Плоскоклеточный рак кожи

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: C44, D04 · Общероссийская общественная организация "Ассоциация врачей-офтальмологов", Ассоциация онкологов России, Ассоциация специалистов по проблемам меланомы

Плоскоклеточный рак кожи — злокачественная опухоль из кератиноцитов эпидермиса или волосяных фолликулов; регионарные метастазы возникают примерно у 10–15% пациентов. Рекомендация посвящена подтверждению диагноза, стадированию, выбору лечения по риску рецидива и распространенности опухоли, а также наблюдению.

Главное

- Главный фактор риска спорадического ПКРК — кумулятивное воздействие УФ-А и УФ-В; риск также повышают иммуносупрессия, рубцы и хронические язвы, актинический кератоз, контакт с мышьяком и ионизирующим излучением.
- Перед лечением опухоль классифицируют по риску рецидива. К признакам высокого риска относятся зона Н независимо от размера, размытые границы, рецидив, иммуносупрессия, быстрый рост, неврологические симптомы, низкая дифференцировка, инвазия более 6 мм или за пределы подкожной клетчатки, а также периневральная, лимфатическая или сосудистая инвазия.
- Для стадирования используют TNM AJCC/UICC 8-го пересмотра; морфологическое подтверждение обязательно. Стадирование различается для опухолей головы и шеи, века и остальных участков кожи.
- Наиболее часто ПКРК возникает на хронически инсолируемых участках: голове, шее, тыльной поверхности кистей и предплечий. Подозрительны красная бляшка или узел с чешуйками, коркой, центральным кератином или язвенным дефектом; отличить выраженный актинический кератоз от инвазивной опухоли иногда можно только морфологически.
- При выборе лечения учитывают распространенность, локализацию, прогностические факторы, включая данные, полученные при биопсии, общее состояние пациента и ожидаемую продолжительность жизни; цель — полное удаление опухоли с сохранением функции и приемлемым косметическим результатом.
- После лечения необходимо регулярное обследование кожи и периферических лимфоузлов. При ПКРК века требуется пожизненное наблюдение офтальмолога; пациентам также следует самостоятельно осматривать кожу и лимфоузлы.

Диагностика

1. Соберите жалобы и анамнез: уточните иммуносупрессию, прежнюю лучевую терапию и лечение опухолей кожи, наследственные синдромы, солнечные ожоги, ожоги другого происхождения, контакт с мышьяком, воспалительные болезни кожи и длительно незаживающие раны или язвы. УУР А, УДД 1.
2. Осмотрите всю кожу и видимые слизистые, включая волосистую часть головы, ногти, кисти, стопы, полость рта, половые органы и конъюнктиву; оцените регионарные лимфоузлы. При наличии навыков используйте дерматоскопию. Для осмотра пациентов с подозрением на опухоль кожи предпочтителен специалист, владеющий ранней диагностикой и дерматоскопией. УУР А, УДД 1; оценка лимфоузлов — УУР С, УДД 5.
3. При подозрительном образовании решите вопрос об инвазивной диагностике. Предпочтительна инцизионная панч-биопсия на всю толщину кожи; поверхностный соскоб или мазок-отпечаток может быть ложноотрицательным или ложно положительным. УУР А, УДД 1.
4. В биопсийном материале определите гистологический подтип, степень дифференцировки, глубину и уровень инвазии, выход за пределы подкожной клетчатки, периневральную, сосудистую и лимфатическую инвазию. УУР С, УДД 5.
5. После морфологической верификации проведите стадирование TNM. Для оценки лимфоузлов используют клинический осмотр и инструментальные методы.
6. При стадиях 0–II выполняют УЗИ регионарных лимфоузлов, а лучевую диагностику без симптомов не проводят. При III–IV стадиях выполняют УЗИ лимфоузлов, КТ с внутривенным контрастом пораженной области, МРТ с внутривенным контрастом пораженной области и КТ грудной клетки; при подозрении на

поражение кости предпочтительна КТ, при периневральном распространении или вовлечении мягких тканей — МРТ. УУР С, УДД 4.

