

Приложение  
к приказу №180  
от «23»июня 2025 года  
Министра здравоохранения  
Республики Узбекистан

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН  
РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-  
ПРАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР ОНКОЛОГИИ И  
РАДИОЛОГИИ**

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ПО  
НОЗОЛОГИИ «РАК КОЖИ»**

**ТАШКЕНТ – 2025**

**«УТВЕРЖДАЮ»**  
**Директор Республиканского**  
**специализированного научно-**  
**практического медицинского центра**  
**онкологии и радиологии**  
**М.Н. Тилляшайхов**



\_\_\_\_\_ 2025 год

## **НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ПО НОЗОЛОГИИ «РАК КОЖИ»**

**ТАШКЕНТ – 2025**

## Оглавление

НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПО НОЗОЛОГИИ «РАК КОЖИ» .....	5
НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО НОЗОЛОГИИ «РАК КОЖИ».....	57
НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ПРОФИЛАКТИКИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПО НОЗОЛОГИИ «РАК КОЖИ».....	79
НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ПАЛЛИАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПО НОЗОЛОГИИ «РАК КОЖИ» .....	102

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ  
ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И  
ЛЕЧЕНИЯ ПО НОЗОЛОГИИ «РАК  
КОЖИ»**

**ТАШКЕНТ – 2025**

## 1. Вводная часть

- Краткая аннотация. Данный национальный клинический протокол по С44 – рак кожи, разработана с целью формирования единой концепции по обеспечению своевременной и качественной диагностики, лечебной тактики, паллиативной помощи направленной на достижение контроля и профилактики рака кожи в соответствии с современными научными данными, основанными на принципах доказательной медицины.

Настоящий национальный клинический протокол по нозологии рака кожи, предназначен для оказания медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях районных, областных и республиканских организаций здравоохранения Республики Узбекистан.

### - Коды МКБ:

<b>МКБ-10:</b>	
<b>Код</b>	<b>Название</b>
C44	– Другие злокачественные новообразования кожи
C44.0	– Кожи губы
C44.1	– Кожи века, включая спайку век
C44.2	– Кожи уха и наружного слухового прохода
C44.3	– Кожи других и неуточненных частей лица
C44.4	– Кожи волосистой части головы и шеи
C44.5	– Кожи туловища
C44.6	– Кожи верхней конечности, включая область плечевого пояса
C44.7	– Кожи нижней конечности, включая тазобедренную область
C44.8	– Поражения кожи, выходящие за пределы одной и более выше перечисленных локализаций
C44.9	– Злокачественные новообразования кожи неуточненной области
Скачать (ссылка с МКБ-10): <a href="https://mkb-10.com/index.php?pid=1225">https://mkb-10.com/index.php?pid=1225</a>	
<b>МКБ-11:</b>	
<b>Код</b>	<b>Название</b>
2E64	Карцинома in situ кожи
2C31	Плоскоклеточный рак кожи
2C31.0	Веррукозная плоскоклеточная карцинома кожи

2C31.1	Кератоакантома
2C81.0	Плоскоклеточный рак полового члена
2C31.Z	Плоскоклеточный рак кожи
2C32	Базальноклеточная карцинома кожи
2C32.0	Узелковый базальноклеточный рак кожи
2C32.1	Склерозирующая базальноклеточная карцинома кожи
2C32.2	Поверхностная базальноклеточная карцинома кожи
2C32.Y	Другая уточненная базальноклеточная карцинома кожи
2C32.Z	Базальноклеточный рак кожи, неуточненный
2C33	Аднексальная карцинома кожи
2C34	Кожная нейроэндокринная карцинома
2C35	Саркома кожи
2C3Y	Другие уточненные злокачественные новообразования кожи
2C3Z	Злокачественные новообразования кожи неизвестного или неуточненного типа
Скачать (ссылка с МКБ-10): <a href="https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#1630407678">https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#1630407678</a>	

**- Дата разработки и пересмотра протокола:**

2025-2028год.

**- Организация, ответственная за разработку национального клинического протокола и стандартов:** Республиканский специализированный научно практический медицинский центра онкологии и радиологии.

**ЛИЦА, КОТОРЫЕ ВНЕСЛИ СВОЙ ВКЛАД В РАЗРАБОТКУ НАЦИОНАЛЬНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОТОКОЛОВ И СТАНДАРТОВ:**

**- Члены междисциплинарной рабочей группы**

1. Тилляшайхов Мирзагалеб Нигматович – д.м.н., профессор, директор Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии (РСНПМЦОиР);
2. Юсупбеков Аброрбек Ахмеджанович – д.м.н., профессор, заместитель директора по науке РСНПМЦОиР;
3. Жураев Миржалол Дехканович – д.м.н., профессор, руководитель урологического отдела РСНПМЦОиР;

4. Ибрагимов Шавкат Нарзикулович – д.м.н., руководитель отделения радиологии РСНПМЦОиР;
5. Нишанов Данияр Анарбаевич – д.м.н., заместитель директора по лечебным работам РСНПМЦОиР;
6. Камышов Сергей Викторович – д.м.н., руководитель отделений химиотерапии РСНПМЦОиР;
7. Рахимов Нодир Махаматович – д.м.н., директор межрегионарного хосписа города Самарканда;
8. Исмаилова Муножат Хаётовна – к.м.н., заведующий кафедрой онкологии ташкентской Медицинской Академии;
9. Хасанов Акбар Ибрагимович – д.м.н., руководитель отдела опухолей головы и шеи РСНПМЦОиР;
10. Абдукаримов Хуршид Ганжиевич – д.м.н., руководитель отделения опухолей опорно-двигательной системы РСНПМЦОиР;
11. Ахмедов Одилжон Мухамеджанович – к.м.н., заведующий отдела эндовизуальной хирургии РСНПМЦОиР;

**- Список междисциплинарных авторов, дополнительная команда соавторов:**

1. Гофур-Охунов Мирза-Али Алиярович – д.м.н., профессор, Заведующий кафедрой “Онкологии с курсом УЗД” центра развития профессиональной квалификации медицинских работников Министерства здравоохранения Республики Узбекистан.
2. Абдукаримов Хуршид Ганжиевич – д.м.н., руководитель отделения опухолей опорно-двигательной системы РСНПМЦОиР.
3. Давлетов Расулбек Рахимбердиевич – ведущий сотрудник отделения опухолей опорно-двигательной системы РСНПМЦОиР;
4. Садриддинов Шукурулла Азадович – ведущий сотрудник отделения опухолей опорно-двигательной системы РСНПМЦОиР;

**- Рецензенты:**

**Из республики:**

Мухамедаминов Шухрат Каримович – д.м.н., профессор кафедры “Онкологии с курсом УЗД” центра развития профессиональной квалификации медицинских работников Министерства здравоохранения Республики Узбекистан.

### **Из зарубежа:**

**Мусаев Эльмар Расимович** – Руководитель научно-практического центра опухолей костей и мягких тканей 62-ой Московской городской онкологической больницы, профессор, член-корреспондент РАН;

- **Номер и дата выписки из протокола обсуждения проекта национальных клинических протоколов на заседании междисциплинарной рабочей группы:** заседание №5 междисциплинарной рабочей группы состоялось в 22 мая 2025 года.

- **Краткое изложение и выписка из протокола заседания ученого совета онкологических направлений, которое было проведено в порядке AGREE: №5** Ученый Совет был проведен 23 мая 2025 года.

### **Экспертное заключение и редактирование по технической оценке национального клинического протокола и стандартов:**

#### **Из республики:**

Исламов Хуршид Джамшидович – к.м.н., руководитель отдела колопроктологии Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии.

#### **Из зарубежа:**

Ким Сергей – профессор департамента внешних связей Бундангского госпиталя Сеульского Национального Университета.

### **Экспертное заключение по оценке национального клинического протокола и стандартов специалистами экспертной группы Министерства здравоохранения:**

Настоящий национальный клинический протокол и стандарт разработаны под руководством заместителя министра здравоохранения Баситхановой Э.Э, начальника управления медицинского страхования Алмардонова Ш.К., начальника отдела разработки и внедрения клинических протоколов и стандартов Нуримовой Ш.Р., а также с организационной и практической помощью главного специалиста отдела Джумаевой Г.Т. и ведущего специалиста отдела Рахимовой Н.Ф.

### **Выписка из протокола заседания координационного совета при Министерстве здравоохранения (дата, номер#).**

### **СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ:**

5-ФУ	–	5-фторурацил
АЛТ	–	аланинтрансаминаза

АПТВ	– активированного парциального (частичного) тромбопластинового времени
АСТ	– аспартаттрансминаза;
БКР	– базальноклеточный рак
БСЛУ	– биопсия сторожевого лимфатического узла
в/в	– Внутривенно
в/к	– Внутрикожно
в/м	– Внутримышечно
ВБП	– Выживаемость без прогрессирования
ВИЧ	– вирус иммунодефицита человека
ВОЗ	– Всемирная организация здравоохранения
ГР	– Грей
ДЛТ	– дистанционная лучевая терапия
ЕД	– Единицы
ЖКТ	– желудочно-кишечный тракт
ЗП	– забрюшинное пространство
ИГХ	– иммуногистохимия
КТ	– Компьютерная томография
ЛДГ	– лактатдегидрогиназа
ЛТ	– лучевая терапия
мг	– Миллиграмм
мл	– Миллилитр
МРТ	– Магнитно-резонансная томография
МСКТ	– Мультиспиральная компьютерная томография
мтс	– Метастазы
МДГ	– мультидисциплинарная группа
НО	– некроз опухоли
НПВ	– Нижняя полая вена
ОАК	– Общий анализ крови
ОАМ	– Общий анализ мочи
ОГК	– органов грудной клетки

ОБП	–	органов брюшной полости
ПЭТ-КТ	–	позитронно-эмиссионная компьютерная томография
ПКР	–	плоскоклеточный рак кожи
п/к	–	Подкожно
РКИ	–	Рандомизированные клинические исследования
РОД	–	Разовая очаговая доза
СОД	–	Суммарно-очаговая доза
СОЭ	–	Скорость оседания эритроцитов
ТАБ	–	тонкоигольная аспирационная биопсия
УД	–	Уровень доказанности
УЗДГ	–	Ультразвуковая доплерография
УЗИ	–	Ультразвуковое исследование
ХЛТ	–	химио-лучевая терапия
ХТ	–	Химиотерапия
ЭКГ	–	Электрокардиограмма
ЭФГДС	–	Эзофагофиброгастродуоденоскопия
ЭхоКГ	–	Эхокардиография
per os	–	Перорально
RW	–	реакция Вассермана
TNM	–	Tumor Nodulus Metastasis (международная классификация стадий злокачественных новообразований)

**- Пользователи национального протокола и стандарта по данной нозологии:**

- Врачи- онкологи;
- Онкохирурги опорно-двигательной системы;
- Врачи- взрослые хирурги;
- Дерматовенерологи;
- Косметологи;
- Радиотерапевты,
- Химиотерапевты;

- Врачи общей практики;
- Врачи скорой и неотложной помощи
- Организаторы здравоохранения;
- Врачи-терапевты;
- Студенты медицинских ВУЗов, магистры, ординаторы и аспиранты.

**- Категория пациентов соответствующие данному клиническому протоколу и стандарту по данной нозологии: взрослые (старше 18 лет).**

**- Шкала уровня доказательности, на основе доказательной медицины:**

**Таблица 1 – Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов диагностики (диагностических вмешательств)**

<b>УДД</b>	<b>Расшифровка</b>
<b>1</b>	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением метаанализа
<b>2</b>	Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением метаанализа
<b>3</b>	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода, или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные
<b>4</b>	Несравнительные исследования, описание клинического случая
<b>5</b>	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

**Таблица 2 – Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов профилактики, лечения и реабилитации (профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств)**

<b>УДД</b>	<b>Расшифровка</b>
<b>1</b>	Систематический обзор РКИ с применением метаанализа
<b>2</b>	Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ, с применением метаанализа

3	Недостаточные доказательства эффективности или польза не перевешивает риск или существуют недостатки (нежелательные явления, высокая стоимость), вмешательство может быть рассмотрено
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования «случай-контроль»
5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

**Таблица 3 – Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств)**

УУР	Расшифровка
<b>A</b>	<i>Сильная рекомендация:</i> все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными
<b>B</b>	<i>Условная рекомендация:</i> не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными
<b>C</b>	<i>Слабая рекомендация:</i> отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными

## 2. Основная часть

### - Введение

**Базальноклеточный и плоскоклеточный рак кожи (часто объединяемые как немеланомные опухоли кожи)** – злокачественные опухоли кожи, происходящие из эпителиальных клеток. Базально-клеточный рак кожи (синонимы – базалиома, базальноклеточная карцинома) развивается из клеток базального слоя эпителия, плоскоклеточный рак - из кератиноцитов кожи. (<https://www.niioncologii.ru/highlights/index?id=9643>).

- **Общая характеристика нозологии** (ссылка на использованный источник: [https://gco.iarc.fr/today/en/dataviz/pie?mode=population&group\\_populations=0&cancers=17](https://gco.iarc.fr/today/en/dataviz/pie?mode=population&group_populations=0&cancers=17))

По данным Международного Агентства Изучения Рака – GLOBOCAN, в 2022

году всего выявлено 1 234 533 случаев немеланомного рака кожи и 69 416 человек умерли от этого вида рака.

Не существует единого этиологического фактора для развития немеланомных опухолей кожи. Самым значимым фактором риска спорадических (ненаследственных) форм немеланомных опухолей кожи следует считать воздействие на кожу ультрафиолетового излучения типа. При этом чувствительность кожи к ультрафиолетовому воздействию различается у людей и может быть классифицирована на 6 типов, где 1 и 2 отличаются наибольшей чувствительностью (и, соответственно, вероятностью возникновения солнечного ожога), а 5 и 6 – наименьшей (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3377516/>). Также следует отметить такие факторы риска как врожденный или приобретенный иммунодефицит (например, после трансплантации органов или других заболеваний, связанных с необходимостью принимать иммуносупрессанты), пигментная ксеродерма. Описана связь между искусственным ультрафиолетом (в том числе PUVA-терапией) и повышением риска возникновения немеланомных опухолей кожи. Лица, имеющие контакт с мышьяком, также имеют повышенный риск возникновения ПКР, в частности болезни Боуэна. В многих случаях немеланомные опухоли кожи развиваются на фоне предсуществующих предопухолевых новообразований (вроде актинического кератоза или кератоакантомы), которые также часто могут быть обнаружены на соседних со злокачественной опухолью участках кожи ([https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/radiation-ultraviolet-\(uv\)-radiation-and-skin-cancer?gad\\_source=1&gclid=CjwKCAiAmMC6BhA6EiwAdN5iLYQsbiTXuhejIhlPCWP6gwLK6Z3mZP6PXwxnbu5\\_jQRmgyO-QWTQuBoChrUQAuD\\_BwE#](https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/radiation-ultraviolet-(uv)-radiation-and-skin-cancer?gad_source=1&gclid=CjwKCAiAmMC6BhA6EiwAdN5iLYQsbiTXuhejIhlPCWP6gwLK6Z3mZP6PXwxnbu5_jQRmgyO-QWTQuBoChrUQAuD_BwE#)).

