

БАЗАЛИОМА

**Бондарчук В.М., Холщевникова М.М., Высоцкая Е.Ю., Порошина Л.А.,
Иванов С.А.**

*Гомельский государственный медицинский университет, г. Гомель
кафедра внутренних болезней №2 с курсом ФКиП,
кафедра онкологии*

Ключевые слова: базалиома, дерматовенерология, новообразования кожи.

Резюме: Базалиома – рак кожи из базальных кератиноцитов, характеризующийся местным инфильтрирующим ростом и чрезвычайно редким метастазированием. Самым значимым фактором риска спорадических форм немеланомных опухолей кожи следует считать воздействие на кожу ультрафиолетового излучения.

Resume: Basalioma is a skin cancer of basal keratinocytes characterized by local infiltrating growth and extremely rare metastasis. The most significant risk factor for sporadic non-melanoma skin tumors is exposure to ultraviolet radiation.

Актуальность. Базалиома является наиболее часто встречающаяся злокачественной опухолью кожи, с постоянной тенденцией к росту заболеваемости по всему миру. Несмотря на то, что дерматоскопия является наиболее доступным методом диагностики данного заболевания, всё еще отсутствуют значимые дерматоскопические критерии диагностики.

Цель: выявление закономерностей среди пациентов с базалиомой, привлечение внимания к проблеме роста заболеваемости среди населения.

Задачи: анализ данных пациентов.

Материалы и методы. Произведена оценка карт 47 пациентов с базалиомой, обзор литературных данных, научных статей по исследуемой проблематике.

Результаты и их обсуждение. Базалиома является наиболее часто встречающейся злокачественной эпителиальной опухолью кожи. Она развивается из недифференцированных клеток базального слоя, крайне редко метастазирует, отличается медленным деструктурирующим ростом [2]. Эпидемиологические данные в настоящее время свидетельствуют о росте заболеваемости во всем мире [1]. Все чаще регистрируются случаи БКР у более молодых и людей среднего возраста [6]. Клинически опухоль обычно представлена медленно растущей бляшкой или узлом цвета неповрежденной кожи, с телеангиэктазиями на поверхности и четкими границами. Две трети всех опухолей располагаются в области головы и шеи, т. е. на зонах, подверженных воздействию солнечных лучей [4].

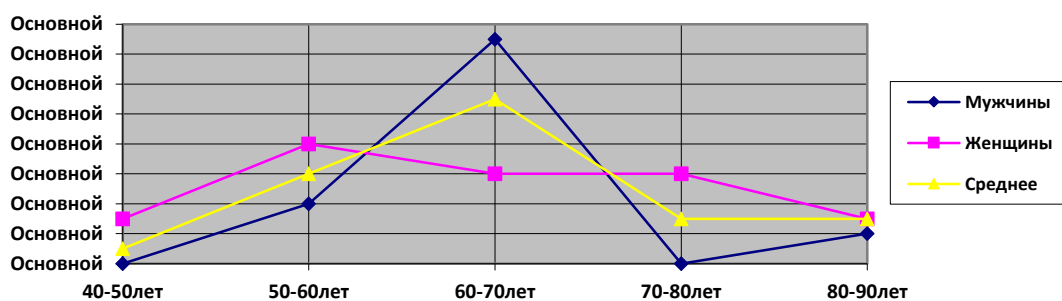
При длительном действии УФ-лучей В (спектр от 290 до 320 нм) на кожный покров происходит повреждение ДНК и его репарационной системы. В свою очередь это приводит к изменению в иммунной системе, что впоследствии вызывает развитие новообразований. Люди со светлым типом кожи больше подвержены этому процессу, чем темнокожие [5]. Кроме избыточной инсоляции, причиной развития БКР может быть радиационное излучение, воздействие химических факторов, таких как пестициды,

смолы, полициклические ароматические углеводороды. В редких случаях заболевание передается по наследству аутосомно-доминантно при наличии мутации гена, локализованного в хромосоме 9q22.3-q31 [8].

Учитывая преимущественную локализацию опухоли в косметически значимых зонах, где не всегда возможно проведение инвазивных диагностических исследований, в частности биопсии, особую актуальность приобретают неинвазивные методы диагностики, позволяющие своевременно заподозрить развитие новообразования. В настоящее время наиболее доступным неинвазивным методом исследования опухолей кожи является дерматоскопия. Этот метод позволяет проводить дифференциальную диагностику доброкачественных и злокачественных образований, основываясь на дерматоскопических признаках [3].

