Базальноклеточный рак кожи

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: C44 · Общероссийская общественная организация "Ассоциация врачей-офтальмологов", Ассоциация онкологов России, Ассоциация специалистов по проблемам меланомы

Базальноклеточный рак кожи — злокачественная опухоль из базальных клеток эпидермиса или волосяных фолликулов; для него характерен медленный местно-деструирующий рост, а метастазирование происходит крайне редко. Рекомендация посвящена подтверждению диагноза, оценке риска рецидива, выбору локального или системного лечения и последующему наблюдению.

Главное

- Главный фактор риска спорадического БКРК — воздействие ультрафиолета типов B (290–320 нм) и A (320–400 нм); риск также повышают иммуносупрессия, пигментная ксеродерма, искусственный ультрафиолет, контакт с мышьяком и ионизирующая радиация.
- Клинические формы БКРК включают поверхностное эритематозное пятно, перламутровый узел с валикообразным краем, пигментированное образование и рубцоподобный участок с нечеткими границами; для заболевания характерны медленный местно-деструирующий рост и редкое метастазирование.
- Риск рецидива оценивают по локализации, размеру, четкости границ, первичности или рецидиву опухоли, иммуносупрессии, предшествующей лучевой терапии, морфологическому подтипу и периневральной инвазии. Любой размер в зоне H, размер от 20 мм в зоне L или от 10 мм в зоне M относится к высокому риску.
- Для стадирования морфологическое подтверждение обязательно; используют TNM AJCC/UICC 8-го пересмотра, причем правила различаются для опухолей головы и шеи, века и других локализаций.
- Цель лечения — полностью удалить опухоль с максимальным сохранением функции пораженного органа и наилучшим косметическим результатом. Хирургические подходы часто наиболее эффективны; лучевая терапия может быть выбрана как основное лечение с учетом функции, косметического результата, предпочтений пациента и общего состояния.
- После лечения I–II стадий осмотр всех кожных покровов и периферических лимфоузлов проводят каждые 6 месяцев первые 3 года, затем ежегодно до 10 лет; инструментальные исследования выполняют по показаниям.
- Пациентам следует избегать солнечных ожогов и искусственного ультрафиолета, регулярно самостоятельно осматривать кожу и периферические лимфоузлы и обращаться к врачу при выявлении отклонений, новых или изменяющихся образований.

Диагностика

1. Соберите жалобы и анамнез, включая сведения об иммуносупрессии, прежней лучевой терапии и лечении опухолей кожи, наследственных синдромах, солнечных ожогах, ожогах другого происхождения, контакте с мышьяком и воспалительных заболеваниях кожи. УУР A, УДД 1.
2. Осмотрите все кожные покровы и видимые слизистые, включая волосистую часть головы, ногти, кисти, стопы, полость рта, половые органы и конъюнктиву; оцените регионарные лимфоузлы. Дерматоскопию должен выполнять обученный специалист. Осмотр кожи и дерматоскопия: УУР A, УДД 1; оценка лимфоузлов: УУР C, УДД 5.
3. Для подтверждения диагноза при клиническом подозрении на БКРК выполняют морфологическую верификацию; предпочтительна инцизионная панч-биопсия на всю толщину кожи с последующим патолого-анатомическим исследованием. Поверхностный соскоб или мазок-отпечаток может давать ложноотрицательные и ложноположительные результаты. Морфологическая верификация: УУР A, УДД 2.
4. В морфологическом заключении укажите гистологический подтип и признаки высокого риска, включая глубину инвазии, выход за пределы ретикулярного слоя дермы, периневральную и ангиолимфатическую инвазию; после операции дополнительно оцените периферический и глубокий края резекции.
5. При клинических стадиях I–II лучевая диагностика без соответствующих симптомов не нужна. При стадиях III–IV выполняют УЗИ регионарных лимфоузлов, КТ с внутривенным контрастированием пораженной области и/или МРТ с контрастом, а также КТ органов грудной полости.

6. При подозрении на поражение кости предпочтительна КТ с внутривенным контрастом; при подозрении на периневральную инвазию или вовлечение мягких тканей — МРТ с внутривенным контрастированием. Для опухоли века добавляют ультразвуковую биомикроскопию глаза и ОКТ с осмотром офтальмолога.

