Клинико-морфологические особенности и лечение рака кожи, развившегося из рубцов

А.Д. Зикиряходжаев*, Б.М. Орифов, Д.З. Зикиряходжаев, З.Х. Хусейнов, Р.З. Юлдошев Государственное учреждение «Республиканский онкологический научный центр», г. Душанбе, Таджикистан; *Научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена, г. Москва, Россия

В работе представлены особенности течения и результаты лечения рака кожи, развившегося из рубцов (РКР) у 75 пациентов. Установлено, что РКР преимущественно имеет плоскоклеточное морфологическое строение и может возникнуть на фоне старых рубцов разной этиологии даже через 10, 15-45 лет. Данная форма рака кожи относится к агрессивным опухолям и имеет склонность к местному распространению и рецидивированию. Следует отметить, что большинство больных (n=35; 46,67%) обратились за специализированной помощью в Т4N0M0 стадии, а 19 (25,3%) пациентов – в Т4N1M0, что значительно ограничивает выбор целенаправленных эффективных методов лечения.

Основными и обнадёживающими методами лечения РКР остаются хирургические вмешательства в различных вариантах с соблюдением основных онкологических принципов. Результаты лечения запущенных форм РКР малоутешительны. Многие пациенты повторно подвергаются специальной терапии по поводу рецидивов опухоли.

Ключевые слова: рак кожи, рубцы, плоскоклеточный рак

Актуальность. Проблеме диагностики и лечения рака кожи (РК) посвящено большое количество научных исследований, и многие вопросы этой патологии сняты с повестки дня. С другой стороны, существуют такие формы РК, которые протекают довольно агрессивно и представляют большие сложности в лечении, к каковым относится рак кожи, развившийся из рубцов различного происхождения (РКР). В литературе представлены разноречивые исследования, посвящённые проблемам развития рака кожи из рубцов после огнестрельных ранений, ожогов, трофических язв [1-5].

Несмотря на это, вопросы клиники, диагностики, лечения РКР остаются малоизученными и представляют большой клинический интерес. Недостаточно освещены механизмы возникновения рака кожи в зависимости от этиологии рубцов, кроме того, морфологическая структура РКР до сих пор вызывает много споров среди специалистов, так как эффективность терапии во многом зависит от степени разрушения структур кожи до появления опухоли.

Многолетний опыт работы с подобными больными свидетельствует о том, что широкий круг врачей недостаточно осведомлены об особенностях клинического течения и значении морфологического строения РКР, очень часто допускаются диагности-

ческие ошибки, больным назначается неадекватное лечение.

Цель исследования. Изучение клинико-морфологических особенностей и лечение плоскоклеточного рака кожи, развившегося из рубцов.

Материал и методы. Настоящее исследование основано на изучении 75 больных плоскоклеточным раком кожи, развившимся из рубцов различной этиологии, за период с 1976 по 2010 гг., мужчин было 57 (76,0%), женщин – 18 (24,0%); 24 (32,0%) – городские жители, 51 (68,0%) – сельские.

Большинство пациентов (n=37; 49,3%) было в возрасте 50-69 лет, нередко опухоли встречались и в более молодом возрасте – 30-49 лет – 19 (25,4%) больных.

Морфологическое исследование проводилось в лаборатории Республиканского онкологического научного центра, и блоки-препараты 27 пациентов подвергались повторному исследованию в условиях лаборатории патологоанатомического отделения Российского онкологического научного центра РАМН (г. Москва). Гистологическая характеристика степени злокачественности опухолей дана по системе А. Broders.

ТАБЛИЦА 1. ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЧИНЫ РАКА КОЖИ ИЗ РУБЦОВ

Причины	Плоскоклеточ	итого	
возникновения рубцов	Ороговеваю- щий	Неороговева- ющий	абс. (%)
Сандаловый ожог	20	3	23 (30,67)
Ожог пламенем	21	3	24 (32,0)
Ожог кипятком	1	1	2 (2,67)
Травма бытовая	2		2 (2,67)
Укус змеи	1	1	2 (2,67)
Огнестрельные ранения	9		9 (12,0)
Отморожение	1		1 (1,33)
Послеоперационный рубец	5	2	7 (9,33)
ДТП	3	1	4 (5,33)
На фоне свища	1		1 (1,33)

