

РАК КОЖИ ЛИЦА И ГУБЫ. КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ

ВОЛГОГРАД 2022

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

В коже за счет ее весьма многообразного тканевого и органного состава наблюдается очень большое количество различных опухолей – свыше 20 разновидностей новообразований.

Злокачественные опухоли, как правило, бывают эпителиального происхождения – 99,7%. Из них 89% локализируются в области лица, головы, шеи (А.И. Пачес). По данным А. П. Шанина, рак кожи лица составляет 4-9% от всех раковых заболеваний человеческого организма. Из этого количества первое место занимает рак – 8,2%; второе – меланома – 0,8%; третье – саркома – 0,3%.

Рак чаще всего встречается у сельских жителей, подверженных в

большей степени действию метеофакторов, у горцев, моряков, полярников (А. В. Чаклин). Вызывать рак могут радиоактивное излучение, химические препараты (особенно ароматические углеводороды), продукты перегонки каменного угля, сланцев, песка, парафина и т.д. Это так называемый профессиональный рак кожи, который имеет «латентный период» – 15-35 лет и необычен, в отличие от спонтанного рака, по локализации. Естественно, что любой факультативный или облигатный предрак при определённых условиях и отсутствии адекватного лечения может перейти в рак кожи.

Непреложным фактом является следующий постулат, который можно назвать основным законом онкологии: «Каждый рак имеет свой предрак, хотя не каждый предрак переходит в рак».

ГИСТОЛОГИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ

По классификации рак кожи делится на группы в зависимости от возникновения: рак из эпидермиса и придатков кожи (интраэпидермальный рак, плоскоклеточный, базалиома),

Рак придатков кожи, специализированной соединительной ткани: фибросаркома и липосаркома, саркома полиморфноклеточная, веретенклеточная и др.

ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ

из общих признаков можно выделить разрастание шиповидных клеток, окруженных крупными, бесформенными комплексами атипичных клеток, с частоколом базальных элементов вокруг.

В раковых ячейках образуются наслоения роговых масс – «роговые жемчужины».

БАЗАЛИОМА

(или базальноклеточный рак) – встречается в 60-80% случаев (А. И. Пачес, 1968), обладает местнодеструирующим ростом, метастазы дает крайне редко.

Имеет около 11 разновидностей (Ванкей и Шугар, 1962). По гистогенезу опухоль следует относить к виду, происходящему из зародышевого фолликула волосяного мешочка и апокриновых желез, хотя это до настоящего времени спорно. По крайней мере, сходство клеток базалиомы с клетками базального слоя эпидермиса чисто внешнее.

Типичная локализация базалиом – кожа головы и шеи: угол глаза, крыло носа, носогубная борозда, височная область, ушная раковина. Базалиома часто изъязвляется, растет в ширину, достигая в отдельных случаях гигантских размеров.

Начинается базалиома с плотного небольшого узелка с сальным или перламутровым блеском, вокруг бывает валик.

Существуют два вида базалиомы в зависимости от характера роста: инвазивная, растущая в глубину, поражающая подлежащие ткани и не метастазирующая, а также экземоподобная, поверхностная, рубцующаяся, очень редко метастазирующая в регионарные лимфоузлы.

СТАДИРОВАНИЕ БАЗАЛИОМЫ

Базальноклеточный рак кожи делится на стадии в зависимости от распространения первичного очага и наличия количества метастазов в регионарные лимфоузлы. I стадия – опухоль или язва только эпидермиса, до 2 см в диаметре, без метастазов: T1 N0 M0;

II стадия – опухоль или язва более 2 см, но меньше 5 см в диаметре с незначительной инфильтрацией дермы, без регионарных метастазов: T2 N0 M0;

III-а стадия – опухоль или язва более 5 см, ограниченно подвижная, прорастающая в подлежащие ткани, распространяющаяся не менее чем на две соседние анатомические области, без регионарных метастазов: T3 N0 M0;

III-б стадия – такая же опухоль или язва или меньшего размера, но с одиночными регионарными метастазами: T3 N0 M0;

IV стадия – опухоль или язва больших размеров, малоподвижная, прорастающая в мышцы, хрящ, кость и распространяющаяся не менее чем на три соседние анатомические области, с неподвижными множественными регионарными метастазами. Возможны отдаленные метастазы: T4 N0 M0.

ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫЙ РАК

Спиноцеллюлярный или плоскоклеточный рак – встречается на коже лица в 18–20% случаев. В большинстве случаев имеет вид аденокарциномы, но на голове и шее может иметь меньшую дифференцировку, протекает крайне злокачественно. Метастазирует, как правило, в регионарные лимфоузлы.

Бывает двух видов – узловая (экзофитная) и язвенная (эндофитная) формы. В начальных стадиях он очень похож на базалиому.

ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫЙ РАК, СТАДИРОВАНИЕ

1-а стадия – опухоль или язва диаметром от 1 до 1,5 см, в пределах покровного эпителия, без метастазов в регионарные лимфоузлы (РЛУ).

1-б стадия – опухоль или язва, как и в предыдущей стадии, но с одиночным метастазом в РЛУ.

2-а стадия – опухоль или язва диаметром, распространяющаяся на одну соседнюю анатомическую область и в глубину, захватывающая мышечные элементы, одиночные метастазы в РЛУ на стороне локализации.

2-б стадия – такой же очаг, как в предыдущей стадии, но с наличием нескольких поражённых РЛУ (от 3 до 4-х), слегка болезненных, ограниченно подвижных, на стороне локализации первичного очага.

3-а стадия – опухоль или язва значительных размеров, распространяющаяся на 2 соседние анатомические области, прорастающая в глубину все подлежащие ткани и хрящ. В РЛУ на стороне локализации первичного очага имеются множественные (5 или 6) метастазы.

Лимфоузлы болезненные, спаяны с окружающими тканями, малосмещаемые.

3-б стадия – картина такая же, как и при 3-а стадии, но отмечается наличие одиночных метастазов в РЛУ на противоположной стороне.

4 стадия – огромных размеров опухоль или язвенная поверхность, распространяющаяся на три и более соседних анатомических областей, поражающая в глубину все ткани, включая костную.

На стороне локализации первичного очага имеются конгломераты (или пакеты) лимфоузлов, определить их размеры невозможно. Полная неподвижность этих конгломератов за счёт жёсткой спаянности с окружающими тканями.

На противоположной стороне могут иметься множественные метастазы в РЛУ. Имеются один или несколько отдалённых метастазов в печень, лёгкие, тазовые кости, головной мозг.

ЛЕЧЕНИЕ РАКА КОЖИ I СТАДИИ

В I стадии лечение следует начинать с близкофокусной R-терапии: ежедневно по 300 рад. в сумме 5000–7500р. В поле облучения надо до полного

успеха включать около 2 см прилегающей здоровой кожи. При раке века

глазное яблоко защищается свинцовой пластинкой. Излечение наступает в 90%

случаев, а по данным некоторых авторов – в 95–98%. Можно проводить

гамматерапию, радионосные иглы с Co60, P32. Общая доза – 5–6 тысяч рад. Длительность облучения -6–7 суток.

Аппликационный метод: омаин + 4 - преднизолон проводится в I стадии 15–18 раз, а во II стадии – 20–25. После регрессии опухоли профилактически делают еще 2–3 аппликации.

ЛЕЧЕНИЕ РАКА КОЖИ II СТАДИИ

Рак II стадии лечится так же, как и в I стадии – лучевыми методами, но лучший результат дает комбинация: рентгенотерапия (4-5 тыс. рад.) и гамматерапия (до 4000 рад).

ЛЕЧЕНИЕ РАКА КОЖИ III И IV СТАДИИ

Рак кожи базальноклеточный в III и IV стадиях лечится комбинированными и сочетанными методами. Дистанционная многополевая гамматерапия – ежедневно, общей дозой – 5000 рад. Остаточная опухоль подвергается внутритканевому облучению с хирургическим иссечением. При раке III степени излечение наступает в 40-45%, в IV степени – в 10-15%. При хирургическом лечении следует отступить от видимых границ опухоли или язвы не менее, чем на 1 см. Возникающий дефект закрывается одномоментно лоскутом кожи на ножке с шеи, либо свободным кожным аутотрансплантатом. Операция выполняется не ранее, чем через 21-28 дней после окончания лучевой терапии, после стихания лучевых реакций.