Существует также ряд наследственных синдромов, в рамках которых возможно возникновение базалиом: синдром невоидных базалиом (также известен как синдром Горлина-Гольца), синдром Базекса, синдром Ромбо, синдром одностороннего базальноклеточного невуса (<https://oncology.lwwhealthlibrary.com/book.aspx?bookid=1172>).

При синдроме Горлина-Гольца обнаруживается мутация в гене PTCH, а у пациентов помимо множественных базалиом может быть выявлен характерный фенотип: широкий корень носа, дополнительные складки на ладонях, кистозные изменения челюстей, пороки развития костной системы. Синдром Базекса наследуется Х-сцепленно по доминантному принципу. Помимо развития множественных базалиом отмечается атрофодермия, гипотрихоз, гипогидроз, фолликулярная атрофия. Синдром Ромбо наследуется по аутосомнодоминантному принципу. Помимо множественных базалиом для синдрома Ромбо характерны гипертрихоз, вермикулярная атрофодермия, трихоэпителиомы и периферическая вазодилатация. При синдроме одностороннего базальноклеточного невуса у пациента отмечается врожденное новообразование кожи с комедонами и

эпидермальными кистами, при микроскопии отмечается пролиферация базального эпителия

([https://books.google.co.uz/books/about/DeVita\\_Hellman\\_and\\_Rosenberg\\_s\\_Cancer.html?id=yfBI5zx69X8C&redir\\_esc=y](https://books.google.co.uz/books/about/DeVita_Hellman_and_Rosenberg_s_Cancer.html?id=yfBI5zx69X8C&redir_esc=y)).

ПКРК считается второй по распространенности опухолью среди НМК у людей (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16306523/>). Заболеваемость сильно отличается в зависимости от широты проживания и существенно выше у людей со светлым фототипом кожи (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28220485/>). В этой связи, самая высокая заболеваемость НМК в мире наблюдается в Австралии, где у каждого второго жителя до 70 лет развивается НМК, а самая низкая – в отдельных частях Африки (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22251204/>). У пациентов с двумя и более НМК риск появления новых НМК существенно выше, а множественные НМК чаще встречаются у мужчин (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28392289/>).

По статистическим данным РСНПМЦОиР за 2023 год заболеваемость раком кожи на 100 тыс населения составляет 2,6 (среди мужчин составляет 4% (8-место), среди женщин – 3,2% (9-место)) занимая 9-место в структуре онкологической заболеваемости. В 2023 году впервые выявлены всего 954 больных раком кожи. Из них, активно во время профилактических осмотров было выявлено 47,9% случаев. Удельный вес больных с диагнозом рак кожи, подтвержденным морфологически составляет 96,1%. 22,3% случаев выявлен в I стадии заболевания, 55,0% - во II стадии, 13,8% - в III стадии и 3,4% - на IV стадии. У 5,5% больных стадия заболевания не удалось установить. В начале 2025 года с раком кожи под диспансерным наблюдением состояли 8768 больные и болезненность составлял 23,8 на 100 тысяч населения. 5-летняя выживаемость при раке кожи в республике составляет 51,5% и 1-годичная летальность – 4,6%. В Республике Узбекистан в 2023 году от рака кожи умерло 336 больных, что смертность на 100 тыс.населения составляет 0,9.

**Клиническая классификация** (<https://publications.iarc.fr/Book-And-Report-Series/Who-Classification-Of-Tumours/WHO-Classification-Of-Skin-Tumours-2018>)

**1.1. Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)**

**Международная гистологическая классификация**

Международная гистологическая классификация рака кожи и некоторых опухолей кожи из кератиноцитов (классификация Всемирной организации здравоохранения (далее - ВОЗ), 4-е издание, 2018 г.): ([https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/radiation-ultraviolet-\(uv\)-radiation-and-skin-cancer?gad\\_source=1&gclid=CjwKCAiAmMC6BhA6EiwAdN5iLXR4LazWKR7x1ePw77oXRhVy1fyFfLflSYhonjF6pNQwt54pqRQkpRoCPBwQAvD\\_BwE#](https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/radiation-ultraviolet-(uv)-radiation-and-skin-cancer?gad_source=1&gclid=CjwKCAiAmMC6BhA6EiwAdN5iLXR4LazWKR7x1ePw77oXRhVy1fyFfLflSYhonjF6pNQwt54pqRQkpRoCPBwQAvD_BwE#)).

<b>Название</b>	<b>Код МКБ-О-3</b>
<b>Рак кожи</b>	
<b>Рак базальноклеточный</b>	<b>8090/2</b>
Рак базальноклеточный узловой	8097/3
Рак базальноклеточный поверхностный	8091/3
Рак базальноклеточный микроузелковый	8097/3
Рак базальноклеточный инфильтрирующий	8092/3
Рак базальноклеточный склерозирующий, морфеаподобный	8092/3
Рак базально-плоскоклеточный, метатипический	8094/3
Рак базальноклеточный пигментный	8090/3
Рак базальноклеточный с саркоматоидной дифференцировкой	8092/3
Рак базальноклеточный с придатковой дифференцировкой	8090/3
Рак базальноклеточный фиброэпителиальный Пинкуса	8093/3
<b>Рак плоскоклеточный</b>	<b>8070/3</b>
Рак плоскоклеточный по типу кератоакантомы	8071/3
Рак плоскоклеточный акантолитический	8075/3
Рак плоскоклеточный веретенклеточный	8074/3
Рак плоскоклеточный веррукозный	8051/3
Рак плоскоклеточный железисто-плоскоклеточный	8560/3
Рак плоскоклеточный светло-клеточный	8084/3
<b>Другие редкие варианты</b>	
Рак плоскоклеточный с саркоматоидной дифференцировкой	8074/3
Рак подобный лимфоэпителиоме	8082/3
Рак плоскоклеточный псевдососудистый	8074/3
Рак плоскоклеточный с подобными остеокластам гигантскими клетками	8035/3
Рак плоскоклеточный in situ, болезнь Боуэна	8070/2
Рак Меркель-клеточный	8247/3
<b>Предшественники рака и доброкачественные симуляторы</b>	
Предраковые кератозы	8070/0
Актинический кератоз	8070/0

Кератоз мышьяковый	8070/0
ПУВА кератоз	
<b>Бородавки</b>	
Вульгарные бородавки	
Подошвенные бородавки	
Плоские бородавки	
<b>Доброкачественные акантомы/кератозы</b>	
Себорейный кератоз	8052/0
Солнечное лентиго	8052/0
Лишаеподобный кератоз	8052/0
Светлоклеточная акантома	8084/0
Крупноклеточная акантома	8072/0
Бородавчатая дискератома	8054/0
Другие доброкачественные кератозы	8052/0

**Международная классификация по системе TNM (VIII–й пересмотр, 2017 г.)**  
[\(https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5851445/\)](https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5851445/)

Для процедуры стадирования немеланомных опухолей кожи морфологическое подтверждение обязательно. Оценку состояния лимфатических узлов для установления стадии выполняют при помощи клинического осмотра и инструментальных исследований.

**Критерий T отражает распространенность первичной опухоли [\*]:**

- pTХ – недостаточно данных для оценки первичной опухоли;
- T0 – отсутствие первичной опухоли;
- Tis – Карцинома in situ;
- T1 – опухоль 2 см или менее в наибольшем измерении;
- T2 – опухоль толщиной более 2 см в наибольшем измерении;
- T3 – опухоль любого размера, врастающая в подлежащие структуры (например, в мышцу, кость, хрящ, челюсть и др.);
- T4 – опухоль любого размера, с периневральной инвазией или прямым врастанием в кости основания черепа или осевого скелета.

Примечание: в случае первично-множественных синхронных опухолей классификация выполняется по опухоли наибольшего размера, а в скобках

указывается общее количество опухолей кожи, например: T2 (5).

**Критерий N указывает на наличие или отсутствие метастазов в регионарных лимфатических узлах [6].**

Регионарными лимфатическими узлами следует считать для опухолей, расположенных преимущественно на одной стороне тела (левой или правой):

- Голова, шея: ипсилатеральные околоушные, подчелюстные, шейные и надключичные лимфатические узлы;
- Грудная стенка: ипсилатеральные подмышечные лимфатические узлы;
- Верхняя конечность: ипсилатеральные локтевые и подмышечные лимфатические узлы;
- Живот, поясница и ягодицы: ипсилатеральные паховые лимфатические узлы;
- Нижняя конечность: ипсилатеральные подколенные и паховые лимфатические узлы;
- Край ануса и кожа перианальной области: ипсилатеральная паховые лимфатические узлы.

В случае расположения опухоли в пограничных зонах лимфоузлы с обеих сторон могут считаться регионарными [6]. В таблице 4 приведены анатомические ориентиры для определения пограничных зон шириной 4 см.

**Таблица 4.** Анатомические ориентиры пограничных зон для определения регионарных лимфатических бассейнов

Области	Линия границы (шириной 4 см)
<b>Левая и правая половины</b>	Срединная линия тела
<b>Голова и шея / грудная стенка</b>	Ключица – акромион – верхний край плеча
<b>Грудная стенка / верхняя конечность</b>	Плечо – подмышечная впадина - плечо
<b>Грудная стенка / живот, поясница или ягодицы</b>	Спереди: середина расстояния между пупком и реберной дугой; Сзади: нижняя граница грудного позвонка (поперечный отросток)
<b>Живот, поясница или ягодицы /</b>	Паховая складка – большой вертел –

<b>НИЖНЯЯ КОНЕЧНОСТЬ</b>	ягодичная борозда
--------------------------	-------------------

При обнаружении метастазов в лимфатических узлах за пределами указанных регионарных зон метастазирования следует классифицировать их как отдаленные метастазы (<https://www.wiley.com/en-us/TNM+Classification+of+Malignant+Tumours%2C+8th+Edition-p-9781119263579>).

- NX – недостаточно данных для оценки регионарных лимфатических узлов.
- N0 – поражения регионарных лимфатических узлов нет.
- N1 – метастаз в 1 регионарном лимфатическом узле размерами 3 см или менее в наибольшем измерении.
- N2 – метастаз в 1 регионарном лимфатическом узле размерами более 3 см, не более 6 см в наибольшем измерении, или множественные метастазы в регионарных лимфатических узлах не более 6 см в наибольшем измерении [†].
- N3 – метастаз в 1 или более регионарных лимфатических узлах размерами более 6 см в наибольшем измерении.

**Критерий M характеризует наличие или отсутствие отдаленных метастазов** (<https://www.wiley.com/en-us/TNM+Classification+of+Malignant+Tumours%2C+8th+Edition-p-9781119263579>):

- M0 – отдаленных метастазов нет;
- M1 – наличие отдаленных метастазов.

**Критерий G характеризует степень дифференцировки опухоли** (<https://www.wiley.com/en-us/TNM+Classification+of+Malignant+Tumours%2C+8th+Edition-p-9781119263579>):

- GX – степень дифференцировки не может быть определена;
- G1 – высокодифференцированная опухоль;
- G2 – умеренно дифференцированная опухоль;
- G3 – низкодифференцированная опухоль;
- G4 – недифференцированная опухоль.

Некоторые факторы неблагоприятного прогноза суммированы в таблице 5. В классификации AJCC наличие таких факторов может повысить стадию с I до II (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19917835/>).

**Таблица 5. Факторы неблагоприятного прогноза рака кожи** (<https://www.wiley.com/en->

<b>Глубина поражения/ инвазия микроструктур</b>	Толщина опухоли более 4 мм по Бреслоу
	Уровень инвазии по Кларку 4
	Периневральная инвазия
	Ангиолимфатическая инвазия
<b>Анатомическая локализация</b>	Первичная локализация на ушной раковине
	Первичная локализация на красной кайме губы
<b>Дифференцировка</b>	Низкодифференцированная или недифференцированная опухоль

Группировка по стадиям представлена в таблице 6:

**Таблица 6.** Группировка по стадиям немеланомных опухолей кожи

(<https://www.wiley.com/en->

[es/TNM+Classification+of+Malignant+Tumours%2C+8th+Edition-p-9781119263579\)](https://www.wiley.com/en-es/TNM+Classification+of+Malignant+Tumours%2C+8th+Edition-p-9781119263579))

<b>Стадия</b>	<b>pT</b>	<b>N</b>	<b>M</b>
<b>0</b>	<b>is</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>I</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>II</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>III</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
	<b>1,2,3</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
<b>IV</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
	<b>1,2,3</b>	<b>2,3</b>	<b>0</b>
	<b>Любая</b>	<b>Любая</b>	<b>1</b>

**Стадирование рака кожи века (C44.1) по системе UICC TNM (8 пересмотр, 2018)**

Для процедуры стадирования рака кожи века гистологическое подтверждение обязательно. Оценку состояния лимфатических узлов для установления стадии выполняют при помощи клинического осмотра и инструментальных исследований.

### **Критерий Т отражает распространенность первичной опухоли:**

- Тх – недостаточно данных для оценки первичной опухоли (включая случаи спонтанной регрессии опухоли, а также ошибки при хирургическом удалении опухоли);
- Т0 – отсутствие первичной опухоли;
- Тis – Карцинома in situ;
- Т1 – опухоль 5 мм или менее в наибольшем измерении, не врастает в хрящевую пластину века или край века;
- Т2а – опухоль более 5 мм, но не более 10 мм в наибольшем измерении, или любого размера опухоль, врастающая в хрящевую пластину или край века;
- Т2b – опухоль более 10 мм, но не более 20 мм в наибольшем измерении, или любого размера опухоль, прорастающая веко на всю толщину;
- Т3а – опухоль более 20 мм в наибольшем измерении, или любого размера опухоль, врастающая в прилежащие структуры глаза или глазницы, или любого размера опухоль с периневральной инвазией;
- Т3b – опухоль, полное удаление которой требует энуклеации глаза, экзентерации орбиты или резекции кости;
- Т4 – опухоль нерезектабельна из-за массивного вовлечения структур глаза, глазницы, лицевого черепа или головного мозга.

### **Критерий N указывает на наличие или отсутствие метастазов в регионарных лимфатических узлах:**

- Nx – недостаточно данных для оценки регионарных лимфатических узлов;
- N0 – поражения регионарных лимфатических узлов нет;
- N1 – наличие метастазов в регионарных лимфоузлах.

### **Критерий M характеризует наличие или отсутствие отдаленных метастазов:**

- M0 – отдаленных метастазов нет;
- M1 – наличие отдаленных метастазов.

