадии поражения – 62%; обладает хорошей результативностью при локализациях очагов в области головы и шеи (74,2%), конечностях (69,2%), при сочетанной локализации (83,7%);

- лазеродеструкция применялась с лучшим эффектом при первичных очагах (63,8%), чем при рецидивных (52,9%); результативна при единичных (59,6%) и множественных (64,3%) очагах, больше при поверхностных (66,7%) очагах; обладает большой эффективностью на I стадии поражения – 81,8% и при локализациях очагов в области конечностей (83,3%) и при сочетанной локализации (84,2%);

- хирургическое иссечение результативно как при первичных (72,7%), так и при рецидивных (80%) очагах; показывает лучшие результаты при единичных очагах (77,8%); при любых типах очагов БКРК; обладает также хорошей эффективностью на II стадии поражения – 70,8% и при локализациях очагов в области туловища (85,7%) и конечностей (87,5%);

- лучевая терапия более эффективна при первичных очагах БКРК (70%) и при единичных (62,5%); при различных клинических типах поражения: при нодулярном – 53,8%, язвенном – 75%, поверхностном – 100%; обладает достаточной результативностью на более

тяжелых стадиях поражения: при II стадии результативность составила 69,2%; обладает хорошим эффектом при локализациях очагов на туловище (85,7%) и конечностях (80%);

- криодеструкция более результативна при первичных очагах БКРК (62,5%), при единичных (50%) и множественных очагах; а также при поверхностном типе очагов – 71,4% и при I стадии поражений (54,5%); обладает хорошей результативностью при локализациях очагов на туловище (100%) и конечностях (100%);

- электрокоагуляция более результативна: при первичных очагах БКРК (87,5%), единичных очагах (100%); поверхностном (100%), нодулярном (100%) и пигментном (100%) типах очагов; при I стадии поражений результативность составила (87,5%); обладает хорошей результативностью при локализациях очагов на туловище (100%) и конечностях (100%);

- под другими методами оказания медицинской помощи у первой группы пациентов следует понимать сочетанные воздействия различных деструктивных методов при множественных очагах БКРК; сочетанные методы показали хорошую результативность при первичных (100%), множественных (100%) очагах, язвенных (6,7%) и комбинированных (100%); при I (100%) и II (100%) стадии поражения с локализацией на конечностях (100%) и при сочетанной локализации (100%).

При анализе результативности оказания медицинской помощи пациентам с БКРК группы 1 (2002-2009) мы пришли к следующим выводам: метод ФДТ практически незаменим при локализации очагов в области головы и шеи, где другие методы не всегда показывают хороший результат. Электрокоагуляция и криодеструкция дают хорошие результаты и оправдывают себя при небольших первичных очагах БКРК I стадии. Лазеродеструкция наряду с ФДТ имеет более широкий диапазон применения и дает хорошие результаты при очагах I-II стадии с различной локализацией. Хирургическое иссечение остается золотым стандартом и методом выбора при оказании медицинской помощи пациентам с БКРК, однако является более технологически сложным методом и требует от врача-специалиста больших навыков по сравнению, например, с электрокоагуляцией или криодеструкцией, и применяется в более сложных случаях, где применение технически простых и экономически более выгодных методов недостаточно результативно. ЛТ оправдывает свое применение также в более тяжелых случаях БКРК, обширных рецидивных поражениях. При наличии поражения лимфоузлов или метастатическом поражении применяются традиционные для онкологии методы – химиотерапия и комбинированные методы, которые включают ХТ, ЛТ или один из деструктивных методов воздействия. При выборе метода терапии пациентам с БКРК при

множественных очагах необходимо ориентироваться на очаг с более тяжелой степенью поражения, а также на рецидивные очаги. В таких случаях не нужно пренебрегать возможностью сочетания нескольких методов терапии, что в большинстве случаев оправдывает себя и дает хорошие результаты. При наличии трудно поддающихся терапии, рецидивирующих, обширных очагов возможно применение комбинированных методов.