Результаты и их обсуждение. Клинически плоскоклеточный рак кожи из рубцов у 46 (61,3%) больных представлял собой плотную лакуну, бляшку или узел, покрытый плотными, с трудом отделяющимися чешуйками. В центре опухоли нередко развивается эрозия или язва, покрытая коркой, края плотные. У 23 (30,6%) больных встречались кровоточащие язвы, что являлось причиной обращения больных к врачам. Болевой синдром присутствует у пациентов с местно-распространённым раком кожи в случае прорастания опухоли в подлежащие анатомические структуры. Локализация рака кожи и размеры опу-холей были самыми различными. Так, в области нижних конечностей РКР локализовался у 56 (74,6%) больных, из них у 20 пациентов размеры опухоли превышали 10 см в наибольшем измерении. У 11 (14,6%) больных опухоли локализовались в области верхних конечностей, у 8 из них размеры опухоли достигали 10 см. Следует отметить, что у 12 (16,0%) из 75 больных размеры опухолей были более 15 см, это крайне затрудняло выбор эффективных методов терапии.

Установлено, что причиной развития рака кожи могут быть рубцы самого различного происхождения (табл. 1).

Так, чаще всего плоскоклеточный рак кожи развивался из рубцов после ожогов пламенем – 24 (32,0%), сандаловых ожогов – 23 (30,6%) и огнестрельных ранений – 9 (12,0%). У 7 пациентов РКР развился на фоне послеоперационных рубцов. Плоскоклеточный рак кожи из рубцов, в основном, локализовался в области нижних и верхних конечностей – у 47 (62,6%) и 9 (12,0%) пациентов, соответственно. При этом, опухоли чаще имели морфологическое строение плоскоклеточного рака с ороговением.

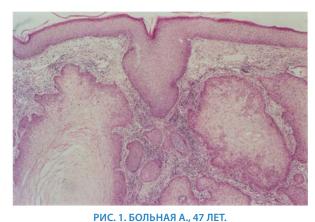


РИС. 1. ВОЛЬНАЯ А., 47 ЛЕ1.

ВЫСОКОДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫЙ ОРОГОВЕВАЮЩИЙ РАК КОЖИ (I СТ. ПО BRODERS).

В ДЕРМЕ ОТМЕЧАЮТСЯ ПЛАСТИНЧАТЫЕ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫЕ КОМПЛЕКСЫ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМ ДИСКЕРАТОЗОМ, ГИПЕРКЕРАТОЗОМ С ФОРМИРОВАНИЕМ «ЖЕМЧУЖИН»

С НЕПОЛНОЙ КЕРАТИНИЗАЦИЕЙ. В СТРОМЕ – ВЫРАЖЕННАЯ ЛИМФОИДНОКЛЕТОЧНАЯ ИНФИЛЬТРАЦИЯ.

ОКРАСКА ГЕМАТОКСИЛИН-ЭОЗИНОМ, УВ. X 60

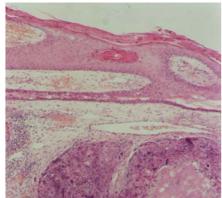


РИС. 2. БОЛЬНАЯ А., 72 ГОДА. УМЕРЕННО-ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫЙ ОРОГОВЕВАЮЩИЙ РАК КОЖИ (II CT. ПО BRODERS). В ПЛОСКОЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ ПЛАСТАХ ОТМЕЧАЕТСЯ НАРАСТАНИЕ АТИПИИ КЛЕТОК, МИТОЗЫ, В «ЖЕМЧУЖИНАХ» НЕПОЛНАЯ КЕРАТИНИЗАЦИЯ. ОКРАСКА ГЕМАТОКСИЛИН-ЭОЗИНОМ, УВ. Х 60

На основании анализа анамнестических данных определены сроки развития плоскоклеточного рака кожи от момента появления рубцов. На рубцах после сандалового ожога плоскоклеточный рак кожи у 6 больных развился через 35 лет, а у 5 – через 45 лет. Наоборот, у 5 пациентов на рубцах, полученных от ожога пламенем, гораздо раньше раз-вился рак кожи, в сроки до 10 лет. Рубцы на коже после огнестрельных ранений также представляют достаточно высокий риск, и у 9 пациентов через 35 лет установлен плоскоклеточный рак кожи. Вероятно, огнестрельное ранение вызывает ожог кожи и подкожной клетчатки вокруг раневого канала с образованием грубых рубцов. У 2 пациентов плоскоклеточный рак кожи появился спустя 35 лет после укуса змеи.

С учётом клинико-морфологических данных, согласно Международной классификации TNM, больных распределили следующим образом (табл. 2).

Необходимо отметить, что при гистологическом исследовании биоптатовинтра- и послеоперационных материалов у 64 (85,3%) пациентов установлен плоскоклеточный ороговевающий вариант, а у 11 (14,7%) – плоскоклеточный неороговевающий рак кожи (рис. 1-4).