В таблице 7. приведена группировка рака кожи века по стадиям

**Таблица 7.** Группировка по стадиям рака кожи века

<b>Стадия</b>	<b>T</b>	<b>N</b>	<b>M</b>
<b>0</b>	Is	0	0

<b>IA</b>	1	0	0
<b>IB</b>	2a	0	0
<b>IC</b>	2b	0	0
<b>II</b>	3a	0	0
<b>IIIA</b>	3b	0	0
<b>IIIB</b>	Любое T	1	0
<b>IIIC</b>	4	Любое N	0
<b>IV</b>	Любое T	Любое N	1

### **3. Методы, подходы диагностики, подходы медицинских вмешательств и диагностические процессы.**

#### **3.1 Диагностические критерии.**

##### **Жалобы и анамнез:**

##### **Базальноклеточный рак кожи:**

Поверхностная форма начинается с появления ограниченного шелушащегося пятна розовой окраски. Затем пятно приобретает четкие контуры, по краю очага появляются плотные мелкие поблескивающие узелки, которые сливаются между собой и образуют приподнятый над уровнем кожи валикообразный край. Очаги поражения могут быть солитарными или множественными. Среди поверхностных форм выделяют саморубцующуюся или педжетоидную базалиому.

При пигментной форме базалиомы цвет очага поражения имеет диффузную, чаще неравномерную пигментацию бурой или черно-коричневой окраски с наличием полупрозрачных, «перламутровых» участков и поверхностных телеангиэктазий. Пигментная форма в виде узла или бляшки может напоминать приобретенные сложные или внутридермальные меланоцитарные невусы. Узловая меланома клинически также может напоминать базалиому, но последняя имеет более плотную консистенцию. Изъязвившаяся пигментная базалиома может легко принята клиницистом за меланому. При этом необходимо учитывать, базалиома располагается преимущественно на лице, меланома на любых участках кожного покрова. Правильной диагностике помогают морфологические методы исследования.

Опухолевая форма базалиомы характеризуется возникновением узелка, который постепенно увеличивается в размерах. Поверхность опухоли гладкая с выраженными телеангиэктазиями, иногда покрыта сероватыми чешуйками. Иногда центральная часть ее изъязвляется и покрывается плотными корками. В зависимости от величины различают мелко- и крупноузелковую формы базалиомы.

Характерным признаком язвенной формы является воронкообразное изъязвление и массивный, спаянный с подлежащими тканями инфильтрат с нечеткими границами, которые по размерам больше самой язвы.

Склеродермоподобная, или рубцово-атрофическая, форма представляет собой небольшой, четко отграниченный очаг поражения. Характерно инфильтрирующий рост и развитие соединительнотканной стромы. Растет медленно. Очаг выглядит как белесый склерозированный участок с «перламутровыми» папулами по периферии, в центре – телеангиэктазии.

Фиброэпителиальную опухоль Пинкуса относят к разновидности базалиом, хотя ее течение более благоприятное. Клинически она проявляется в виде узелка или бляшки цвета кожи, плотноэластической консистенции, практически не подвергается эрозии. Может напоминать большой кожный выступ или фиброму. Растет медленно. Локализуется преимущественно в нижней части спины или живота.

### **Плоскоклеточный рак кожи:**

Поверхностная форма — наиболее частый вариант рака кожи. Она начинается с одного или нескольких сливающихся безболезненных узелков величиной чуть больше спичечной головки. Узелок слегка возвышается над поверхностью кожи, имеет желтоватый или матово-белый цвет и плотную консистенцию. С течением времени опухоль увеличивается в размерах и приобретает вид безболезненной бляшки желтого или серовато-белого цвета с восковидным оттенком, слегка возвышающейся над кожей. Поверхность ее гладкая или шероховатая. Края выступают в виде плотного валика с неровным фестончатым контуром. В дальнейшем в центре бляшки появляется западение, покрытое чешуйкой или корочкой. Удаление корочки приводит к появлению капельки крови. С увеличением размеров опухоли западение превращается в эрозированную поверхность, покрытую коркой и окруженную плотными неровными краями в виде круто выступающего, как бы срезанного валика.

Инфильтрирующая форма имеет вид глубоко изъязвления с неровным, бугристым, покрытым корками из некротических масс дном и плотными, валикообразными краями. Опухоль быстро прорастает окружающие ткани и становится неподвижной. Такое новообразование по гистологической структуре обычно является плоскоклеточным раком. Папиллярная форма рака кожи встречается редко. Она имеет вид плотного, возвышающегося над поверхностью, легко кровоточащего узла на широком основании. Поверхность узла бугристая, покрыта корками, часто напоминает цветную капусту.

Метатипический рак обычно представляет собой язвенный опухолевый очаг, в 95% случаев размером 1-3 см в диаметре. Язвенный дефект неправильной формы с неровными обрывистыми или подрытыми краями. Дно язвы неровное, имеет ярко-

розовую поверхность с некротическими массами.

### **Физикальный осмотр:**

- При первом обращении пациента с жалобами на новообразование кожи настоятельно рекомендуется расширить зону осмотра и оценить состояние всех кожных покровов (включая волосистую часть головы и стопы) [24] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34902824/>).

Уровень убедительности рекомендаций - В (уровень достоверности доказательств - IIА)

**Комментарии:** *Первично-множественные синхронные опухоли кожи и предопухолевые заболевания кожи могут быть обнаружены у 5-10% больных. Также пациенты с немеланомными опухолями кожи имеют более высокий риск развития меланомы кожи [24].*

- Рекомендуется использование эпилюминисцентной микроскопии (дерматоскопии), оптической когерентной томографии, так как может существенно повышать точность неинвазивной диагностики и уменьшать потребность в выполнении биопсии, но может применяться только обученными этому методу специалистами [25] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26734867/>).

Уровень убедительности рекомендаций - В (уровень достоверности доказательств - IIб)

- Рекомендуется выполнять оценку состояния регионарных лимфатических узлов [24].

Уровень убедительности рекомендаций - В (уровень достоверности доказательств - IIб)

- По результатам анализа жалоб, анамнеза и данных физикального обследования на приеме рекомендуется принять решение о целесообразности инвазивной диагностики (биопсии) новообразования [26] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27160235/>).

Уровень убедительности рекомендаций - А (уровень достоверности доказательств - Iа)

### **Лабораторные исследования:**

- До морфологического подтверждения диагноза лабораторная диагностика не рекомендуется, если только интеркуррентная патология или общее состояние пациента не требует ее для безопасного проведения биопсии. При подтверждении диагноза рекомендуется выполнять: клинический и биохимический анализы крови (см. также таблицу 7) [26] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27160235/>).

Уровень убедительности рекомендаций - В (уровень достоверности доказательств - III)

### **Инструментальные исследования:**

При наличии соответствующих показаний (симптомов) диагностические мероприятия (включая лучевую диагностику) проводят в полном объеме вне зависимости от стадии заболевания. В отсутствие симптомов, принимая во внимание низкую частоту регионарного и отдаленного метастазирования БКР и несколько большую частоту регионарного метастазирования ПКР, для выявления скрытых метастазов рекомендовано выполнять диагностические тесты различного объема в зависимости от стадии заболевания (установленной по данным клинического осмотра и гистологического заключения)

При подтверждении диагноза рак кожи по данным биопсии рекомендованные диагностические мероприятия суммированы в таблице 8 [24, 26] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34902824/>).

**Таблица 8.** План обследования в зависимости от результатов биопсии новообразования кожи и клинического осмотра

Стадия заболевания	Физикальный осмотр	Инструментальная диагностика
0, I, II	Да	<ul style="list-style-type: none"><li>• УЗИ регионарных лимфатических узлов</li><li>• Лучевая диагностика не рекомендуется, если нет симптомов</li></ul>
III и IV	Да	<ul style="list-style-type: none"><li>• УЗИ регионарных лимфоузлов</li><li>• Лучевая диагностика в полном объеме</li></ul>

• До морфологического подтверждения диагноза инструментальная диагностика не рекомендуется, если только интеркуррентная патология или общее состояние пациента не требует ее для безопасного проведения биопсии [24, 26].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств - IV)

**Комментарий:** План лечения и обследований не следует составлять до получения данных биопсии.

о Оптимальным объемом лучевой диагностики для оценки состояния органов грудной, брюшной полости и малого таза рекомендуется считать компьютерную томографию органов грудной, брюшной полости и малого таза. Внутривенное контрастирование следует проводить во всех случаях, если не выявлены противопоказания к введению йодосодержащих контрастирующих препаратов. В

этом случае КТ с внутривенным контрастированием допускается заменить на МРТ с внутривенным контрастированием. Для исключения или оценки динамики метастатического поражения легких внутривенное контрастирование не требуется. Альтернативной может быть ПЭТ-КТ с ФДГ в режиме «все тело» [27] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30959471/>).

Уровень убедительности рекомендаций - В (уровень достоверности доказательств - IIa)

- Если оптимальный вариант лучевой диагностики не может быть проведен в течение 2 недель после установки диагноза, то КТ органов грудной полости рекомендуется заменить на рентгенографию органов грудной полости, а КТ органов брюшной полости и малого таза с в/в контрастом УЗИ органов брюшной полости и малого таза.

Уровень убедительности рекомендаций - С (уровень достоверности доказательств - IV)

- Рекомендуется использовать МРТ (предпочтительнее, чем КТ) при массивных первичных опухолях, вовлечении костей или признаков перинеуральной инвазии опухоли для оценки распространенности процесса [24].

Уровень убедительности рекомендаций - В (уровень достоверности доказательств - IIa)

- Рекомендуется выполнить биопсию под контролем УЗИ/КТ при подозрении на метастазы по данным КТ или МРТ в случаях, когда их подтверждение принципиально меняет тактику лечения.

Уровень убедительности рекомендаций - С (уровень достоверности доказательств - IV)

### **Биопсия**

- Для подтверждения диагноза, а также составления дальнейшего плана обследований и лечения, возможно на первом этапе использование эксцизионной биопсии подозрительного новообразования кожи с отступом не более 5 мм (приемлемый отступ от 1-3 мм (0,1 - 0,3 см)). Всегда следует отдавать предпочтение биопсии на всю толщину кожи (будь то эллиптическая эксцизия или инцизионная панч-биопсия) в сравнении с плоскостной (бритвенной) резекцией в том числе экзофитных образований [24, 26] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34902824/>).

Уровень убедительности рекомендаций - В (уровень достоверности доказательств - IIa)

- Рекомендуется проводить гистологическое исследование хирургически удаленного опухолевого препарата, при этом в морфологическом заключении рекомендуется отразить следующие параметры [24, 26]:

1. Определение гистологического типа рака кожи в соответствии с международной классификацией опухолей кожи ВОЗ 2018 г.;
2. Степень дифференцировки;
3. Определение максимальной толщины опухоли в мм по Бреслоу;
4. Определение уровня инвазии по Кларку;
5. Радиальные и вертикальные размеры опухолевого узла;
6. Оценка периферического и глубокого краев резекции на наличие опухолевых клеток;
7. Периневральная инвазия;
8. Десмоплазия;
9. Ангиолимфатическая инвазия.

Уровень убедительности рекомендаций - А (уровень достоверности доказательств – Ia)

**Перечень обязательных диагностических мероприятий в подготовке к процедуре или вмешательству:**

1. ОАК с лейкоформулой, подсчетом количества тромбоцитов;
2. Биохимический анализ крови (натрий, калий, кальций, глюкоза, мочеви́на, креатинин, мочева́я кислота, общий белок, альбумин, общий билирубин, прямой, билирубин, ЛДГ, АСТ, АЛТ, СРБ, щелочная фосфатаза);
3. Определение группы крови по системам АВО;
4. Определение резус-фактора;
5. Общий анализ мочи;
6. Коагулограмма (АЧТВ, ПВ, МНО, ПТИ, фибриноген);
7. Определение маркеров вирусного гепатита В и С методом ИФА или ИХЛ
8. ПЦР на вирусные гепатиты В и С (качественно)
9. ВИЧ-инфекции (HIVAg/anti-HIV) методом ИФА
10. Комплекс серологических реакций на сифилис;
11. Ультразвуковая диагностика комплексная (печень, желчный пузырь, поджелудочная железа, селезенка, почек, забрюшинного пространства и периферических л/узлов);
12. МСКТ и/или МРТ области опухоли или метастаза при необходимости;
13. Рентгенография органов грудной клетки.

14. Реакция микропреципитации
15. Биопсия из опухоли кожи.
16. КТ костей в случае подозрения распространения опухоли в кость
17. ТАБ под контролем УЗИ при подозрении на метастазы в регионарные л/у
18. Цитологическое исследование биоптата (образования, лимфоузла) \*;
19. Гистологическое исследование биоптата (образования, лимфоузла) \*;
20. ЭКГ;
21. ЭхоКГ;

**Перечень дополнительных диагностических мероприятий в подготовке к процедуре или вмешательству:**

1. Вирус Эбштейна-Барр, герпес 1-2 типа, цитомегаловирус, токсоплазмоз методом ПЦР;
2. ПЦР на вирусные гепатиты В, С (количественно);
3. ПЦР на COVID-19;
4. Определение КЩС и газов крови;
5. Прямая и непрямая пробы Кумбса;
6. Стандартное цитогенетическое исследование;
7. Исследование методом FISH и молекулярно-генетическое исследование;
8. Определение ферритина, фолаты, сывороточное железо, Витамин В12;
9. ProBNP;
10. Прокальцитонин;
11. Антитромбин III, Д-димер;
12. Для женщин фертильного возраста- тест на беременность, определение ХГЧ;
13. ИФТ периферической крови;
14. Иммуногистохимическое исследование биоптата (образования, лимфоузла) \*;
15. Молекулярно-генетическое исследование микросателлитной нестабильности для определения возможности иммунотерапии
16. Рентгенография придаточных пазух носа;
17. Радионуклидное сканирование костей скелета;
18. МСКТ головы и шеи, грудной клетки, брюшной полости, забрюшинного пространства и малого таза;

- 19.МРТ головного мозга.
- 20.Фиброэзофагогастродуоденоскопия;
- 21.Бронхоскопия;
- 22.Колоноскопия;
- 23.УЗДГ сосудов нижней конечности (вен и/или артерий);
- 24.Спирография;
- 25.Холтеровское – мониторирование ЭКГ;
- 26.ПЭТ/КТ всего тела\*\*;

\* В случае если не было проведено ранее;

\*\* В дебюте заболевания и при рестадировании возможно проведение;

### **Показания для консультации специалистов:**

- **консультация кардиолога** (пациентам 50 лет и старше, так же пациенты моложе 50 лет при наличии сопутствующей патологии ССС);
- **консультация гинеколога** (при наличии симптомов объемного образования органов малого таза, для исключения семейных форм рака, сочетанных ЗНО);
- **консультация врача акушера-гинеколога/репродуктолога** до начала лечения по поводу рака кожи для обсуждения возможных вариантов вспомогательных репродуктивных технологий при желании пациента в будущем иметь детей, а также с целью предотвращения нежелательной беременности пациентов детородного возраста о необходимости использовать надежные средства контрацепции в период противоопухолевой лекарственной терапии и в ближайшее время и после нее [5];
- **консультация невропатолога** (при сосудистых мозговых нарушениях, в том числе инсультах, травмах головного мозга, эпилепсии, миастении, нейроинфекционных заболеваниях, а также во всех случаях потери сознания);
- **консультация эндокринолога** (при наличии сопутствующей патологии эндокринных органов);
- **консультация сосудистого хирурга** (при наличии варикозной болезни, врожденных/приобретенных патологий сосудов);
- **консультация пульмонолога** (при наличии остаточной патологий со стороны паренхимы легких, после перенесенного воспалительного процесса бактериального/вирусного/неясного генеза).
- **консультация других специалистов по поводу наличия сопутствующих патологий:** гинеколога (острые и хронические заболевания женских половых

органов), фтизиатра (туберкулез в анамнезе), инфекционист (хронический гепатиты) и др.

