ФГБОУ ВПО «Красноярский Государственный медицинский

университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра дерматовенерологии с курсом косметологии и ПО

им.проф. В.И. Прохоренкова

Зав.кафедрой д.м.н., доцент Карачева Юлия Викторовна

Реферат

Тема: «Базальноклеточный рак кожи»

Выполнила:

ординатор кафедры

Иванова Лилия Сергеевна

Красноярск, 2021

**Определение**

**Базалиома (базально-клеточный рак)** — злокачественная опухоль кожи, развивающаяся из клеток эпидермиса. Она получила свое название из-за сходства клеток опухоли с клетками базального слоя кожи. Базалиома обладает основными признаками злокачественного новообразования: прорастает в соседние ткани и разрушает их, рецидивирует даже после правильного выполненного лечения. Но в отличие от других злокачественных опухолей базалиома практически не дает метастазов. В отношении базалиомы возможно хирургическое лечение, криодеструкция, лазерное удаление и лучевая терапия. Лечебная тактика подбирается в индивидуальном порядке в зависимости от характеристик базалиомы.

Она получила свое название из-за сходства клеток опухоли с клетками базального слоя кожи. Базалиома обладает основными признаками злокачественного новообразования: прорастает в соседние ткани и разрушает их, рецидивирует даже после правильного выполненного лечения. Но в отличие от других злокачественных опухолей базалиома практически не дает метастазов.

**Этиология**

Базалиома встречается в основном у людей старше 40 лет. К факторам, способствующим ее развитию, относят частое и длительное пребывание под прямыми солнечными лучами. Поэтому жители южных стран и люди, работающие на солнце, более подвержены заболеванию базалиомой. Люди, имеющие светлую кожу, болеют чаще, чем темнокожие. Контакт с токсическими веществами и канцерогенами (нефтепродукты, мышьяк и др.), постоянное травмирование определенного участка кожи, рубцы, ожоги, ионизирующее излучение также являются факторами, повышающими риск возникновения базалиомы. К факторам риска относится снижение иммунитета на фоне терапии иммунодепрессантами или длительно протекающего заболевания.

Возникновение базалиомы у ребенка или подростка маловероятно. Однако встречается врожденная форма базалиомы — синдром Горлина–Гольца (необазоцеллюлярный синдром), сочетающий в себе плоскую поверхностную форму опухоли, кисты нижнечелюстной кости, пороки развития ребер и другие аномалии.

**Классификация**

Выделяют следующие клинические формы базалиомы:

* узелково-язвенная;
* прободающая;
* бородавчатая (папиллярная, экзофитная);
* нодулярная (крупноузелковая);
* пигментная;
* склеродермиформная;
* рубцово- атрофическая;
* плоская поверхностная базалиома (педжетоидная эпителиома);
* опухоль Шпиглера ("тюрбанная" опухоль, цилиндрома).

**Клинические проявления**

Чаще всего базалиома располагается на лице или шее. Развитие опухоли начинается с возникновения на коже небольшого узелка бледно-розового, красноватого или телесного цвета. В начале заболевания узелок может напоминать обычный прыщик. Он медленно растет, не вызывая никаких болезненных ощущений. В его центре появляется сероватая корочка. После ее удаления на коже остается небольшое углубление, которое вскоре опять покрывается корочкой. Характерным для базалиомы является наличие вокруг опухоли плотного валика, хорошо заметного при растягивании кожи. Мелкие зернистые образования, из которых состоит валик, похожи на жемчужины.

Дальнейший рост базалиомы в ряде случаев приводит к образованию новых узелков, которые со временем начинают сливаться друг с другом. Расширение поверхностных сосудов приводит к появлению в области опухоли "сосудистых звездочек". В центре опухоли может происходить изъязвление с постепенным увеличением размера язвы и ее частичным рубцеванием. Увеличиваясь в размерах, базалиома может прорастать в окружающие ткани, в том числе хрящи и кости, вызывая при этом выраженный болевой синдром.

Узелково-язвенная базалиома характеризуется появлением выступающего над кожей уплотнения, имеющего округлую форму и похожего на узелок. Со временем уплотнение увеличивается и изъязвляется, его очертания приобретают неправильную форму. Вокруг узелка образуется характерный «жемчужный» пояс. В большинстве случаев узелково-язвенная базалиома располагается на веке, в области носогубной складки или во внутреннем углу глаза.

Прободающая форма базалиомы возникает в основном в тех местах, где кожа постоянно травмируется. От узелково-язвенной формы опухоли ее отличает быстрый рост и выраженное разрушение окружающих тканей. Бородавчатая (папиллярная, экзофитная) базалиома своим внешним видом напоминает цветную капусту. Она представляет собой плотные узлы полушаровидной формы, разрастающиеся на поверхности кожи. Особенностью бородавчатой формы базалиомы является отсутствие деструкции и прорастания в окружающие здоровые ткани.