Лечение

- До выбора лечения оцените риск рецидива и метастазирования. Для низкого риска стандартное удаление выполняют с отступом 4 мм при размере опухоли менее 2 см и 6 мм при размере 2 см и более, с захватом подкожной клетчатки и плановым исследованием краев резекции. УУР С, УДД 4.
- При высоком риске предпочтительно удаление с интраоперационным морфологическим контролем периферических и глубокого краев резекции, включая метод Моса или «медленный» Моса. Если такой контроль недоступен, выполняют стандартное удаление с максимально возможным отступом: 6 мм на туловище и конечностях и 9 мм при локализации на коже с ростом волос. УУР В, УДД 2 для контроля краев; УУР С, УДД 4 для стандартного удаления.
- При высоком риске рецидива и метастазирования, размере опухоли 2 см и более и отсутствии признаков поражения регионарных лимфоузлов выполняют биопсию сторожевого лимфатического узла в специализированном учреждении. УУР В, УДД 3.
- При резектабельных метастазах в регионарных лимфоузлах выполняют регионарную лимфаденэктомию; после радикального вмешательства проводят адъювантную лучевую терапию. После лимфодиссекции при чистом крае и отсутствии экстракапсулярного распространения приведен режим 50–60 Гр за 5–6 недель, а при опухоли в крае резекции или экстракапсулярном распространении — 60–66 Гр за 6–7 недель. УУР В, УДД 3 для лимфаденэктомии; УУР С, УДД 4 для адъювантной лучевой терапии.
- При ПКРК in situ, если хирургическое лечение не проводится, возможны кюретаж с электрокоагуляцией, лучевая терапия, криодеструкция, фотодинамическая терапия или топический имихимод. Для имихимода приведены схемы: 5% крем 1 раз в сутки 7 дней в неделю в течение 6 недель либо 1 раз в сутки 5 дней в неделю в течение 16 недель. УУР А, УДД 1 для выбора деструктивного метода; УУР В, УДД 2 для имихимода.
- Для фотодинамической терапии ПКРК in situ применяют крем или гель на основе АЛК или метилового эфира АЛК: экспозиция под окклюзионной повязкой 3–4 часа, лазер 630±2 нм, 75–200 Дж/см², обычно 2–4 курса с интервалом 1–3 недели. При in situ с микроинвазией или экзофитным компонентом хлорин Е6 вводят внутривенно 1 мг/кг в 150–200 мл изотонического раствора, через 3 часа проводят облучение 662±2 нм в дозе 300–350 Дж/см²; выполняют 1 курс и оценивают ответ через 1–2 месяца.
- При нерезектабельном или метастатическом ПКРК без противопоказаний применяют анти-PD-1 терапию: ниволумаб 3 мг/кг внутривенно за 30–60 минут каждые 14 дней либо пембролизумаб 200 мг внутривенно за 30 минут каждые 21 день; лечение продолжают длительно — до подтвержденного прогрессирования или непереносимой токсичности. УУР В, УДД 3.
- Если анти-PD-1 противопоказана или не дала ответа, возможны химиотерапия или терапия анти-EGFR в сочетании с лучевой терапией либо самостоятельно. Один из приведенных химиолучевых режимов: цисплатин 75–100 мг/м² внутривенно в 1-й день каждые 21 день до окончания лучевой терапии 70 Гр за 7 недель; другой вариант — цисплатин 40 мг/м² еженедельно 6 недель на фоне 70 Гр за 7 недель. УУР С, УДД 4.

Когда направить и как наблюдать

- При подозрении на ПКРК или его выявлении пациента направляют к онкологу в центр амбулаторной онкологической помощи либо первичный онкологический кабинет; консультация должна состояться не позднее 5 рабочих дней после направления.
- При опухоли века, включая спайку век, организуйте очную или телемедицинскую консультацию в онкологическом отделении офтальмологических клиник. При распространении опухоли в орбиту хирургическое лечение проводят в специализированном центре.
- В специализированную медицинскую организацию направляют, если на месте невозможно выполнить рекомендованный объем помощи, например удаление с интраоперационным контролем всех краев резекции; допускается маршрутизация в федеральные центры.
- Экстренная или неотложная госпитализация нужна при осложнениях ПКРК или его лечения. Плановая госпитализация показана для сложных интервенционных диагностических вмешательств или противоопухолевого лечения, требующего круглосуточного или дневного стационара.
- После лечения физикальные осмотры проводят: при 0–I стадии и низком риске — каждые 6 месяцев первые 3 года, затем ежегодно до 10 лет; при I–II стадии и высоком риске — каждые 3 месяца первые 3 года, затем

каждые 6 месяцев до 5 лет и далее ежегодно до 10 лет; при III–IV стадии — каждые 3 месяца первые 3 года, затем ежегодно до 10 лет.

Частые вопросы

Нужна ли биопсия при подозрении на плоскоклеточный рак кожи?

Да. На первом этапе предпочтительна инцизионная панч-биопсия на всю толщину кожи с патолого-анатомическим исследованием. Поверхностный соскоб или мазок-отпечаток менее надежны.

Какой отступ выбрать при удалении ПКРК низкого риска?

При опухоли менее 2 см — 4 мм от видимого края, при размере 2 см и более — 6 мм, с захватом подкожной клетчатки. Для зон высокого риска может потребоваться отступ 9 мм или интраоперационный контроль краев.

Когда нужен метод Моса или другой интраоперационный контроль краев?

Он предпочтителен при ПКРК высокого риска. Если такой контроль невозможен, выполняют стандартное удаление с максимально возможным отступом и плановым исследованием краев резекции.

Как обследовать пациента после лечения ПКРК?

Нужно регулярно осматривать всю кожу и периферические лимфоузлы; объем и частота зависят от стадии и риска рецидива. При III–IV стадии инструментальное обследование проводят каждые 6 месяцев в первые 3 года или чаще по показаниям, а при ПКРК века офтальмолог наблюдает пациента пожизненно.

Какая системная терапия применяется при нерезектабельном или метастатическом ПКРК?

При отсутствии противопоказаний применяют анти-PD-1 препараты: ниволумаб 3 мг/кг каждые 14 дней или пембролизумаб 200 мг каждые 21 день внутривенно. При противопоказаниях или отсутствии ответа возможны химиотерапия либо анти-EGFR-терапия с лучевой терапией или без нее.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/476-ploskokletochnyj-rak-kozhi. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/476_3