- **консультация нефролога** (при наличии сопутствующей патологии со стороны почек, гиперазотемия).
- **консультация фтизиатра** – при подозрении на туберкулез легкого и наличии периферических образований.

### 3.2 Диагностический алгоритм (схема):



### 3.3 Дифференциальный диагноз.

(<https://oncology-association.ru/wp-content/uploads/2020/09/rak-kozhi-bazalnokletochnyj-i-ploskokletochnyj.pdf>)

**Дифференциальная диагностика рак кожи:**

Диагноз	Обоснование для дифференциальной диагностики	Обследования	Критерии исключения диагноза
---------	--	--------------	------------------------------

Болезнь Боуэна	Может быть крупной бляшкой как иповерхностная форма базалиомы	Локальный осмотр Цитологическое и гистологическое исследование	Бляшка плоская с неровными очертаниями и без узелков в краевой зоне. Чаще локализуется на туловище, верхних конечностях и в промежности. Диагноз устанавливается после гистологического исследования
Кератоакантома	купол с небольшой лункой в центре. Края улунки четкие, в центре имеется кратерообразное углубление «псевдоязва», в центре заполненное плотными или рыхлыми массами серо-коричневого цвета, не кровоточит Отенок узелка обычно красноватый, серый или синеватый, иногда новообразование имеет цвет кожи.	Локальный осмотр Цитологическое и гистологическое исследование	Гистологически отличить от рака бывает сложно Быстрый рост Наличие фазы стабилизации Роговые массы безболезненны, не кровоточит

Склеродермия	Ограниченная формасхожа со склеродермоподобной базалиомой	Локальный осмотр	Плотные бляшки более крупные восковидной или розовато-лиловой окраски с правильными очертаниями изоной застойной эритемы по периферии.
Красная волчанка	При наличии единственного очага поражения внешне напоминает поверхностную форму базалиомы	Локальный осмотр	Редко продолжительное время имеет только один очаг, имеется периферическая зона эритемы и фолликулярный гиперкератоз
Сложные, внутридермальные невусы	Если базалиома пигментная размером до 1 см.	Локальный осмотр дерматоскопия	Появляются в пубертантном периоде или юности
Узловая меланома	Изъязвившаяся пигментная форма базалиомы легко принимается за меланому		Располагаются на любых участках кожного покрова. Диагноз устанавливается после гистологического исследования
Доброкачественная лимфоплазия кожи	Как и нодулярная базалиома округлой формы, располагается на лице.		Имеет тестоватую консистенцию и синюшно-розовую окраску с буроватым оттенком.
Дерматофиброма	Как нодулярная базалиома может иметь большие размеры более 3 см, гладкую бугристую поверхность, с	Локальный осмотр Цитологическое и гистологическое исследование	Необходимо гистологическое исследование

	течением времени изъязвляться медленно расти		
Плоскоклеточный рак	С язвенной формой базалиомы, которая имеет инвазивно-деструктивный рост в подлежащие ткани и кости		Величина язвы соответствует границам опухоли, отделяемое со зловонным запахом, могут возникать метастазы.

#### 4. Тактика лечения на амбулаторном уровне:

##### 4.1 Немедикаментозное лечение (режим, диета и пр. лучевое);

Режим общий, стол 15

##### 4.2. Медикаментозное лечение:

###### 1) Хирургическое вмешательство на амбулаторном уровне

- хирургическое лечение – иссечение опухоли кожи под местной анестезией с гистологическим исследованием;
- криотерапия;
- лучевая терапия по радикальной программе (разовая суммарная доза подбирается с учетом локализации, размера опухоли, глубины поражения и цитологической или морфологической верификации опухоли). Близкофокусная рентгенотерапия. Дистанционная лучевая терапия на линейных ускорителях.

###### 2) Дальнейшее ведение

После хирургического лечения: ежедневно перевязки антибиотикотерапия.

#### 5. Показания для госпитализации с учетом видов оказания медицинской помощи.

##### 5.1. Показания для плановой госпитализации:

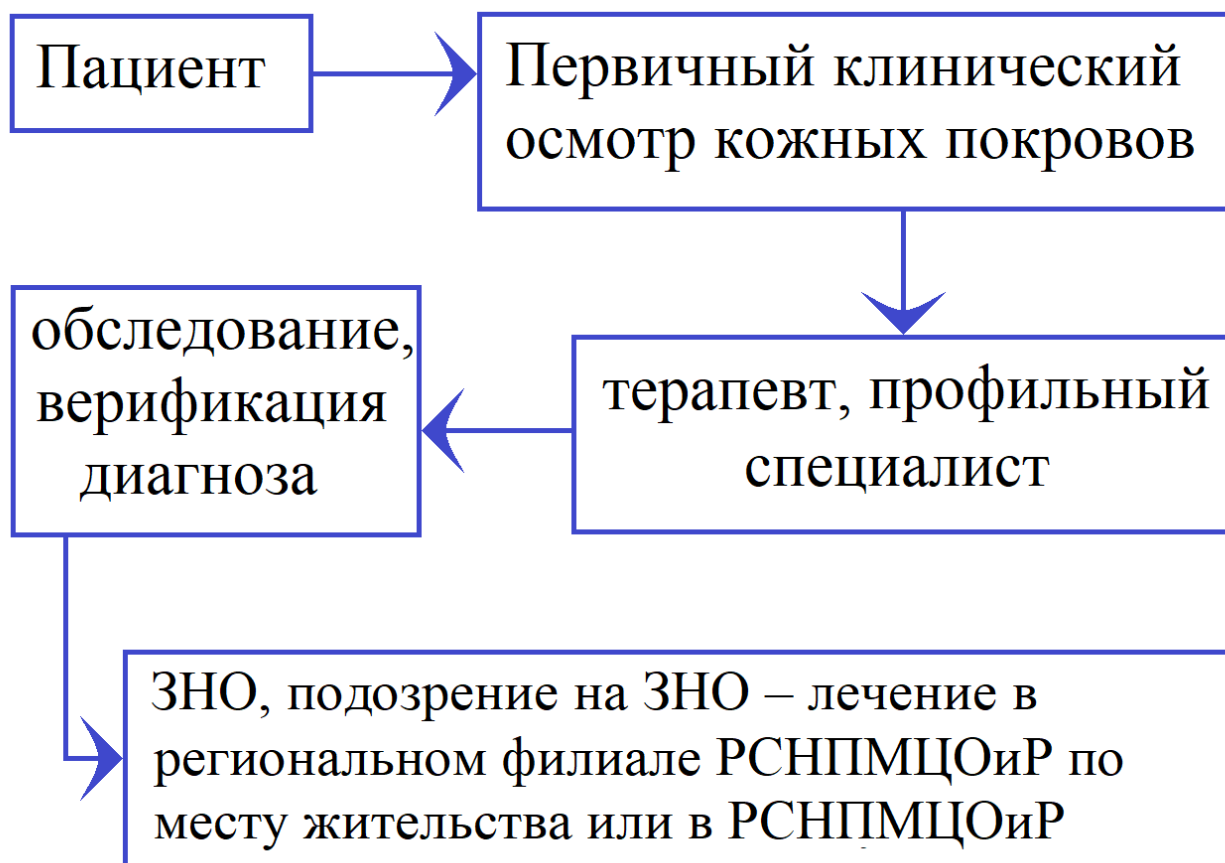
Наличие на поверхности кожи единичного или множественных болезненных или безболезненных опухолевидных образований, шероховатых бляшек или кратерообразных язвенных дефектов, кровоточивость при контакте, увеличение периферических лимфоузлов, локальные боли

##### 5.2. Показания для экстренной госпитализации:

- показаний для экстренной госпитализации для данного заболевания нет

## 6. Тактика лечения на стационарном уровне.

### 6.1. Карта наблюдения пациента, маршрутизация пациента (схемы, алгоритмы)



### 6.2 Немедикаментозное лечение

Режим больного при проведении консервативного лечения – общий. В раннем послеоперационном периоде – постельный или полупостельный (в зависимости от объема операции и сопутствующей патологии). В послеоперационном периоде – палатный.

Диета стол - №15 (либо другой стол в зависимости от сопутствующего заболевания), после хирургического лечения – №15. (либо другой стол в зависимости от сопутствующего заболевания)

### 6.3 Медикаментозное лечение:

Медикаментозное лечение (химиотерапия) применяется в генерализованных формах. Основным методом лечения является хирургическое лечение. В протоколе тактика лечения приведена в виде лечения по стадиям и схемы медикаментозного

лечения (химиотерапии) приведены в пункте лечение генерализированных форм рака кожи.

#### **6.4 Хирургическое вмешательство**

- При экономном иссечении опухоль иссекают эллипсовидным разрезом, отстоящим на 0,5- 2,0см от краев образования под наркозом.
- При локализации рака кожи на пальцах кисти и стопы с прорастанием в соединительную и костную ткань выполняется ампутация, экзартикуляция пальцев.
- При расположении опухоли на коже ушной раковины в верхней или центральной части ампутация ушной раковины.
- При локализации опухоли на коже волосистой части головы с прорастанием в кость черепа выполняется широкое иссечение опухоли кожи с резекцией участка кости черепа, пластика дефекта комбинированными лоскутами

Лимфодиссекция выполняется при наличии метастазов в лимфатических узлах и производится одновременно с удалением первичного опухолевого очага или при выявлении. Профилактическая лимфодиссекция не выполняется.

#### **Стандартные хирургические вмешательства на регионарном лимфатическом аппарате при раке кожи**

Стандартными хирургическими вмешательствами на лимфатическом аппарате являются: подключично-подмышечно-подлопаточная, подвздошно-пахово-бедренная, классическая радикальная шейная (операция Крайла), модифицированная радикальная шейная лимфодиссекция III типа (футлярно-фасциальная шейная). Пахово-бедренная лимфодиссекция. Операция Дюкена.

#### **Лечение по стадиям**

##### **Базальноклеточный рак:**

##### **I и II стадии (T1-2N0M0):**

- хирургическое удаление опухоли, при необходимости с одномоментным устранением послеоперационного дефекта одним из видов кожной пластики;

В случае выявления при плановом гистологическом исследовании положительные края резекции показана адьювантная ЛТ или реиссечение.

- Или лучевая терапия по радикальной программе (разовая суммарная доза подбирается с учетом локализации, размера опухоли, глубины поражения и цитологической или морфологической верификации опухоли).

Близкофокусная рентгенотерапия. Дистанционная лучевая терапия на линейных ускорителях.

- Или криотерапия
- Или фотодинамическая терапия

### **III стадия (T3N0M0):**

- широкое иссечение опухоли кожи с одномоментной пластикой послеоперационного дефекта
- при локализации опухоли на конечности, когда имеет место обширное поражение мягких тканей, кости или сосудисто-нервного пучка на большом протяжении, – ампутация конечности;
- При локализации опухоли на коже волосистой части головы с прорастанием в кость черепа выполняется широкое иссечение опухоли кожи с резекцией участка кости черепа, пластика дефекта комбинированными лоскутами

В случае выявления при плановом гистологическом исследовании положительные края резекции показана адьювантная ЛТ.

- при условно радикальном характере оперативного вмешательства проводится послеоперационная лучевая терапия на ложе удаленной опухоли до СОД 50–70 Гр
- или самостоятельная лучевая терапия по радикальной программе (разовая суммарная доза подбирается с учетом локализации, размера опухоли, глубины поражения и цитологической или морфологической верификации опухоли). Близкофокусная рентгенотерапия. Дистанционная лучевая терапия на линейных ускорителях.
- Или фотодинамическая терапия
- или электрохимиотерапия

### **IV стадия (любая T любая N M1):**

лечение паллиативное или симптоматическое по индивидуальным программам после обсуждения на МДГ (могут использоваться хирургические методы, лучевая терапия, системная химиотерапия, электрохимиотерапия).

### **Лечение плоскоклеточного рака, метатипического рака, рака придатков кожи**

Выбор тактики лечения пациентов с плоскоклеточным раком следует осуществлять индивидуально, принимая во внимание распространенность опухолевого процесса, его локализацию, прогностические факторы (включая данные, полученные при биопсии), общее состояние пациента (тяжесть

сопутствующей патологии) и ожидаемую продолжительность жизни. Основной целью лечения пациентов с ПКРК кожи следует считать полное удаление опухоли, при этом следует добиваться максимального сохранения функции вовлеченного органа и наилучших косметических результатов. Хирургические подходы часто оказываются наиболее эффективными и действенными способами для достижения излечения, но соображения о сохранении функции, косметических результатах, предпочтениях пациента и его общем состоянии могут привести к выбору лучевой терапии в качестве основного лечения для достижения оптимального общего результата. У некоторых пациентов с высоким риском развития множественных первичных опухолей (например, при иммуносупрессии или альбинизме) может потребоваться тщательное наблюдение и назначение профилактических мер.

Рекомендации по применению данных методов, в том числе режимы дозирования указанных лекарственных препаратов, лечения представлены ниже.

### **3.1 Лечение локальных стадий заболевания (I-II)**

- **Рекомендуется** всем пациентам с установленным диагнозом ПКРК перед выбором тактики лечения провести оценку риска рецидива заболевания и метастазирования в соответствии с настоящими рекомендациями (см. раздел 1.5.3) [28] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34902824/>)

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 2)

#### **3.1.1 Лечение плоскоклеточного рака низкого риска**

- **Рекомендуется** всем пациентам с установленным диагнозом ПКРК низкого риска (см. раздел 1.5.3) проводить стандартное удаление с отступом 4 мм от видимого края опухоли (с захватом подкожной клетчатки) (при линейных размерах опухоли менее 2 см) или с отступом 6 мм от видимого края опухоли (с захватом подкожной клетчатки) (при линейных размерах опухоли 2 см и более) и плановой оценкой края резекции в ходе прижизненного патолого-анатомического исследования операционного материала (способ закрытия дефекта – на усмотрение врача-хирурга) [29] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24401812/>).