Нодулярная (крупноузелковая) базалиома — это одиночный выступающий над кожей узел, на поверхности которого видны «сосудистые звездочки». Узел растет не в глубь тканей, как узелково-язвенная базалиома, а наружу. Пигментная форма базалиомы имеет характерный внешний вид — узелок с окружающим его «жемчужным» валиком. Но темная пигментация центра или краев опухоли делает ее похожей на меланому. Склеродермиформная базалиома отличается тем, что характерный узелок бледной окраски по мере увеличения превращается в плоскую и плотную бляшку, края которой имеют четкий контур. Поверхность бляшки шероховатая и со временем она может изъязвляться.

Рубцово-атрофическая форма базалиомы также начинается с образования узелка. По мере роста опухоли в ее центре происходит деструкция с образованием язвы. Постепенно язва увеличивается и подходит к краю опухоли, при этом в центре язвы происходит рубцевание. Опухоль приобретает специфический вид с рубцом в центре и изъязвленным краем, в области которого продолжается опухолевый рост.

Плоская поверхностная базалиома (педжетоидная эпителиома) представляет собой множественные новообразования величиной до 4см, которые не прорастают в глубь кожи и не возвышаются над ее поверхностью. Образования имеют различную окраску от бледно-розоватого до красного цвета и приподнятые «жемчужные» края. Такая базалиома развивается в течении нескольких десятилетий и имеет доброкачественное течение.

Опухоль Шпиглера ("тюрбанная" опухоль, цилиндрома) — это множественная опухоль, состоящая из покрытых телеангиоэктазиями розово-фиолетовых узлов размером от 1 до 10 см. Базалиома Шпиглера локализуется на волосистой части головы, имеет длительное доброкачественное течение.

**Осложнения**

Хотя базалиома является одним из видов рака кожи, она отличается относительно доброкачественным течением, поскольку не дает метастазов. Основные осложнения базалиомы связаны с тем, что она может распространяться на окружающие ткани, вызывая их разрушение. Тяжелые осложнения вплоть до летального исхода возникают, когда процесс затрагивает кости, уши, глаза, оболочки головного мозга и т. п.

**Диагностика**

Диагностика проводится путем цитологического и гистологического исследования соскоба или мазка-отпечатка, взятых с поверхности опухоли. В ходе исследования под микроскопом обнаруживают тяжи или гнездовидные скопления клеток округлой, веретенообразной или овальной формы. По краю клетки окружены тонким ободоком цитоплазмы.

Однако гистологическая картина базалиомы бывает также разнообразна, как и ее клинические формы. Поэтому немаловажную роль имеет ее клиническая и цитологическая дифференциальная диагностика с другими кожными заболеваниями. Плоскую поверхностную базалиому дифференцируют от красной волчанки, красного плоского лишая, себорейного кератоза и болезни Боуэна. Склеродермиформную базалиому дифференцируют от склеродермии и псориаза, пигментную форму — от меланомы. При необходимости проводят дополнительные лабораторные исследования, направленные на исключение схожих с базалиомой заболеваний.

**Лечение**

Способ лечения базалиомы подбирается индивидуально в зависимости от размеров опухоли, ее расположения, клинической формы и морфологического вида, степени прорастания в соседние ткани. Имеет значение первичное это возникновение опухоли или рецидив. Учитываются результаты проводившегося ранее лечения, возраст и сопутствующие заболевания пациента.

Хирургическое удаление базалиомы является эффективным и наиболее распространенным способом ее лечения. Операция проводится при ограниченных опухолях, расположенных в относительно безопасных для хирургического вмешательства местах. Резистентность базалиомы к лучевой терапии или ее рецидивирование также является показанием для хирургического удаления. При склеродермиформной базалиоме или рецидивах опухоли иссечение проводят с применением хирургического микроскопа.

Криодеструкция базалиомы жидким азотом — быстрая и безболезненная процедура, однако она эффективна только в случаях поверхностного расположения опухоли и не исключает возникновение рецидива. Лучевая терапия базалиомы при небольшом размере процесса I-II стадии проводится путем близкофокусной рентгенотерапии пораженного участка. В случае обширного поражения последняя комбинируется с дистанционной гамма-терапией. В сложных случаях (частые рецидивы, большой размер опухоли или ее глубокое прорастание) рентгенотерапия может сочетаться с хирургическим лечением.

Лазерное удаление базалиомы хорошо подходит пожилым людям, у которых хирургическое лечение может вызвать осложнения. Оно применяется также в случае локализации базалиомы на лице, поскольку дает хороший косметический эффект. Местная химиотерапия базалиомы проводится путем нанесения аппликаций из цитостатиков (фторурацил, метатрексат и др.) на пораженные участки кожи.

**Прогноз базалиомы**

В целом, благодаря отсутствию метастазирования, прогноз заболевания благоприятный. Но в запущенных стадиях и при отсутствии адекватного лечения прогноз базалиомы может быть очень серьезным.

Большое значение для выздоровления имеет раннее лечение базалиомы. Из-за наклонности базалиомы к частому рецидивированию, опухоль более 20 мм уже считается запущенной. Если лечение проведено пока опухоль не достигла таких размеров и не начала прорастать подкожную клетчатку, то в 95-98% наблюдается стойкое излечение. При распространении базалиомы на подлежащие ткани после лечения остаются значительные косметические дефекты.