КРИОХИРУРГИЯ И ЛАЗЕРОКОАГУЛЯЦИЯ

Широкое распространение в лечении злокачественных опухолей в настоящее время получили методы криохирургии и лазеркоагуляции. Особенно эффективны оба метода при лечении базальноклеточного рака кожи в первых стадиях. Криовоздействие применяется в виде криораспыления и в виде аппликации. Расчет параметров при криовоздействии осуществляется с

помощью специальных таблиц (В. М. Шенталь, А. М. Птуха, 1981).

Лучом лазера осуществляется полная коагуляция опухоли в ранних стадиях развития в пределах окружающих тканей. Вмешательства проводятся бескровно, бесконтактно в стерильных условиях на базе поликлиники. Эти преимущества обеспечивает инфракрасный луч CO₂ лазера. Манипуляция проводится при условии выполнения адекватного местного или общего обезболивания.

РАК КРАСНОЙ КАЙМЫ ГУБ

Чаще всего поражается нижняя губа – 95–98%. Женщины страдают в 8– 10 раз реже, чем мужчины. Поражаемый возраст – 40–60 лет. Рак никогда не локализуется в углах рта, очень редко по средней линии, обычно – на одной из половин губы.

Локализация по срединной линии свидетельствует о возникновении рака на фоне хронической трещины красной каймы губы. Метастазирование – в основном лимфогенное, в регионарные лимфоузлы (подподбородочные, подчелюстные, околоушные, глубокие шейные).

Отдаленное метастазирование происходит в легкие, печень, позвоночник.

ФАКТОРЫ РИСКА

Предрасполагающими факторами являются курение, повышенная инсоляция, работа на открытом воздухе, атрофия красной каймы старческого возраста, хроническая механическая травма и т.д. При воздействии указанных агентов на красной кайме нижней губы появляются очаги гипер-, пара- и дискератоза, переходящие в различные формы предрака, а затем и в рак красной каймы нижней губы.

ГИСТОЛОГИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ

Гистологически рак красной каймы губ – плоскоклеточный, чаще с ороговением – 80,5% (Восковская Н.И., Козлова А.Н., 1968). Растет он медленно, метастазирует поздно. Неороговевающий рак растет быстро и рано метастазирует. Базальноклеточный рак красной каймы нижней губы метастазирует очень редко – в 0,5 % случаев.

КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ

Клинические формы – папиллярная, бородавчатая или фунгозная, язвенная и язвенно-инфильтративная. Две последние относятся к эндофитным формам рака красной каймы нижней губы.

СТАДИИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ (I-II СТАДИИ)

Схематично клиническое течение рака подразделяется на IV стадии.

I стадия – опухоль или язва диаметром 1-1,5 см, располагающаяся в

подслизистом слое, без регионарных метастазов; T1, N0, M0.

II-а – опухоль или язва более 1,5 см, локализующаяся на одной половине

красной каймы губы, в пределах подслизистого слоя, без метастазов; T2, N0, M0.

II-б – такая же опухоль или язва, но с одиночными метастазами на стороне поражения: T2, N1, M0.

III СТАДИЯ

III-а- стадия а – опухоль или язва, занимающая больше 1/2 губы, прорастающая в мышцу, метастазами в регионарные узлы – T3 N2 M0; T2 N2 M0. III -б – та же опухоль или язва, что и в III стадии а, но с большим количеством малосмещаемых, регионарные лимфоузлы (T3 N3 M1). Возможны отдаленные метастазы (T3 N3 M1).

IV СТАДИЯ

IV стадия – опухоль любого размера, распространяющаяся на кость нижней челюсти, с распадом тканей, с большим количеством регионарных метастазов. Лимфоузлы – в виде пакетов. Отдаленные метастазы: T4 N3 M1; T4 N4 M1; T3 N4 M1; T2 N4 M1. Возможны контралатеральные метастазы в регионарные л/узлы на противоположной стороне.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

Субъективно рак красной каймы нижней губы может сопровождаться зудом, сильным жжением, пульсирующей или стреляющей болью, чувством распирания, одеревенения или даже анестезии. Ввиду такого многообразия жалоб особое внимание следует уделять дополнительным методам диагностики, а при невыраженной клинической картине – цитологии, биопсии с гистологическим исследованием и экспресс – биопсии в момент операции.