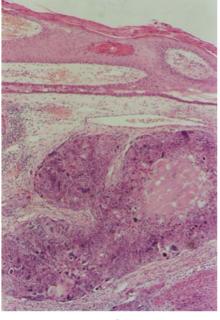


РИС. 3. БОЛЬНОЙ О., 64 ГОДА. низкодифференцированный плоскоклеточный ОРОГОВЕВАЮЩИЙ РАК КОЖИ (III-IV CT. ПО BRODERS). В ПЛОСКОЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ ПЛАСТАХ ОТМЕЧАЕТСЯ ВЫРАЖЕННАЯ АТИПИЯ ОПУХОЛЕВЫХ КЛЕТОК, ОБИЛИЕ АТИПИЧНЫХ МИТОЗОВ, ВСТРЕЧАЕТСЯ ВНУТРИКЛЕТОЧНАЯ КЕРАТИНИЗАЦИЯ, ЕДИНИЧНЫЕ АТИПИЧНЫЕ «ЖЕМЧУЖИНЫ». ОКРАСКА ГЕМАТОКСИЛИН-ЭОЗИНОМ, УВ. Х 60

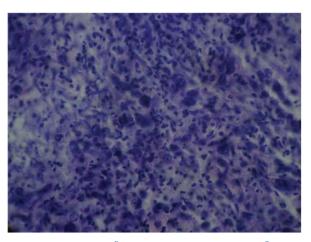


РИС. 4. БОЛЬНОЙ У., 45 ЛЕТ. ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫЙ НЕОРОГОВЕВАЮЩИЙ РАК КОЖИ (III-IV CT. ПО BRODERS). ОПУХОЛЕВЫЕ КЛЕТКИ СОДЕРЖАТ ЯДРА РАЗЛИЧНОЙ ВЕЛИЧИНЫ И ОКРАСКИ, В КОТОРЫХ ОБНАРУЖИВАЕТСЯ ОДНО ИЛИ ДВА ЯДРЫШКА. ЗДЕСЬ ЖЕ ИМЕЮТСЯ НЕКРОТИЗИРОВАННЫЕ КЛЕТКИ. ОКРАСКА ГЕМАТОКСИЛИН-ЭОЗИНОМ, УВ. Х 60

ТАБЛИЦА 2. РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ИССЛЕДОВАННЫХ БОЛЬНЫХ ПО СИСТЕМЕ ТММ И ЛОКАЛИЗАЦИИ ОПУХОЛЕЙ

Степень распро-	Локализация опухолей, абс. (%)				
странённости опухолей	Нижние конечности	Верхние конечности	Туловище	Голова/шея	Итого
$T_2N_0M_0$	3			1	4 (5,33)
$T_3N_0M_0$	5	2	2		9 (12,0)
$T_4N_0M_0$	28	5	1	1	35 (46,67)
$T_3N_1M_0$	6	1			7 (9,33)
$T_4N_1M_0$	13	3	1	2	19 (25,33)
$T_4N_1M_1$ pulmonis	1				1 (1,33)
ОТОГО	56 (74,7)	11 (14,7)	4(5,3)	4 (5,3)	75

Следует отметить позднюю обращаемость больных к врачам ввиду неосведомлённости пациентов и врачей общей лечебной сети об основных симптомах плоскоклеточного рака кожи, развившегося из рубцов. Так, 35 (46,6%) из 75 больных обратились за спе-циализированной помощью, имея Т4N0M0 стадию распространённости опухолевого процесса, а 19 (25,3%) – Т4N1M0, только у 9 (12,0%) пациентов имела место Т3N0M0 стадия.

Установлено, что плоскоклеточный рак кожи, развившийся из рубцов, чаще метастазирует в региональные лимфатические узлы, только у 1 больного в процессе лечения обнаружены отдалённые метастазы в лёгких.

Таким образом, плоскоклеточный рак кожи, развившийся из рубцов, у большинства больных (n=35; 46,67%) носил местно-распространённый характер (T4N0M0).

Лечение плоскоклеточного рака кожи, развившегося из рубцов, является сложной и до конца нерешённой проблемой. Необходимо принимать во внимание не только особенности клинического течения болезни, но и учитывать степень злокачественности опухоли – её морфологическое строение, локализацию, наличие метастазов и рецидивов. Основным методом лечения остаётся хирургический, при этом, только широкое иссечение плоскоклеточного РКР произведено 4 (5,3%) пациентам; широкое иссечение со свободной кожной пластикой – 26 (34,6%) больным, с пластикой на ножке – 4 (5,3%).