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 4)

- **Рекомендуется** использовать хирургический отступ не менее 6 мм от видимого края опухоли при ее размере 2 см и более (кроме зон высокого риска, в которых может потребоваться больший отступ – 9 мм). При этом зона эритемы или венчик покраснения, который иногда сопровождает опухоль, рекомендуется расценивать как элемент опухолевого узла [28, 29]. См. также Таблица 9.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)

**Комментарий:** При выполнении стандартной хирургической эксцизии рекомендуется маркировать на удаленной опухоли и на теле пациента ориентиры (12 часов), что может быть необходимым при планировании ре-резекции, в случае обнаружения опухоли в крае резекции при плановом гистологическом исследовании.

Таблица 9. Хирургическая тактика при плоскоклеточном раке кожи в зависимости от риска рецидива и размера первичной опухоли [29].

Риск рецидива (см. раздел 1.5.3)	Максимальный размер опухоли, см	Хирургическая тактика
Низкий	< 1 см	Отступ от видимого края 4 мм
	1,01 – 1,9 см	Отступ от видимого края 4 мм
	≥2,0 см	Отступ от видимого края 6 мм
Высокий	< 1 см	Отступ от видимого края 4 мм <i>ИЛИ</i> Удаление опухоли с интраоперационным контролем всех краев резекции (например, метод Моса)
	1,01 – 1,9 см	Отступ от видимого края 6 мм <i>ИЛИ</i> Удаление опухоли с интраоперационным морфологическим контролем всех краев (периферических и глубокого) резекции (например, метод Моса)
	≥2,0 см	Отступ от видимого края 9 мм <i>ИЛИ</i> Удаление опухоли с интраоперационным морфологическим контролем всех краев (периферических и глубокого) резекции (например, метод Моса) Рассмотреть возможность выполнения биопсии сторожевого лимфатического узла

- Рекомендуется пациентов после стандартного хирургического вмешательства с отступом не менее 6 мм от видимого края опухоли при обнаружении опухоли в крае резекции в ходе планового прижизненного патолого-анатомического исследования операционного материала выполнить ре-резекцию с интраоперационным морфологическим контролем всех краев (периферических и глубокого) резекции или стандартную ре-резекцию, или провести послеоперационную лучевую терапию, или комбинированное лечение (лучевую терапию и системную противоопухолевую терапию), если пациент более не является кандидатом для хирургического лечения [30] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23352886/>).

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 3)

• **Рекомендуется** всем пациентам с установленным диагнозом ПКРК *in situ* (болезнь Боуэна), которым по какой-либо причине (плохое общее состояние, отказ пациента в связи с неудовлетворенностью ожидаемыми косметическими результатами и т.д.) не планируется проводить хирургическое лечение, проводить какой-либо из деструктивных методов лечения ПКРК:

- кюретаж и электрокоагуляция
- лучевая терапия,
- криодеструкция,
- фотодинамическая терапия
- или топические средства с противоопухолевой активностью [31]

(<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23794286/>)

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1)

• **Рекомендуется** пациентам с установленным диагнозом ПКРК низкого риска (см. раздел 1.5.3), не подходящих для хирургического лечения проводить кюретаж и электрокоагуляцию (за исключением участков, несущих волосы, такие как кожа головы, лобковые и подмышечные области, а также борода у мужчин); если в ходе кюретажа достигнут жировой слой, обычно следует проводить хирургическое удаление [32] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24191270/>).

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 3)

**Комментарий:** *Кюретаж и электрокоагуляция могут быть использованы врачом-онкологом для небольших (<2 см), четко очерченных очагов ПКРК с неагрессивной гистологией в зонах низкого риска. Кюретаж и электрокоагуляция не показаны при рецидивирующем ПКРК или ПКРК высокого риска. Кюретаж следует выполнять острой кюреткой до достижения здоровых тканей, полученный материал направлять на прижизненное патолого-анатомическое исследование, а только после этого проводить электрокоагуляцию ложа удаленной опухоли*

• **Рекомендуется** пациентам с установленным диагнозом ПКРК низкого риска (см. раздел 1.5.3), не подходящих для хирургического лечения (в том числе, когда хирургическое вмешательство может привести к неприемлемым для пациента функциональным или косметическим нарушениям), проводить лучевую терапию на область первичной опухоли. [33] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31447088/>).

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

**Комментарий:** выбор вида лучевой терапии (близкофокусная рентгенотерапия, гамма- и электронная терапия, брахитерапия) и режим фракционирования дозы проводится в зависимости от размеров и локализации опухоли, состояния пациента, его предпочтений и возможностей лечебного учреждения, Брахитерапия не считается стандартным подходом в лечении плоскоклеточного рака кожи и может рассматриваться только у строго отобранной группы пациентов (например, рак кожи век, включая спайку век). Возможные дозы и режимы дистанционной лучевой терапии и брахитерапии приведены в Таблица 10

**Таблица 10.** Режимы и дозы дистанционной лучевой терапии в самостоятельном варианте при плоскоклеточном раке кожи низкого риска

Размеры опухоли	Примеры фракционирования и длительности лечения	ссылки
< 2 см	60 Гр за 6 – 7 недель	[153]
	50 – 55 Гр за 3 – 4 недели	[154]
	35 Гр за 10 фракций	[154]
	30,6 Гр за 3 фракции в течение 14 дней	[155]
	54 Гр за 18 фракций	[156]

• **Рекомендуется** пациентам с установленным диагнозом ПКРК in situ (болезнь Боуэна), не подходящих для хирургического лечения, проводить криодеструкцию первичной опухоли [34] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26073523/>)

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)

**Комментарий:** недостатки включают образование рубцов, трудности в оценке рецидива и отсутствие гистологического исследования операционного материала и доказательства радикальности вмешательства. Перед проведением требуется выполнить биопсию для верификации диагноза. Криодеструкция не подходит для местного рецидива заболевания или опухолей высокого риска. При проведении криохирургии следует использовать криозонды подходящего размера, которые бы наибольшим образом подходили по форме опухоли. Кожу следует тщательно фиксировать к подлежащей кости или хрящу. Интенсивность заморзания может быть проконтролирована при помощи импендансометра (500 – 1000 кОм, что соответствует времени замораживания 30-60 сек в зависимости от размера опухоли). Обычно проводят 1-2 цикла замораживания и оттаивания.

• **Рекомендуется** пациентам с установленным диагнозом ПКРК in situ (болезнь Боуэна), не подходящих для хирургического лечения, проводить фотодинамическую терапию [34, 35] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2710943/>).

Фотодинамическая терапия особенно эффективна при плоскоклеточном раке кожи *in situ* и предопухолевых заболеваниях (например, при актиническом кератозе).

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)

**Комментарий:** При инвазивных формах ПКРК следует отдавать предпочтение хирургическому лечению. ФДТ не рекомендуется при ПКРК высокого риска.

Для проведения ФДТ при ПКРК кожи *in situ* (Болезнь Боуэна) применяется метиламинолевулинат (L01XD Сенсibiliзирующие препараты, используемые для фотодинамической/лучевой терапии) в готовой лекарственной форме в виде крема для наружного применения (приготовление *extempore* недопустимо). Курс ФДТ состоит из введения препарата и сеанса ФДТ. Перед аппликационным применением препарата, при необходимости, проводят кюретаж новообразований кожи кюреткой или лезвием скальпеля, без анестезии. После полного гемостаза препарат наносят на поверхность опухоли с захватом здоровой кожи на 0,5-1,0 по всему периметру, далее накладывают окклюзионную водо- и светонепроницаемую повязку. Время экспозиции — 3-4 ч. По окончании экспозиции окклюзионную повязку снимают, остатки препарата удаляют сухой марлевой салфеткой. Для проведения фотодинамической терапии используют источник лазерного излучения с длиной волны  $630\pm 2$  нм. Доза лазерного облучения составляет 300-350 Дж/см<sup>2</sup>. По показаниям, перед проведением сеанса фотодинамической терапии, для уточнения необходимого диаметра светового пятна, проводят флуоресцентную диагностику с источником света 400-405 нм. Лечение проводят в объёме 2 курсов ФДТ с интервалом в 1 мес. Оценка эффекта через 2 мес после второго курса. При частичной регрессии, подтвержденной гистологически, проведение ФДТ с препаратами на основе хлорина еб. Для проведения ФДТ при инвазивном или экзофитном плоскоклеточном раке кожи применяют препараты на основе хлорина еб. Препарат вводят внутривенно в дозе 1 мг/ кг массы тела пациента, растворенного в 150 - 200 мл изотонического раствора натрия хлорида. Внутривенную инфузию проводят в затемнённом помещении, флакон с готовым раствором экранируют светонепроницаемым материалом. Через 3ч после введения препарата проводят флуоресцентную диагностику с источником света 400-405 нм, уточняют границы опухоли по поверхности кожи, флуоресценцию оценивают визуально с использованием очков с фильтром. Для проведения фотодинамической терапии используют источник лазерного излучения с длиной волны  $662\pm 2$  нм. Доза лазерного облучения составляет 300-350 Дж/см<sup>2</sup>. Лечение проводят в объёме 1 курса ФДТ с оценкой ответа на лечение через 1,5-2 мес. Срок соблюдения светового режима составляет 4 сут после введения хлорина еб. При частичной регрессии опухоли

возможно проведение повторного курса ФДТ с препаратом на основе хлорина еб. [36] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15752124/>).

• **Рекомендуется** пациентам с установленным диагнозом ПКРК in situ (см. раздел 1.5.3), не подходящих для хирургического лечения, проводить топическое лечение #имихимодом [37, 140] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20026854/>). Режимы применения приведены в Таблица 11.

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)

**Таблица 11.** Режимы применения #имихимода при плоскоклеточном раке кожи in situ (Болезнь Боуэна)

#Имихимод 5% крем, 1р/сут, 7дней/нед * 6 нед, местно	[38]
#Имихимод 5% крем, 1 р/сут, 5 дней/нед * 16 нед, местно	[39]

### 3.1.2 Лечение плоскоклеточного рака высокого риска

• **Рекомендуется** всем пациентам с установленным диагнозом ПКРК высокого риска (см. раздел 1.5.3) проводить удаление опухоли с интраоперационным морфологическим контролем всех краев (периферических и глубокого) резекции в ходе прижизненного патолого-анатомического исследования операционного материала (способ закрытия дефекта – на усмотрение хирурга, однако закрытие дефектов перемещенными лоскутами лучше всего выполнять после того, как морфологически будет подтверждено отсутствие опухоли в крае резекции) [32] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24191270/>).

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)

**Комментарий:** данный вид операций требует подготовленной команды хирургов-онкологов, пластических хирургов, морфологов и может выполняться в отдельных центрах. Интраоперационное гистологическое исследование должно проводиться в соответствии со следующими способами вырезки, маркировки и приготовления препаратов для оценки: метод Моса (Mohs) и «медленный» метод Моса (slow Mohs, 3D Histology Evaluation of Dermatologic Surgery, margin strip method, «Tübingen torte», "Munich" method). Во всех случаях, когда отсутствует возможность интраоперационной гистологической оценки по методу Моса или «медленного» метода Моса должен выполняться рекомендованный достаточный отступ не менее 4 мм от видимых границ.

**Таблица 12.** Методы хирургического лечения с интраоперационным морфологическим контролем всех краев (периферических и глубокого) резекции

	<i>Метод Моса</i>	<i>«Медленный» метод Моса (slow Mohs, 3D Histology Evaluation of Dermatologic Surgery, margin strip method, «Tübingen torte», "Munich" method)</i>
<i>Угол иссечения по отношению скальпеля и ткани</i>	<i>45°</i>	<i>90°</i>
<i>Приготовление срезов</i>	<i>Свежезамороженные криостатные срезы</i>	<i>парафиновые блоки</i>
<i>Время получения ответа</i>	<i>20-60 минут</i>	<i>24 часа (на ускоренном гистопроцессоре)</i>

*Стандартный способ гистологического исследования по методике «хлебного ломтя» не должен использоваться для оценки краев резекции и полноты удаления опухоли, поскольку при данном способе оценке подлежит менее 1% поверхности удаленной ткани.*

• **Рекомендуется** всем пациентам с установленным диагнозом ПКРК высокого риска (см. раздел 1.5.3) в случае невозможности проводить удаление опухоли с интраоперационным контролем всех (периферических и глубокого) краев резекции выполнить стандартное удаление с максимально возможным отступом (6 мм на туловище и конечностях и 9 мм в случае расположения опухоли на коже с ростом волос) в данной клинической ситуации от видимого края опухоли (с захватом подкожной клетчатки) и плановой оценкой края резекции в ходе прижизненного патолого-анатомического исследования операционного материала (способ закрытия дефекта – на усмотрение хирурга) [30] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23352886/>).

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)

**Комментарий:** При выполнении стандартной хирургической эксцизии рекомендуется маркировать на удаленном образце и на теле пациента ориентиры (12 часов), что может быть необходимым при планировании ре-резекции, в случае обнаружения опухоли в крае резекции при плановом гистологическом исследовании

• **Рекомендуется** пациентов после стандартного хирургического вмешательства с отступом не менее 6 мм от видимого края опухоли при обнаружении опухоли в крае резекции в ходе планового прижизненного патолого-анатомического исследования операционного материала выполнить ре-резекцию с интраоперационным морфологическим контролем всех краев резекции или

запланировать лучевую терапию, если пациент более не является кандидатом для хирургического лечения [29, 30]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)

• **Рекомендуется** выполнять пациентам с высоким риском рецидива и метастазирования (см. раздел 1.5.3) при размере опухоли кожи 2 см и более при отсутствии клинических и инструментальных признаков поражения регионарных лимфатических узлов выполнять биопсию сторожевого лимфатического узла с целью правильного определения стадии заболевания, прогноза течения заболевания и определения показаний к адъювантной лучевой терапии [40] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27666747/>).

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 3).

**Комментарий:** биопсия сторожевого лимфатического узла проводится в специализированных учреждениях, укомплектованных оборудованием и имеющих обученный персонал.

• **Рекомендуется** пациентам с установленным диагнозом ПКРК высокого риска (см. раздел 1.5.3), не подходящих для хирургического лечения, или с определяемой опухолью в крае резекции, которая также по тем или иным причинам не может быть удалена, проводить лучевую терапию на область первичной опухоли [32, 33, 41]. Дозы и режимы лучевой терапии приведены в Таблица 13.

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)

**Таблица 13.** Режимы и дозы дистанционной лучевой терапии в самостоятельном варианте при плоскоклеточном раке кожи высокого риска

Клинические особенности опухоли	Примеры фракционирования длительности лечения	Источник
≥2 см ИЛИ T <sub>3</sub> /T <sub>4</sub> , ИЛИ с инвазией в кости, ИЛИ с инвазией в мягкие ткани	60 Гр за 6 недель 50 Гр за 4 недели 60 Гр за 3 недели	[43]
	50 Гр за 4 недели (при инвазии кости/хряща)	[42]

• **Рекомендуется** пациентам с установленным диагнозом ПКРК высокого риска, а также пациентам низкого риска (см. раздел 1.5.3) при положительном или близкорасположенном крае резекции, с целью снижения риска рецидива после проведения хирургического лечения проводить лучевую терапию на область

первичной опухоли [32, 43, 44] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19415791/>). Дозы и режимы лучевой терапии приведены в Таблица 14.