Лечение

- Перед выбором тактики лечения всем пациентам с установленным диагнозом БКРК проводят оценку риска рецидива заболевания в соответствии с рекомендациями.
- При БКРК низкого риска выполняют стандартное удаление с отступом 4 мм от видимого края опухоли, включая подкожную клетчатку; эритематозный венчик считают частью опухоли. УУР А, УДД 2.
- Край резекции исследуют планово. Если опухоль обнаружена в крае после стандартного иссечения, выполняют реэксцизию с интраоперационным морфологическим контролем всех краев; если пациент более не является кандидатом для хирургического лечения, может применяться лучевая терапия. УУР А, УДД 2.
- При высоком риске предпочтительно удаление с интраоперационным контролем периферических и глубокого краев по методу Моса или «медленного» Моса. Если такой контроль недоступен, выполняют иссечение с максимально возможным отступом и плановым исследованием краев. УУР А, УДД 2.
- Если хирургическое лечение БКРК низкого риска не проводится, возможны кюретаж с электрокоагуляцией, криодеструкция, фотодинамическая терапия или топические средства с противоопухолевой активностью. Кюретаж с электрокоагуляцией подходит для небольших опухолей менее 4 мм с четкими границами и неагрессивной гистологией в зонах низкого риска; его не применяют при рецидиве и высоком риске. УУР В, УДД 2.
- Для БКРК низкого риска имихимод 5% наносят местно 1 раз в сутки: 7 дней в неделю 6 недель, либо 5 дней в неделю 6 недель, либо 7 дней в неделю 12 недель. Имихимод уступал стандартному хирургическому вмешательству с отступом 4 мм по эффективности. УУР А, УДД 2.
- Если операция не показана или невозможна, при БКРК низкого риска применяют лучевую терапию. В числе приведенных режимов — 50–55 Гр за 20–22 фракции или 45 Гр за 15 фракций. УУР А, УДД 2.
- При высоком риске лучевая терапия может применяться при невозможности хирургического лечения, а также послеоперационно при наличии опухолевых клеток в крае резекции, близком крае при невозможности реэксцизии, периневральной инвазии или после иссечения рецидивной опухоли. Для отдельных клинических ситуаций приведен режим 60–70 Гр за 30–35 фракций. УУР С, УДД 5 для лучевой терапии при высоком риске.
- При резектабельных метастазах в регионарных лимфоузлах выполняют регионарную лимфаденэктомию с последующей адъювантной дистанционной лучевой терапией 60–66 Гр при стандартном фракционировании 1,8–2,0 Гр за фракцию, 5 дней в неделю в течение 6–7 недель. УУР С, УДД 4.
- При нерезектабельном или метастатическом БКРК при отсутствии противопоказаний назначают висмодегиб 150 мг внутрь 1 раз в сутки ежедневно до прогрессирования или непереносимости. УУР А, УДД 2.

Когда направить и как наблюдать

- При подозрении на БКРК или его выявлении направьте пациента к онкологу; консультация в центре амбулаторной онкологической помощи или первичном онкологическом кабинете должна состояться не позднее 5 рабочих дней с момента направления.
- При подозрении на БКРК века, включая спайку век, организуйте очную или телемедицинскую консультацию в онкологическом отделении офтальмологических клиник. УУР С, УДД 5.
- Хирургическое лечение БКРК века, включая спайку век, распространяющегося в орбиту, проводят в специализированных центрах.
- Плановая госпитализация нужна для сложных интервенционных диагностических вмешательств или противоопухолевого лечения, требующего наблюдения в круглосуточном или дневном стационаре; экстренная — при осложнениях БКРК или его лечения.
- Начало специализированной онкологической помощи не должно откладываться более чем на 14 календарных дней после гистологической верификации или установления предварительного диагноза, если патолого-анатомическое исследование в амбулаторных условиях не показано.

Частые вопросы

Нужно ли выполнять КТ или МРТ при небольшом БКРК без симптомов?

При стадиях I–II без соответствующих симптомов лучевая диагностика не рекомендуется. КТ/МРТ проводят при признаках местно-деструирующего роста, вовлечения кости, мягких тканей, периневрального распространения или метастазирования.

Какой отступ использовать при удалении БКРК низкого риска?

Стандартное иссечение выполняют с отступом 4 мм от видимого края опухоли с захватом подкожной клетчатки. Эритематозный венчик также считают частью опухоли.

Когда выбирать операцию по Мосу?

При высоком риске предпочтительно удаление с интраоперационным контролем периферических и глубокого краев, включая метод Моса или «медленный» метод Моса. При отсутствии такой возможности выполняют иссечение с максимально возможным отступом и плановую оценку краев.

Какая системная терапия предусмотрена при нерезектабельном или метастатическом БКРК?

При отсутствии противопоказаний применяют висмодегиб 150 мг внутрь 1 раз в сутки ежедневно до прогрессирования или непереносимости. Решение о тактике принимают на мультидисциплинарном консилиуме.

Как наблюдать пациента после лечения БКРК века?

Нужно пожизненное наблюдение офтальмолога: каждые 3 месяца в течение первого года, затем каждые 6 месяцев следующие 3 года и далее ежегодно.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/467-bazalnokletochnyj-rak-kozhi. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/467_3