В связи с поздним обращением больных, производство калечащих операций является методом вынужденного выбора по жизненным показаниям больных. Так, ампутации верхних конечностей произведены 8 (12,3%) пациентам, нижних конечностей – 33 (50,7%) больным. Следует отметить, что при применении

хирургического лечения в зависимости от стадии плоскоклеточного рака кожи, развившегося из рубцов, мы произвели лимфодиссекцию и операцию Дюкена 26 (40,0%) больным.

Наряду с хирургическим методом, по показаниям, у 4 (5,3%) больных использовалась комбинация «операция+химиотерапия»; у 17 (22,6%) — «операция+лучевая терапия». Химиотерапия как самостоятельный метод лечения использовалась нами только у 4 (5,3%) больных, а лучевая терапия — у 25 (33,3%).

После проведённого лечения у 16 (21,3%) больных появились рецидивы плоскоклеточного рака кожи, развившегося из рубцов, в сроки от 3 до 28 месяцев. Они подвергались повторным хирургическим вмешательствам или же получали комбинированное либо комплексное лечение по поводу рецидивов.

В течение пяти лет после проведённого лечения умерло 11 (14,7%) пациентов.

Таким образом, особенностью рака кожи, развившегося из рубцов, является тот факт, что он имеет плоскоклеточное морфологическое строение в отличие от рака, развившегося спонтанно на неизменённой коже. Рак кожи, развившийся из рубцов, может возникнуть спустя 10, 15-45 лет после получения рубцов, что диктует необходимость постоянного наблюдения и ухода за кожей после получения различных травм. Возможности лечения рака кожи, развившегося из рубцов, малоутешительные ввиду частых рецидивов опухоли. Обнадёживающим методом лечения плоскоклеточного рака кожи, развившегося из рубцов, остаётся хирургический в различных его модификациях. Больные, независимо от длительности клинической ремиссии, должны находиться под наблюдением онкологов.

ЛИТЕРАТУРА

- 1. Siegel R. Cancer statistics, 2013 / R.Siegel, D.Naishadham, A.Jemal // CA: a cancer journal for clinicians. 2013. T. 63. № 1. C. 11-30.
- 2. Ганцев Ш.Х. Плоскоклеточный рак кожи / Ш.Х.Ганцев, А.С.Юсупов // Практическая онкология. 2012. № 3. Т. 13. С. 80-91.
- 3. Сангинов Д.Р. Особенности клинического течения, диагностики и лечения рака кожи в Таджикистане: автореф. дис... д-ра мед. наук / Д.Р.Сангинов. Душанбе. 2002. 43 с.
- 4. Хусейнов З.Х. Особенности клинического течения и пути оптимизации лечения плоскоклеточного рака кожи головы и шеи: автореф. дис... канд. мед. наук / 3.Х.Хусейнов. Душанбе. 2004. 20 с.
- Яценко К.Д. Рак кожи из рубцов (клиника, диагностика, лечение): автореф. дисс... канд. мед. наук / К.Д.Яценко. – М. – 1974. – 24 с.

Summary

Clinical-morphologic features and treatment of skin cancers maturated from scars

A.D. Zikiryakhojaev¹, B.M. Orifov, D.Z. Zikiryakhojaev, Z.H. Huseynov, R.Z. Yuldoshev State Institution «National CancerResearch Centre», Dushanbe, Tajikistan; ¹Research Oncological Institute named after PA Herzen, Moscow, Russia

The paper presents the features of currency and response totreatment of skin cancer, which maturated from scarring (SSC) in 75 patients. Found that SSC has squamous morphological structure predominantly and may occur on old scars of different etiology, even after 10, 15-45 years. This form of skin cancer refers to aggressive tumors and has a tendency to local spread and recurrence. It should be noted that majority of patients (n=35; 46,67%) seek specialized help in $T_4N_0M_0$ stage, and 19 (25,3%) patients – in $T_4N_1M_0$, which significantly limits the choice of targeted effective treatments.

Basic and promising treatments of SSCare surgery in different variants following the basic oncologic principles. Results of treatment of advanced forms of SSCare comfortless. Many patients re- exposed to a special therapy for tumor recurrence.

Key words: skin cancer, scars, squamous cell carcinoma

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Зикиряходжаев Дильшод Зукирович – профессор, главный консультант ГУ «Республиканский онкологический научный центр»; Республика Таджикистан, г. Душанбе, ул. И. Сомони, 59a E-mail: firuzik49@mail.ru