Сочетанные/комбинированные методы оказания медицинской помощи применялись в стационарных условиях также с паллиативной целью. Так, в одном случае применения ФДТ в комбинации с ЛТ при глубоких поражениях III стадии с разрушением подлежащих тканей и локализацией очагов, в основном в области головы и шеи. Методы в данных случаях применялась при невозможности радикальных воздействий в целях замедления опухолевой прогрессии и обеспечения гемостаза в очаге. Непосредственные результаты оказания медицинской помощи от таких воздействий оценивались как «без эффекта».

Также нужно отметить, что при выборе метода терапии у пациентов с множественными очагами необходимо ориентироваться на очаг с более тяжелой степенью поражения, а также на рецидивирующие очаги. Не нужно при этом забывать об очагах с «неудобной» локализацией [21]. При множественных очагах поражения БКРК следует с особым вниманием относиться к лечению каждого отдельного очага, так как вероятность рецидива у таких пациентов выше. Метод ФДТ в данном случае имеет преимущества: при внутривенном введении ФС все очаги могут быть пролечены этим методом с высокой результативностью. При наличии очагов различных клинических типов у 1 пациента не нужно пренебрегать возможностью сочетания нескольких методов оказания медицинской помощи, что в большинстве случаев оправдывает себя и дает хорошие результаты. Предлагаемая нами схема оказания специализированной медицинской помощи пациентам с БКРК (рисунок 6), составленная на основании анализа результативности оказания медицинской помощи пациентам с данной патологией за период с 2002 по 2009 гг., помогает подобрать метод терапии, учитывая стадию поражения, клиническую форму опухоли, а также первичность или рецидивирование процесса. Однако выбор метода оказания медицинской помощи строго индивидуален для каждого пациента и зависит от опыта и квалификации медицинских работников, а также от имеющегося в арсенале медицинской организации оборудования. Результативность применения предлагаемой схемы оценена во втором периоде наблюдения с 2010 по 2015 гг. включительно.

Таким образом, результаты исследования показали превалирование нодулярной формы БКРК. Хорошей результативностью обладали все применяемые методы оказания медицинской помощи. Однако более предпочтительным и простым в использовании и менее дорогостоящим являются криодеструкция и электроэксцизия. При прочих клинических типах опухолей, необходимо обращать внимание на первичность либо рецидивность процесса, локализацию очага и его размер. При нодулярном типе БКРК предпочтительно применение ФДТ, лазеродеструкции, хирургического иссечения; при язвенном – хирургический метод, ФДТ и ЛТ; при пигментном – лазеродеструкция, хирургическое иссечение, ФДТ и электроэксцизия. При комбинированных очагах – наилучшие результаты были достигнуты при сочетании различных методов в зависимости от типов очагов.

### **Выводы**

В результате исследования установлена высокая частота заболеваемости нодулярной формы базальноклеточного рака кожи. Оценка результативности проводимых лечебных мероприятий показала эффективность всех рекомендуемых методов при их своевременных выявляниях, однако возможны вариации различных методик лечения с учетом клинических форм.

### **Литература**

1. Одинец А.В. Первичная заболеваемость и структура классов болезней в ставропольском крае в 2010-2016 гг. // Современные проблемы науки и образования. – 2017. – № 5.; URL: <http://science-education.ru/ru/article/view?id=26936> (дата обращения: 12.04.2018).
2. Одинец А.В. Различные классы болезней, зарегистрированные среди населения нетрудоспособного возраста ставропольского края в 2010 – 2016 гг. // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики". - 2017. - №4; URL: <http://healthproblem.ru/magazines?text=151> (дата обращения: 12.04.2018).
3. Иванова М.А. Частота распространения болезней кожи и подкожной клетчатки в оренбургской области в 2001-2009 гг./М.А. Иванова, Т.В. Николаева, Л.Г. Воронина, М.Д. Пострелко// Современные проблемы дерматовенерологии, иммунологии и врачебной косметологии. 2011. № 1 (14). – С. 73-76.
4. Одинец А.В. Эпидемиология заболеваний кожи в Ставропольском крае в 2010-2016 гг. /А.В. Одинец// Клиническая дерматология и венерология. №6. 2017. – С.32-37.