ЛЕЧЕНИЕ

Лечение зависит от стадии и клинической формы. Ведущим методом является комбинированный: 1-й этап – излучение очага на губе; 2-й этап – удаление шейной клетчатки вместе с пораженными лимфатическими узлами.

ЛЕЧЕНИЕ I СТАДИИ

I стадия рака красной каймы губ может излечиваться только лучевым методом – 7–8,5 тыс. рад на курс, почти в 100% случаях (М. Д. Заболотный; А. И. Рудерман, и др.). Возможна и близкофокусная рентгенотерапия на аппарате РУМ-7, РУМ-9 – 6000 рентген на курс. Удаление клетчатки после излечения рака I стадии необязательно осуществляется лишь диспансерный динамический контроль. Иссечение шейной клетчатки с увеличенными лимфоузлами проводится только при наличии в них метастазов.

КРИОХИРУРГИЧЕСКОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ

Одним из современных методов лечения рака красной каймы нижней губы I и II-а стадий является криохирургическое воздействие на очаг, которое осуществляется либо аппликационным способом, т. е. прикладыванием охлажденного до низких температур рабочего участка криогенной установки, либо способом, заключающимся во внедрении охлажденного наконечника инструмента в центр опухолевого участка. Температура – не ниже 1200, время воздействия зависит при этом от распространенности и характера опухоли, возраста больного и рассчитывается по специальным разработанным таблицам. Для потенцирования криовоздействия предварительно опухоль озвучивается с помощью ультразвуковой аппаратуры в течение 5 мин., при генерации ультразвука 0,4 Вт/см². Это позволяет увеличить эффект криодеструкции в 2 раза при прочих равных условиях.

ЛЕЧЕНИЕ II СТАДИИ

II стадия также лечится лучевым методом. Возможно хирургическое иссечение очага, отступя от пораженных тканей на 1–1,5 см, в виде прямоугольника или трапеции – по Блохину.

ЛЕЧЕНИЕ III СТАДИИ

III стадия – после лучевого воздействия на первичный очаг, через 4–6 недель после стихания лучевых реакций делается II этап – удаление шейной клетчатки. Следует проводить футлярно-фасциальное иссечение по второму типу с обеих сторон сразу, либо операцию Крайла. Не следует забывать, что Возможно хирургическое лечение первичного очага схимио- и телегамматерапией, которые по показаниям проводятся и в послеоперационном периоде (после 2-го этапа).

ЛЕЧЕНИЕ IV СТАДИИ

При IV стадии проводятся, в основном, паллиативные операции и симптоматическое лечение (наложение трахеостомы, перевязка наружной сонной артерии, борьба с болью и т.д.)

ЛЕЧЕНИЕ РЕЦИДИВОВ

Лечение рецидивов всегда сложнее, чем лечение первичного рака, объем операций всегда больше, дозы облучения выше, а прогноз – хуже.

В TNM-формуле при рецидивных формах рака красной каймы губ вводится буква «R» после T, что указывает на рецидив заболевания.

Например, TR2 N2 M0. Лучший способ предупреждения рецидивов состоит в радикальности первой операции, а также в её своевременности.

ПРОГНОЗ

Прогноз тем хуже, чем обширнее первичный очаг и чем больше регионарных метастазов. При наличии отдаленных метастазов прогноз всегда неблагоприятный. Частота рецидивов рака зависит от правильности выбранного комплексного лечения и неукоснительного выполнения требований абластики и антиблаستيки.

ПРОФИЛАКТИКА

К профилактическим мероприятиям следует отнести широкую санитарно-просветительную работу среди населения, особенно той его части, которая подвержена воздействию неблагоприятных метеофакторов и профессиональным вредным воздействиям, а также раннюю диагностику, диспансеризацию и лечение больных с предраковыми заболеваниями. Простым и эффективным средством предупреждения грозного заболевания является использование кремов, защитных мазей, масок, уход за кожей, регулярное посещение стоматолога.