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)

**Таблица 14.** Режимы и дозы дистанционной послеоперационной лучевой терапии на область на область первичной опухоли

Клинические особенности опухоли	Примеры фракционирования и длительности лечения	Источник
Послеоперационная лучевая терапия на область первичной опухоли	60 Гр за 6 недель	[45]
	50 Гр за 4 недели	[46]

• **Рекомендуется** пациентам с установленным диагнозом ПКРК головы и шеи высокого риска (см. раздел 1.5.3) без признаков клинического поражения регионарных лимфатических узлов с целью снижения риска рецидива после проведения хирургического лечения проводить лучевую терапию на область регионарных лимфоколлекторов [46]. Дозы и режимы лучевой терапии приведены в Таблица 16. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26391010/>)

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)

### 3.1.3 Лечение плоскоклеточного рака высокого риска с локализацией на коже век (включая спайку век)

Принципы лечения ПКРК высокого риска с локализацией на коже век, описанные в разделе 3.1.2, дополняются тезисами данного раздела.

• **Рекомендуется** планировать органосохраняющее лечение плоскоклеточного рака кожи века, включая спайку век, с учетом размеров и локализации опухоли с использованием микрохирургической техники или бинокулярной лупы под общей анестезией [47].

Уровень убедительности рекомендации С (уровень достоверности доказательств – 5)

**Комментарий:** *Рекомендуется учитывать возраст больного и его соматическое состояние, состояние парного глаза, возможные осложнения, предусмотреть меры их профилактики. При размерах опухоли до 3 мм возможно использование местной анестезии. Хирургическое лечение плоскоклеточного рака кожи века, включая спайку век рекомендуется при локализованном характере опухоли, допускающим техническую возможность ее радикального удаления. При локализации опухоли в области кожи век, учитывая их размеры, проводить хирургический отступ 4 мм.*

- Рекомендуется **использовать радиоволновую или лазерную хирургию с помощью СО2 лазера** для полной эксцизии узловых форм плоскоклеточного рака кожи века, включая спайку век и для проведения биопсии при диффузных формах плоскоклеточного рака кожи века, включая спайку век с целью уменьшения ее размеров и проведения лучевой терапии в рамках комбинированного лечения [47, 48] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3922095/>).

Уровень убедительности рекомендации С (уровень достоверности доказательств – 4)

**Комментарии:** Радиоволновая хирургия - бесконтактный метод разреза и коагуляции мягких тканей с помощью высокочастотных радиоволн (3,8 - 4,0 МГц). При использовании радиоволновой хирургии отмечена выраженная, ранняя (с 3-х суток) репарация и эпителизация тканей и их восстановление; раннее полное заживление тканей без образования грубого рубца. Радиоэксцизия узла опухоли осуществляется в соответствии с принципами абластики не менее 3 мм от видимых краев опухоли с последующей обработкой ложа опухоли радиокоагулятором. В основе хирургического лазера - фотодеструктивное воздействие, при котором тепловой, гидродинамический, фотохимический эффекты света вызывают деструкцию тканей. Операционный разрез, выполненный с помощью СО2 лазера, обладает рядом преимуществ, таких как высокая точность последнего, бактерицидный и абластический эффект, минимальная травматизация окружающих тканей, что способствует нежному рубцеванию и профилактирует келоидные рубцы. Используют сочетанную радиохимию и лазерную хирургию с помощью СО2 лазера. Радиоскальпель в комбинации с СО2 лазером способен обеспечить дозированный разрез при минимальной механической и термической травме тканей, предоставляет возможность эффективной коагуляции кровоточащих сосудов, способствует заживлению тканей первичным натяжением.

- Рекомендуется **кожная пластика** в тех случаях, когда самопроизвольная эпителизация образовавшегося дефекта после удаления опухоли может повлечь за собой деформацию век и, как следствие, нарушение функций глаза. Кожная пластика проводится только при возможности радикального удаления плоскоклеточного рака кожи века, включая спайку век [49]

Уровень убедительности рекомендации С (уровень достоверности доказательств – 5)

**Комментарии:** Для замещения послеоперационного дефекта чаще используются следующие виды пластики: пластика местными тканями, свободная кожная пластика, пластика методом бокового смещения и пластика лоскутом кожи на ножке. При замещении небольших дефектов кожи широко используется пластика местными тканями с применением методов

Шимановского, Лимберга и их комбинаций. При смешанном характере роста плоскоклеточного рака век, включая спайку век, верхнего и нижнего века и наружного угла глаза рекомендуется проводить близкофокусную рентгенотерапию. Рекомендуется использовать традиционную методику облучения– аппарат РТА02 при условиях РИК-10, фильтр АСМА-0,5, мощность дозы в воздухе 440, 1–40; разовую дозу 2 Гр, СОД до 55 - 65 Гр. При этом рекомендуется обязательно использовать защитный свинцовый протез для роговицы.

- **Рекомендуется** хирургическое лечение при ПКРК века, включая спайку век, распространяющейся в орбиту проводить в специализированных центрах [49, 47]

Уровень убедительности рекомендации С (уровень достоверности доказательств – 5)

- Хирургическое вмешательство рекомендуется выполняться абластично, с обязательным использованием электро- или радиокоагуляции при обработке мягких тканей в окружении опухоли и подлежащей костной стенки [49, 47]

Уровень убедительности рекомендации С (уровень достоверности доказательств – 5)

**Комментарий:** *Радикальное хирургическое лечение (поднадкостничная экзентерация орбиты) остается показано при обширных злокачественных инфильтративных процессах в орбите. Весь удаленный во время операции патологический материал подлежит обязательному гистологическому исследованию. Для закрытия полости орбиты используют кожный лоскут, который иссекается с внутренней поверхности плеча, размещается в полости орбиты и фиксируется к коже орбитального края.*

- В случаях плоскоклеточного рака кожи века, включая спайку век больших размеров **рекомендуются** комбинированные методы лечения: хирургическое удаление новообразования в сочетании с лучевой терапией (брахитерапией см. Таблица 15). [47,50] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25784215/>).

Уровень убедительности рекомендации С (уровень достоверности доказательств – 5)

**Комментарий:** *При невозможности радикального удаления при определенных локализациях и толщине опухоли используется лучевая терапия*

Таблица 15. Режимы и дозы брахитерапии при плоскоклеточном раке кожи век

Локализация	Примеры фракционирования и длительности лечения	Источник
Поверхностная брахитерапия ПКРК века, включая спайку век с помощью	90-120 Гр за 3-5 фракции	[47, 50]

стронциевых офтальмоаппликаторов		
-------------------------------------	--	--

### 3.2 Лечение плоскоклеточного рака кожи с метастазами в регионарные лимфоузлы (III стадия)

• **Рекомендуется** выполнять регионарную лимфаденэктомию всем пациентам с резектабельными метастазами рака кожи в регионарных лимфоузлах [45, 51] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18849863/>).

Уровень убедительности рекомендаций - В (уровень достоверности доказательств - 3)

• Пациентам после радикального хирургического лечения по поводу метастазов плоскоклеточного рака в регионарные лимфатические узлы **рекомендуется** проведение адьювантой лучевой терапии (см. Таблица 16) [43, 45, 51] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18849863/>).

Уровень убедительности рекомендаций - С (уровень достоверности доказательств - 4)

**Комментарий:** у пациентов с локализацией первичной опухоли на голове и шее частота поражения лимфатических узлов в области околоушной слюнной железы составляет до 82%. Этот факт следует принимать во внимание при планировании объема обследования и лечения пациентов с плоскоклеточным раком кожи головы и шеи

**Таблица 16.** Режимы и дозы дистанционной лучевой терапии при плоскоклеточном раке кожи с поражением регионарных лимфоузлов или с высоким риском поражения регионарных лимфоузлов

Клиническая ситуация		Примеры фракционирования и длительности лечения	ссылка
После лимфодиссекции	Край резекции без признаков опухолевого роста, нет ЭКР	50–60 Гр за 5 – 6 недель	[43]
	Имеются признаки опухолевого роста в крае резекции, или имеется ЭКР	60–66 Гр за 6 – 7 недель	[52]
Без лимфодиссекции	Нет клинических признаков поражения регионарных лимфатических узлов шеи	50 Гр за 5 недель	[46]
	Имеются клинические признаки поражения лимфатических узлов шеи	60–70 Гр за 6 – 7 недель	[47]
	Наличие периневральной инвазии в зоне первичной опухоли	50–60 Гр за 5 – 6 недель	[54]

### 3.3 Лечение пациентов с метастатическим и нерезектабельным плоскоклеточным раком кожи (III нерезектабельная и IV стадия)

• **Рекомендовано** определять алгоритм и тактику ведения пациентов с метастатическим и нерезектабельным ПКРК в рамках мультидисциплинарного консилиума с участием врача-хирурга, врача-онколога и врача-радиотерапевта, принимая во внимание общее состояние пациента (в том числе с оценкой по шкале ECOG, см. Приложение Г1) [28].

Уровень убедительности рекомендаций - С (уровень достоверности доказательств - 5)

• Пациентам с метастатическим и нерезектабельным ПКРК **рекомендовано** при отсутствии противопоказаний проводить терапию моноклональными антителами, блокирующими взаимодействие между рецептором программируемой смерти (PD-1) и его лигандами. Режимы приведены в Таблица 17 [55] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31163235/>).

Уровень убедительности рекомендаций - В (уровень достоверности доказательств - 3)

**Комментарий:** в настоящее время препарат из класса МКА-блокаторов PD1 исследовался в хорошо организованном исследовании и продемонстрировал эффект у пациентов с плоскоклеточным раком кожи [56]. Для зарегистрированных препаратов (пембролизумаб, ниволумаб) данные об эффективности при данной патологии получены из небольших нерандомизированных исследований или отдельных клинических наблюдений.

**Таблица 17.** Режимы применения противоопухолевых лекарственных препаратов при метастатическом или нерезектабельном плоскоклеточном раке кожи.

Лекарственные препараты	Разовая доза	Путь введения	Интервал между введениями	Планируемая длительность лечения	ссылка
#Ниволумаб**	3 мг/кг массы тела	в/в капельно 30–60 мин	1 раз в 14 дней	Длительно [1]	[57]
#Пембролизумаб**	2 мг/кг массы тела (но не более 200 мг)	в/в капельно 30 мин	1 раз в 21 день	Длительно1	[58]

• Пациентам, не ответившим на монотерапию МКА-блокаторами PD1, или пациентам, которым противопоказано проводить терапию МКА-блокаторами PD1, при отсутствии противопоказаний рекомендуется проведение химиотерапии или терапии МКА-блокаторами EGFR в сочетании с лучевой терапией или в самостоятельном режиме [59] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25091317/>) (см. Таблица 18 и Таблица 19)

Уровень убедительности рекомендаций - С (уровень достоверности доказательств - 4)

**Таблица 18.** Режимы химиотерапии, применяемые вместе с лучевой терапией при нерезектабельном местнораспространенном плоскоклеточном раке кожи.

Лекарственный препарат	Разовая (суточная) доза	Путь введения	Интервал между введениями	Планируемая длительность лечения	Режим и дозы дистанционной лучевой терапии	ссылка
#Цисплатин**	75 - 100 мг/ м2	в/в капельно	в день 1, каждые 21 день	До окончания курса ЛТ	70 Гр за 7 недель	[52]
#Цисплатин**	40 мг/м2	в/в капельно	еженедельно (6 недель)	До окончания курса ЛТ	70 Гр за 7 недель	[60]
Карбоплатин**	AUC=2	в/в капельно	еженедельно (6 недель)	До окончания курса ЛТ	70 Гр за 7 недель	[60]
#Цетуксимаб**	400 мг/м2	в/в капельно	За 4-5 дней до лучевой терапии			[61]
#Цетуксимаб**	250 мг/м2	в/в капельно	еженедельно	Во время лучевой терапии	70 Гр за 7 недель	

**Таблица 19.** Схемы химиотерапии, используемые в самостоятельном режиме

Лекарственные препараты	Разовая доза	Путь введения	Интервал между введениями	Планируемая длительность лечения	ссылка
#Цисплатин**	50 – 60 мг/м2	в/в капельно	в день 1, каждые 21 – 28 дней	Длительно [2]	[61]
#Доксорубицин**	50 мг/м2 в день 1				
#Цисплатин**	75 мг/м2	в/в капельно	в день 1, каждые 21 день	длительно 1	
#Доксорубицин**	50 мг/м2 в день 1				
#Карбоплатин**	AUC = 2	в/в капельно	еженедельно	6 недель	[62]
#Паклитаксел**	80 мг/м2				
#Цисплатин**	60 мг/м2	в/в капельно	в день 1 каждые 21-28 дней	длительно 1	[63]
#Капецитабин**	1000 мг/м2 в сутки в два приема				
#Цисплатин**	75-100 мг/м2	в/в капельно	в день 1, каждые 21 день	длительно 1	[59]
Фторурацил**	1000 мг/м2				
#Цетуксимаб**	первая доза 400 мг/ м2, далее 250 мг/м2	в/в капельно	еженедельно	Длительно 1	[64]

#Панитумумаб**	6 мг/кг массы тела	в/в капельно	каждые 14 дней	не более 9 курсов терапии	[59]
----------------	--------------------	-----------------	----------------	---------------------------	------

• При проведении противоопухолевого лекарственного лечения при расчете доз препаратов на поверхность или массу тела рекомендуется проводить округление фактических доз в пределах 5 % расчетных [65] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11953888/>).