5. Огрызко Е.В. Эпидемиологическая ситуация по заболеваемости новообразованиями кожи и организации медицинской помощи больным в российской федерации в 2000-2006 гг. | Е.В. Огрызко, М.А. Иванова, В.Н. Волгин, Р.М. Ялхороева// Социальные аспекты здоровья населения. 2007. № 4. С. 4. <http://vestnik.mednet.ru/content/view/44/30/>.
6. Огрызко Е.В. Эпидемиологическая ситуация по заболеваемости новообразованиями кожи в Российской Федерации/ Е.В. Огрызко, М.А. Иванова, В.Н. Волгин, Р.М. Ялхороева// Российский журнал кожных и венерических болезней. 2008. №6. – С.4-9.
7. Иванова М.А. Заболеваемость меланомой в Российской Федерации в 2011 году/М.А. Иванова, Е.В. Огрызко, В.Н. Волгин, М.А. Кабанова// Материалы научно-практической конференции с международным участием, посвященные 90-летию образования Витебского областного клинического кожно-венерологического диспансера. Витебск. 2013. Тиография УО «Витебский государственный медицинский университет» С.35-36.
8. Люцко В.В. Эпидемиологическая ситуация по заболеваемости меланомой кожи в Российской Федерации за период с 2002 – 2011 годы/В.В. Люцко, М.А. Иванова, М.А. Кабанова// Клиническая дерматология и венерология. – 2013. – Т.11. - № 6. – С.18-21.
9. Волгин В.Н. Клинические особенности немеланоцитарных злокачественных новообразований кожи/В.Н. Волгин, М.А. Кабанова, М.А. Иванова// Интер-медикал (ISSN0370-1069D). – 2015. - №1 (7). – С.34-39.
10. Иванова М.А. Заболеваемость злокачественными новообразованиями кожи в Удмуртской Республике/ М.А. Иванова, Е.В. Огрызко, Н.С. Розит// Здоровье, демография, экология финно-угорских народов. №3. 2013.- С.64-66.
11. Огрызко Е.В. Злокачественные новообразования кожи в российской федерации на территории центрального федерального округа за период с 2002 по 2011 год./ Е.В. Огрызко, М.А. Иванова, В.Н. Волгин, М.А. Кабанова// Современные проблемы дерматовенерологии, иммунологии и врачебной косметологии. Том: 8 Номер: 3 (26) Год: 2013 Страницы: 61-65
12. Иванова М.А., Бутрина В.И., Жокина Н.А. Заболеваемость злокачественными новообразованиями в Российской Федерации, Центральном Федеральном округе и Москве в период с 2004 по 2012 гг. Современные проблемы дерматовенерологии, иммунологии и врачебной косметологии. 30.IX 2014. №6. – С. 33-37.



**Финансирование.** Исследование не имело спонсорской поддержки.

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

**Acknowledgments.** The study did not have sponsorship.

**Conflict of interests.** The authors declare no conflict of interest.

#### Сведения об авторах

**Кабанова Марина Александровна** – врач-дерматовенеролог, Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, филиал «Солнцевский», г. Москва, Солнцевский проспект д.17/1

e-mail: [marina\\_ka@yandex.com](mailto:marina_ka@yandex.com)

ORCID iD [0000-0003-1647-4350](https://orcid.org/0000-0003-1647-4350)

**Волгин Валерий Николаевич** (Volgin V.N.) – доктор медицинских наук, врач-дерматовенеролог, г. Москва, ФГКУ «ГВКГ им. академика Н.Н. Бурденко Минобороны России», г. Москва. [volgin@yandex.ru](mailto:volgin@yandex.ru);

**Попова Наталья Митрофановна** – заведующая кафедрой общественного здоровья и здравоохранения Ижевской государственной медицинской академии, г. Ижевск.

[kafedra-ozz@mail.ru](mailto:kafedra-ozz@mail.ru)

**Сачек Оксана Ивановна** (Sachek O.I) – главный специалист отделения нормирования труда медицинских работников ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, ул. Добролюбова, 11. [sachek@melnet.ru](mailto:sachek@melnet.ru)

**Шелепова Екатерина Александровна** - заведующая группой сбора и обработки демографической информации отдела статистики ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, ул. Добролюбова, 11, [shelepova\\_k82@mail.ru](mailto:shelepova_k82@mail.ru)

Статья получена: 20.12.2017 г.

Принята к публикации: 25.02.2018 г.