Установлено, что дерматоскопические признаки с разной частотой встречаются при определенных клинических формах базалиомы. Так, наличие гомогенных зон белого и розового цвета и сосудов в виде шпилек типично для поверхностной формы, а древовидных сосудов и сине-серых овоидных гнезд – для нодулярной [7]. Некоторые исследователи отмечали параллели между гистологическим типом базалиомы и особенностями его дерматоскопической картины, а также выделяли признаки, характерные для опухолей, имеющих выраженный инвазивный рост [9]. В связи с этим, актуальным представляется поиск дерматоскопических критериев, которые бы соотносились с морфологическим типом опухоли и тем самым позволяли бы прогнозировать ее рост, не прибегая к инвазивным диагностическим методикам.

Была произведена оценка 47 карт пациентов с базалиомой, из которых 55% (26) женщины и 45% (21) мужчины.



Диагр. 1 — Распределение пациентов по возрастному признаку

Из указанных данных (Диаграмма 1.) видно, что пик заболеваемости приходится на мужчин 60-70 лет.

По локализации выделяются базалиомы на следующих участках : на конечностях - 7 пациентов, на туловище – 7 пациентов, на щеках – 9 пациентов, на носу – 14 пациентов, на висках – 4 пациента, на лбу – 4 пациента, на шее – 1 пациент, на ухе – 1 пациент. Из которых 33 пациента (70%) с локализацией на голове.



Диagr. 2 — Распределение пациентов по локализации базалиомы

Среди пациентов 39 (83%) находятся на первой стадии заболевания при которой размеры опухоли не превышают 2 см и не затрагиваются близлежащие ткани, 7 (15%) на второй стадии, во время которой размеры могут быть от 2 до 5 см, с прорастанием вглубь кожи, и один пациент (2%) на третьей стадии, когда размеры превышают 5 см и могут появляться опухолевые изменения в лимфоузлах.

У 94% пациентов проведено хирургическое лечение, у остальных 6% лучевая терапия, обычно она проводится когда сложно выполнить хирургическое лечение в связи с локализацией базалиомы.

Выводы: исходя из представленных данных можно удостовериться в том, что базалиома в большей степени поражает кожу головы (70%) поскольку она больше остальных участков тела подвержена воздействию солнечных лучей. Большинство пациентов являются мужчины 60-70 лет с базалиомой первой стадии.

Литература

1. Гладько В.В., Соколова Т.В., Волгин В.Н., Колбина М.С. Дерматоскопия в диагностике базально-клеточного рака кожи. Клиническая дерматология и венерология. 2011; 3: 61—5.
2. Козловская, В. В. Новообразования кожи: патогенез, клиника, диагностика, лечение : учеб.-метод. пособие для студентов лечеб., мед.-диагн. фак-тов, клин. ординаторов и врачей-стажеров / В. В. Козловская, Л. А. Порошина, Е. А. Хайкова. - Гомель : ГомГМУ, 2011. - 44 с.
3. Потекаев НН, ред. Дерматоскопия в клинической практике. Руководство для врачей. М.: МДВ; 2010. 144 с.
4. Снарская Е.С., Молочков В.А. Базалиома. М.: Медицина; 2003: 55—83
5. Фицпатрик Т., Джонсон Р., Вульф К. Дерматология. Пер. с англ. М.: Практика; 1999: 159—67.
6. Хлебникова А.Н. Случай базально-клеточного рака кожи у девочки 15 лет. В сборнике материалов научно-практической конференции: Актуальные проблемы дерматоонкологии. Москва; 2002: 138—9.
7. Хлебникова АН, Новоселова НВ. Особенности дерматоскопической картины различных форм базальноклеточного рака кожи. Российский журнал кожных и венерических болезней. 2014;(1):9—13
8. Crowson A. N. Basal cell carcinoma: biology, morphology and clinical implications. Modern Pathol. 2006; 19(3): 127—47.
9. Pyne J, Sapkota D, Wong JC. Aggressive basal cell carcinoma: dermatoscopy vascular features as clues to the diagnosis. Dermatol Pract Concept. 2012;2(3):203a02.