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5)

**Таблица 20. Перечень основных лекарственных средств (имеющих 100 % вероятности применения):**

Фармако-терапевтическая группа	МНН лекарственного средства	Способ применения	Уровень доказательности
Алкилирующие агенты – комплексные соединения платины	Цисплатин	25 мг/м <sup>2</sup> 1-5 дни, 75-100 мг/м <sup>2</sup> 1-день, в/в	А
	Карбоплатин	AUC=2, в/в, кап. еженедельно (6 недель)	А
Препараты растительного и природного происхождения.	Паклитаксел	80 мг/м <sup>2</sup> , в/в кап., еженедельно	А
	Доцетаксел	50 мг/м <sup>2</sup> , в/в, кап 1 день	А
Антиметоболиты – антифолаты	Метотрексат	15 мг/м <sup>2</sup> в/в в 1, 8, 15-й дни, в/в	А
Другие противоопухолевые антибиотики	Блеомицин	15мг в/в 1,3,5,8,10,12й дни	А
Ингибиторы топоизомеразы 11	Этопозид	100мг/м <sup>2</sup> 1-3 дни	А
Ингибитор сигнального пути Hedgehog	Висмодегиб (только при базально-клеточном раке)	Внутрь, 150 мг 1 раз в сутки	В
Моноклональные антитела	Ниволумаб	3 мг/кг массы тела, в/в кап. 30–60 мин, 1 раз в 14 дней	С

	Пембролизумаб	2 мг/кг массы тела (но не более 200 мг), в/в кап. 30 мин, 1 раз в 21 день	С
	Цетуксимаб	400 мг/м <sup>2</sup> , в/в, кап., За 4-5 дней до лучевой терапии	С
	Панитумумаб	6 мг/кг массы тела, в/в кап., каждые 14 дней	С
Антрациклиновый антибиотик	Доксорубицин	50 мг/м <sup>2</sup> в день 1, в/в кап., в день 1, каждые 21 день	С
Антиметаболит, антагонист пиримидинов	Капецитабин	1000 мг/м <sup>2</sup> в сутки в два приема, внутрь, 2 раза в день с 1 по 14 дни, каждые 21-28 дней	С
	Фторурацил	1000 мг/м <sup>2</sup> , непрерывно, с 1 по 5 дни, каждые 21 день	С
<b>Скачать (ссылки)</b>	<a href="https://diseases.medelement.com/disease/%D1%80%D0%B0%D0%BA-%D0%BA%D0%BE%D0%B6%D0%B8-2018/16198">https://diseases.medelement.com/disease/%D1%80%D0%B0%D0%BA-%D0%BA%D0%BE%D0%B6%D0%B8-2018/16198</a> <a href="https://oncology-association.ru/wp-content/uploads/2020/09/ploskokletochnyj_rak_kozhi.pdf">https://oncology-association.ru/wp-content/uploads/2020/09/ploskokletochnyj_rak_kozhi.pdf</a>		

**Таблица 21. Перечень дополнительных лекарственных средств (менее 100 % вероятности применения):**

Фармако-терапевтическая группа	МНН лекарственного средства	Способ применения	Уровень доказательности
Иммуномодулятор, модификатор иммунного ответа	Имихимод	5% крем, 1р/сут, 7дней/нед * 6 нед, местно	С
Антибактериальные средства	Офлоксацин	В/в	С
	Цефоперазон сульбактам	В/в	С
	Метронидазол	В/в Внутрь	А
	Левифлоксацин	В/в Внутрь	-
	Ципрофлоксацин	В/в Внутрь	С
	Сульфаметоксозол /триметоприм	В/в Внутрь	А

Противогрибковые лекарственные средства	Вориконазол	В/в Внутрь	В
	Итраконазол	Внутрь	В
	Флуконазол	В/в Внутрь	С
	Позаконазол	Внутрь	В
Противовирусные лекарственные средства	Ацикловир	В/в Внутрь	А
Лекарственные средства, влияющие на свертывающую систему крови	Надропарин	Подкожное	С
	Эноксапарин	Подкожное	С
Другие лекарственные средства	Бупивакаин, Лидокаин, Прокаин	Местное применение	Д
	Омепразол	В/в Внутрь	А
	Фамотидин	В/в	А
	Амброксол	Внутрь	
	Амлодипин	Внутрь	В
	Дротаверин	В/в Внутрь	
	Каптоприл	Внутрь	В
	Лизиноприл	Внутрь	В
	Лактулоза	Внутрь	В
	Спиринолактон	Внутрь	В
	Повидон – йод	Наружное	-
	Тобрамицин	В/в	-
	Торасемид	Внутрь	-
	Фолиевая кислота	Внутрь	-
	Фуросемид	В/в Внутрь	-
	Хлоргексидин	Наружное	-
Скачать (ссылки)	<a href="http://www.pror.ru/treatment/accomp">http://www.pror.ru/treatment/accomp</a> <a href="https://www.rosoncoweb.ru/standarts/suptherapy/">https://www.rosoncoweb.ru/standarts/suptherapy/</a>		

## 6.5 Дальнейшее ведение.

### **Физикальный осмотр и сбор жалоб рекомендуется проводить:**

- В первые 1-2 года - 1 раз в 3 месяца,
- на на 3 год - 1 раз в 6 месяцев,
- с 4 года – 1 раз в год или чаще при появлении жалоб.

У пациентов с высоким риском рецидива перерыв между обследованиями может быть сокращен.

### **Объем обследования:**

1. Анамнез, локальный осмотр и физикальное обследование
2. УЗИ периферических лимфоузлов, органов брюшной полости и малого таза 1 раз в 3 месяца 1-2 года, 1 раз в 6 месяцев 3 год, 1 раз в год с 4-года наблюдения.
3. Рентгенография органов грудной клетки 1 раз в 3 месяца 1-2 года, 1 раз в 6 месяцев 3 год, 1 раз в год с 4-года наблюдения.

Задачей наблюдения является раннее выявление прогрессирования заболевания с целью раннего начала химиотерапии или хирургического лечения резектабельных метастатических очагов, рецидивных опухолей, а также выявление метастатических опухолей.

## **7. Индикаторы эффективности лечения:**

- Объективные признаки отсутствия опухоли, регрессии опухоли, мтс
- УЗИ данные об отсутствии мтс и рецидива
- Рентген данные об отсутствии отдаленных мтс
- Удовлетворительные показатели крови, мочи, биохимии
- Заживление послеоперационной раны
- Относительно удовлетворительное состояние больного (-ой)

### **Критерии эффективности лечения:**

- **Полный эффект** – исчезновение всех очагов поражения на срок не менее 4х недель.
- **Частичный эффект** – большее или равное 50% уменьшение всех или отдельных опухолей при отсутствии прогрессирования других очагов.
- **Стабилизация** – (без изменений) уменьшение менее чем на 50% или увеличение менее чем на 25% при отсутствии новых очагов поражения.
- **Прогрессирование** – увеличение размеров одной или более опухолей более

25% либо появление новых очагов поражения.

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ  
ПРОТОКОЛ МЕДИЦИНСКИХ  
ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО НОЗОЛОГИИ  
«РАК КОЖИ»**

**ТАШКЕНТ – 2025**

**- Коды МКБ:**

**МКБ-10:**

<b>Код</b>	<b>Название</b>
C44	– Другие злокачественные новообразования кожи
C44.0	– Кожи губы
C44.1	– Кожи века, включая спайку век
C44.2	– Кожи уха и наружного слухового прохода
C44.3	– Кожи других и неуточненных частей лица
C44.4	– Кожи волосистой части головы и шеи
C44.5	– Кожи туловища
C44.6	– Кожи верхней конечности, включая область плечевого пояса
C44.7	– Кожи нижней конечности, включая тазобедренную область
C44.8	– Поражения кожи, выходящие за пределы одной и более выше перечисленных локализаций
C44.9	– Злокачественные новообразования кожи неуточненной области

Скачать (ссылка с МКБ-10): <https://mkb-10.com/index.php?pid=1225>

**МКБ-11:**

<b>Код</b>	<b>Название</b>
2E64	Карцинома in situ кожи
2C31	Плоскоклеточный рак кожи
2C31.0	Веррукозная плоскоклеточная карцинома кожи
2C31.1	Кератоакантома
2C81.0	Плоскоклеточный рак полового члена
2C31.Z	Плоскоклеточный рак кожи
2C32	Базальноклеточная карцинома кожи
2C32.0	Узелковый базальноклеточный рак кожи
2C32.1	Склерозирующая базальноклеточная карцинома кожи
2C32.2	Поверхностная базальноклеточная карцинома кожи
2C32.Y	Другая уточненная базальноклеточная карцинома кожи
2C32.Z	Базальноклеточный рак кожи, неуточненный
2C33	Аднексальная карцинома кожи

2C34	Кожная нейроэндокринная карцинома
2C35	Саркома кожи
2C3Y	Другие уточненные злокачественные новообразования кожи
2C3Z	Злокачественные новообразования кожи неизвестного или неуточненного типа
Скачать (ссылка с МКБ-10): <a href="https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#1630407678">https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#1630407678</a>	

## 1. Основная часть

Введение (ссылка на использованный источник:

[https://gco.iarc.fr/today/en/dataviz/pie?mode=population&group\\_populations=0&cancers=17](https://gco.iarc.fr/today/en/dataviz/pie?mode=population&group_populations=0&cancers=17))

**Базальноклеточный и плоскоклеточный рак кожи (часто объединяемые как немеланомные опухоли кожи)** – злокачественные опухоли кожи, происходящие из эпителиальных клеток. Базально-клеточный рак кожи (синонимы – базалиома, базальноклеточная карцинома) развивается из клеток базального слоя эпителия, плоскоклеточный рак - из кератиноцитов кожи. (<https://www.niioncologii.ru/highlights/index?id=9643>).

По данным Международного Агентства Изучения Рака – GLOBOCAN, в 2022 году всего выявлено 1 234 533 случаев немеланомного рака кожи и 69 416 человек умерли от этого вида рака.

Не существует единого этиологического фактора для развития немеланомных опухолей кожи. Самым значимым фактором риска спорадических (ненаследственных) форм немеланомных опухолей кожи следует считать воздействие на кожу ультрафиолетового излучения типа. При этом чувствительность кожи к ультрафиолетовому воздействию различается у людей и может быть классифицирована на 6 типов, где 1 и 2 отличаются наибольшей чувствительностью (и, соответственно, вероятностью возникновения солнечного ожога), а 5 и 6 – наименьшей (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3377516/>). Также следует отметить такие факторы риска как врожденный или приобретенный иммунодефицит (например, после трансплантации органов или других заболеваниях, связанных с необходимостью принимать иммуносупрессанты), пигментная ксеродерма. Описана связь между искусственным ультрафиолетом (в том числе PUVA-терапией) и повышением риска возникновения немеланомных опухолей кожи. Лица, имеющие контакт с мышьяком, также имеют повышенный риск возникновения ПКР, в частности болезни Боуэна. В многих случаях немеланомные опухоли кожи развиваются на фоне предсуществующих предопухолевых новообразований (вроде актинического кератоза или кератоакантомы), которые также часто могут быть обнаружены на соседних со

злокачественной опухолью участках кожи ([https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/radiation-ultraviolet-\(uv\)-radiation-and-skin-cancer?gad\\_source=1&gclid=CjwKCAiAmMC6BhA6EiwAdN5iLYQsbiTXuhejIhIPCWP6gwLK6Z3mZP6PXwxnbu5\\_jQRmgyO-QWTQuBoChrUQAvD\\_BwE#](https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/radiation-ultraviolet-(uv)-radiation-and-skin-cancer?gad_source=1&gclid=CjwKCAiAmMC6BhA6EiwAdN5iLYQsbiTXuhejIhIPCWP6gwLK6Z3mZP6PXwxnbu5_jQRmgyO-QWTQuBoChrUQAvD_BwE#)).

Существует также ряд наследственных синдромов, в рамках которых возможно возникновение базалиом: синдром невоидных базалиом (также известен как синдром Горлина-Гольца), синдром Базекса, синдром Ромбо, синдром одностороннего базальноклеточного невуса (<https://oncology.lwwhealthlibrary.com/book.aspx?bookid=1172>).

При синдроме Горлина-Гольца обнаруживается мутация в гене PTCH, а у пациентов помимо множественных базалиом может быть выявлен характерный фенотип: широкий корень носа, дополнительные складки на ладонях, кистозные изменения челюстей, пороки развития костной системы. Синдром Базекса наследуется Х-сцепленно по доминантному принципу. Помимо развития множественных базалиом отмечается атрофодермия, гипотрихоз, гипогидроз, фолликулярная атрофия. Синдром Ромбо наследуется по аутосомнодоминантному принципу. Помимо множественных базалиом для синдрома Ромбо характерны гипертрихоз, вермикулярная атрофодермия, трихоэпителиомы и периферическая вазодилатация. При синдроме одностороннего базальноклеточного невуса у пациента отмечается врожденное новообразование кожи с комедонами и эпидермальными кистами, при микроскопии отмечается пролиферация базального эпителия ([https://books.google.co.uz/books/about/DeVita\\_Hellman\\_and\\_Rosenberg\\_s\\_Cancer.html?id=yrBI5zx69X8C&redir\\_esc=y](https://books.google.co.uz/books/about/DeVita_Hellman_and_Rosenberg_s_Cancer.html?id=yrBI5zx69X8C&redir_esc=y)).

ПКРК считается второй по распространенности опухолью среди НМК у людей (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16306523/>). Заболеваемость сильно отличается в зависимости от широты проживания и существенно выше у людей со светлым фототипом кожи (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28220485/>). В этой связи, самая высокая заболеваемость НМК в мире наблюдается в Австралии, где у каждого второго жителя до 70 лет развивается НМК, а самая низкая – в отдельных частях Африки (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22251204/>). У пациентов с двумя и более НМК риск появления новых НМК существенно выше, а множественные НМК чаще встречаются у мужчин (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28392289/>).

По статистическим данным РСНПМЦОиР за 2023 год заболеваемость раком кожи на 100 тыс населения составляет 2,6 (среди мужчин составляет 4% (8-место), среди женщин – 3,2% (9-место)) занимая 9-место в структуре онкологической заболеваемости. В 2023 году впервые выявлены всего 954 больных раком кожи. Из них, активно во время профилактических осмотров было выявлено 47,9% случаев. Удельный вес больных с диагнозом рак кожи, подтвержденным морфологически

составляет 96,1%. 22,3% случаев выявлен в I стадии заболевания, 55,0% - во II стадии, 13,8% - в III стадии и 3,4% - на IV стадии. У 5,5% больных стадия заболевания не удалось установить. В начале 2025 года с раком кожи под диспансерным наблюдением состояли 8768 больные и болезненность составлял 23,8 на 100 тысяч населения. 5-летняя выживаемость при раке кожи в республике составляет 51,5% и 1-годовая летальность – 4,6%. В Республике Узбекистан в 2023 году от рака кожи умерло 336 больных, что смертность на 100 тыс. населения составляет 0,9.

## **2. Методы, подходы и процедуры диагностики.**

### **1) цель проведения процедуры или вмешательства:**

- радикальное удаление опухоли;
- удаление первичного очага;
- стабилизация частичная или полная регрессии опухоли;
- улучшение общесостояния;
- увеличение общей выживаемости.

### **2) противопоказания к процедуре или вмешательству:**

- тяжелое состояние больного ECOG III–IV;
- туберкулез в активной фазе;
- сопутствующая патология в стадии декомпенсации;
- острые неотложные состояния (инфаркт миокарда, инсульт);
- септические состояния;
- опухоли в стадии распада, сопряженные с риском кровотечения (для лучевой терапии);
- психорганические заболевания (шизофрения, эпилепсия с выраженным судорожным синдромом);
- общее тяжелое состояние пациента по шкале Карновского менее 60%;
- сопутствующая патология в стадии декомпенсации.

### **3) показания к процедуре или вмешательству;**

- наличие рак кожи любой распространенности с обязательной морфологической верификацией диагноза после оперативного лечения или биопсии;
- наличие вторичной (метастатической, или без первичного выявленного очага), опухоли с морфологическим подтверждением диагноза после оперативного лечения или открытой биопсии, или отсутствия

морфологического подтверждения метастаза, но наличия гистологической верификации первичного очага рак кожи.

**Медикаментозная (химио/таргетная/иммунотерапия) и/или лучевая терапия проводится с целью:**

- уничтожения опухолевых клеток;
- уменьшения размера образования, остановки его роста;
- предотвращения рецидива рак кожи;
- Как основной метод лечения она показана при распространенных формах рак кожи, в котором поражается весь организм. Специалисты тщательно подбирают дозу препарата: если она окажется слишком маленькой, то шанс на излечение снизится, а если высокой, возрастет риск побочных эффектов.

#### **4) Принципы хирургического лечения**

**Показания к хирургическому лечению:**

- гистологически верифицированные (или с целью гистологической верификации) операбельный рак кожи;
- при отсутствии противопоказаний к хирургическому лечению.

**Противопоказания к хирургическому лечению при рак кожи:**

- наличие у пациента признаков неоперабельности и тяжелой сопутствующей патологии;
- аллергия на препараты, используемые при общей анестезии.

Широкое иссечение опухоли в пределах здоровых тканей, с учетом принципов футлярности и зональности является стандартом хирургического вмешательства. Один сантиметр отступа от новообразования считается минимальным, удаление опухоли в мышечной фасции или муфте подразумевает край  $>1-5$  см. Край может быть минимальным в случае стойкого анатомического барьера, такого как мышечная фасция или надкостница, сухожильный конец мышцы. Краевое иссечение может рассматриваться, в исключительных случаях. Границы резекции – основной метод оценки качества хирургического пособия. Определяется совместно хирургом и гистологом. Зону и тракт биопсии необходимо включить в объем окончательной хирургии.

Рекомендуется обязательное изучение микроскопического края резекции согласно интраоперационной маркировки краев препарата.

### **Принципы оперативных вмешательств:**

- При экономном иссечении опухоль иссекают эллипсовидным разрезом, отстоящим на 0,5- 2,0см от краев образования под наркозом.
- При локализации рака кожи на пальцах кисти и стопы с прорастанием в соединительную и костную ткань выполняется ампутация, экзартикуляция пальцев.
- При расположении опухоли на коже ушной раковины в верхней или центральной части ампутация ушной раковины.
- При локализации опухоли на коже волосистой части головы с прорастанием в кость черепа выполняется широкое иссечение опухоли кожи с резекцией участка кости черепа, пластика дефекта комбинированными лоскутами

Лимфодиссекция выполняется при наличии метастазов в лимфатических узлах и производится одновременно с удалением первичного опухолевого очага или при выявлении. Профилактическая лимфодиссекция не выполняется.

### **Стандартные хирургические вмешательства на регионарном лимфатическом аппарате при раке кожи**

Стандартными хирургическими вмешательствами на лимфатическом аппарате являются: подключично-подмышечно-подлопаточная, подвздошно-пахово-бедренная, классическая радикальная шейная (операция Крайла), модифицированная радикальная шейная лимфодиссекция III типа (футлярно-фасциальная шейная). Пахово-бедренная лимфодиссекция. Операция Дюкена.

### **Хирургическое лечение по стадиям:**

#### **I и II стадии (T1-2N0M0):**

- хирургическое удаление опухоли, при необходимости с одномоментным устранением послеоперационного дефекта одним из видов кожной пластики;

#### **III стадия (T3N0M0):**

- широкое иссечение опухоли кожи с одномоментной пластикой послеоперационного дефекта
- при локализации опухоли на конечности, когда имеет место обширное поражение мягких тканей, кости или сосудисто-нервного пучка на большом протяжении, – ампутация конечности;

- При локализации опухоли на коже волосистой части головы с прорастанием в кость черепа выполняется широкое иссечение опухоли кожи с резекцией участка кости черепа, пластика дефекта комбинированными лоскутами

#### **IV стадия (любая T любая N M1):**

лечение паллиативное или симптоматическое по индивидуальным программам после обсуждения на МДГ (могут использоваться хирургические методы, лучевая терапия, системная химиотерапия, электрохимиотерапия).

### **Хирургическое лечение плоскоклеточного рака, метатипического рака, рака придатков кожи**

#### **Хирургическое лечение локальных стадий заболевания (I-II)**

- **Рекомендуется** всем пациентам с установленным диагнозом ПКРК перед выбором тактики лечения провести оценку риска рецидива заболевания и метастазирования в соответствии с настоящими рекомендациями (см. раздел 1.5.3) [28] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34902824/>)

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 2)

#### **Хирургическое лечение плоскоклеточного рака низкого риска**

- **Рекомендуется** всем пациентам с установленным диагнозом ПКРК низкого риска (см. раздел 1.5.3) проводить стандартное удаление с отступом 4 мм от видимого края опухоли (с захватом подкожной клетчатки) (при линейных размерах опухоли менее 2 см) или с отступом 6 мм от видимого края опухоли (с захватом подкожной клетчатки) (при линейных размерах опухоли 2 см и более) и плановой оценкой края резекции в ходе прижизненного патолого-анатомического исследования операционного материала (способ закрытия дефекта – на усмотрение врача-хирурга) [29] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24401812/>).

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 4)

- **Рекомендуется** использовать хирургический отступ не менее 6 мм от видимого края опухоли при ее размере 2 см и более (кроме зон высокого риска, в которых может потребоваться больший отступ – 9 мм). При этом зона эритемы или венчик покраснения, который иногда сопровождает опухоль, рекомендуется расценивать как элемент опухолевого узла [28, 29]. См. также Таблица 22.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)

**Комментарий:** При выполнении стандартной хирургической эксцизии рекомендуется маркировать на удаленной опухоли и на теле пациента ориентиры (12 часов), что может быть необходимым при планировании ре-резекции, в случае обнаружения опухоли в крае резекции при плановом гистологическом исследовании.

**Таблица 22.** Хирургическая тактика при плоскоклеточном раке кожи в зависимости от риска рецидива и размера первичной опухоли [29].

Риск рецидива (см. раздел 1.5.3)	Максимальный размер опухоли, см	Хирургическая тактика
Низкий	< 1 см	Отступ от видимого края 4 мм
	1,01 – 1,9 см	Отступ от видимого края 4 мм
	≥2,0 см	Отступ от видимого края 6 мм
Высокий	< 1 см	Отступ от видимого края 4 мм <i>ИЛИ</i> Удаление опухоли с интраоперационным контролем всех краев резекции (например, метод Моса)
	1,01 – 1,9 см	Отступ от видимого края 6 мм <i>ИЛИ</i> Удаление опухоли с интраоперационным морфологическим контролем всех краев (периферических и глубокого) резекции (например, метод Моса)
	≥2,0 см	Отступ от видимого края 9 мм <i>ИЛИ</i> Удаление опухоли с интраоперационным морфологическим контролем всех краев (периферических и глубокого) резекции (например, метод Моса) Рассмотреть возможность выполнения биопсии сторожевого лимфатического узла

- Рекомендуется пациентов после стандартного хирургического вмешательства с отступом не менее 6 мм от видимого края опухоли при обнаружении опухоли в крае резекции в ходе планового прижизненного патолого-анатомического исследования операционного материала выполнить ре-резекцию с интраоперационным морфологическим контролем всех краев (периферических и глубокого) резекции или стандартную ре-резекцию, или провести послеоперационную лучевую терапию, или комбинированное лечение (лучевую терапию и системную противоопухолевую терапию), если пациент более не является кандидатом для хирургического лечения [30] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23352886/>).

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 3)

• **Рекомендуется** всем пациентам с установленным диагнозом ПКРК *in situ* (болезнь Боуэна), которым по какой-либо причине (плохое общее состояние, отказ пациента в связи с неудовлетворенностью ожидаемыми косметическими результатами и т.д.) не планируется проводить хирургическое лечение, проводить какой-либо из деструктивных методов лечения ПКРК:

- кюретаж и электрокоагуляция
- лучевая терапия,
- криодеструкция,
- фотодинамическая терапия
- или топические средства с противоопухолевой активностью [31] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23794286/>)

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1)

• **Рекомендуется** пациентам с установленным диагнозом ПКРК низкого риска (см. раздел 1.5.3), не подходящих для хирургического лечения проводить кюретаж и электрокоагуляцию (за исключением участков, несущих волосы, такие как кожа головы, лобковые и подмышечные области, а также борода у мужчин); если в ходе кюретажа достигнут жировой слой, обычно следует проводить хирургическое удаление [32] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24191270/>).

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 3)

**Комментарий:** Кюретаж и электрокоагуляция могут быть использованы врачом-онкологом для небольших (<2 см), четко очерченных очагов ПКРК с неагрессивной гистологией в зонах низкого риска. Кюретаж и электрокоагуляция не показаны при рецидивирующем ПКРК или ПКРК высокого риска. Кюретаж следует выполнять острой кюреткой до достижения здоровых тканей, полученный материал направлять на прижизненное патолого-анатомическое исследование, а только после этого проводить электрокоагуляцию ложа удаленной опухоли

• **Рекомендуется** пациентам с установленным диагнозом ПКРК *in situ* (болезнь Боуэна), не подходящих для хирургического лечения, проводить криодеструкцию первичной опухоли [34] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26073523/>)

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)

## Хирургическое лечение плоскоклеточного рака высокого риска

• **Рекомендуется** всем пациентам с установленным диагнозом ПКРК высокого риска (см. раздел 1.5.3) проводить удаление опухоли с интраоперационным морфологическим контролем всех краев (периферических и глубокого) резекции в ходе прижизненного патолого-анатомического исследования операционного материала (способ закрытия дефекта – на усмотрение хирурга, однако закрытие дефектов перемещенными лоскутами лучше всего выполнять после того, как морфологически будет подтверждено отсутствие опухоли в крае резекции) [32] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24191270/>).

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)

**Комментарий:** данный вид операций требует подготовленной команды хирургов-онкологов, пластических хирургов, морфологов и может выполняться в отдельных центрах. Интраоперационное гистологическое исследование должно проводиться в соответствии со следующими способами вырезки, маркировки и приготовления препаратов для оценки: метод Моса (Mohs) и «медленный» метод Моса (slow Mohs, 3D Histology Evaluation of Dermatologic Surgery, margin strip method, «Tübingen torte», "Munich" method). Во всех случаях, когда отсутствует возможность интраоперационной гистологической оценки по методу Моса или «медленного» метода Моса должен выполняться рекомендованный достаточный отступ не менее 4 мм от видимых границ.

**Таблица 23.** Методы хирургического лечения с интраоперационным морфологическим контролем всех краев (периферических и глубокого) резекции

	Метод Моса	«Медленный» метод Моса (slow Mohs, 3D Histology Evaluation of Dermatologic Surgery, margin strip method, «Tübingen torte», "Munich" method)
Угол иссечения по отношению скальпеля и ткани	45°	90°
Приготовление срезов	Свежезамороженные криостатные срезы	парафиновые блоки
Время получения ответа	20-60 минут	24 часа (на ускоренном гистопроцессоре)

Стандартный способ гистологического исследования по методике «хлебного ломтя» не должен использоваться для оценки краев резекции и полноты удаления опухоли, поскольку при данном способе оценке подлежит менее 1% поверхности удаленной ткани.

• **Рекомендуется** всем пациентам с установленным диагнозом ПКРК высокого риска (см. раздел 1.5.3) в случае невозможности проводить удаление опухоли с интраоперационным контролем всех (периферических и глубокого) краев резекции выполнить стандартное удаление с максимально возможным отступом (6 мм на туловище и конечностях и 9 мм в случае расположения опухоли на коже с ростом волос) в данной клинической ситуации от видимого края опухоли (с захватом подкожной клетчатки) и плановой оценкой края резекции в ходе прижизненного патолого-анатомического исследования операционного материала (способ закрытия дефекта – на усмотрение хирурга) [30] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23352886/>).

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)

**Комментарий:** При выполнении стандартной хирургической эксцизии рекомендуется маркировать на удаленном образце и на теле пациента ориентиры (12 часов), что может быть необходимым при планировании ре-резекции, в случае обнаружения опухоли в крае резекции при плановом гистологическом исследовании

• **Рекомендуется** пациентов после стандартного хирургического вмешательства с отступом не менее 6 мм от видимого края опухоли при обнаружении опухоли в крае резекции в ходе планового прижизненного патолого-анатомического исследования операционного материала выполнить ре-резекцию с интраоперационным морфологическим контролем всех краев резекции или запланировать лучевую терапию, если пациент более не является кандидатом для хирургического лечения [29, 30]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)

• **Рекомендуется** выполнять пациентам с высоким риском рецидива и метастазирования (см. раздел 1.5.3) при размере опухоли кожи 2 см и более при отсутствии клинических и инструментальных признаков поражения регионарных лимфатических узлов выполнять биопсию сторожевого лимфатического узла с целью правильного определения стадии заболевания, прогноза течения заболевания и определения показаний к адъювантной лучевой терапии [40] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27666747/>).

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 3).

**Комментарий:** биопсия сторожевого лимфатического узла проводится в специализированных учреждениях, укомплектованных оборудованием и имеющих обученный персонал.

## Хирургическое лечение плоскоклеточного рака высокого риска с локализацией на коже век (включая спайку век)

Принципы лечения ПКРК высокого риска с локализацией на коже век, описанные в разделе 3.1.2, дополняются тезисами данного раздела.

- **Рекомендуется** планировать органосохраняющее лечение плоскоклеточного рака кожи века, включая спайку век, с учетом размеров и локализации опухоли с использованием микрохирургической техники или бинокулярной лупы под общей анестезией [47].

Уровень убедительности рекомендации С (уровень достоверности доказательств – 5)

**Комментарий:** *Рекомендуется учитывать возраст больного и его соматическое состояние, состояние парного глаза, возможные осложнения, предусмотреть меры их профилактики. При размерах опухоли до 3 мм возможно использование местной анестезии. Хирургическое лечение плоскоклеточного рака кожи века, включая спайку век рекомендуется при локализованном характере опухоли, допускающим техническую возможность ее радикального удаления. При локализации опухоли в области кожи век, учитывая их размеры, проводить хирургический отступ 4 мм.*

- **Рекомендуется использовать радиоволновую или лазерную хирургию с помощью СО2 лазера** для полной эксцизии узловых форм плоскоклеточного рака кожи века, включая спайку век и для проведения биопсии при диффузных формах плоскоклеточного рака кожи века, включая спайку век с целью уменьшения ее размеров и проведения лучевой терапии в рамках комбинированного лечения [47, 48] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3922095/>).

Уровень убедительности рекомендации С (уровень достоверности доказательств – 4)

**Комментарий:** *Радиоволновая хирургия - бесконтактный метод разреза и коагуляции мягких тканей с помощью высокочастотных радиоволн (3,8 - 4,0 МГц). При использовании радиоволновой хирургии отмечена выраженная, ранняя (с 3-х суток) репарация и эпителизация тканей и их восстановление; раннее полное заживление тканей без образования грубого рубца. Радиоэксцизия узла опухоли осуществляется в соответствии с принципами абластики не менее 3 мм от видимых краев опухоли с последующей обработкой ложа опухоли радиокоагулятором. В основе хирургического лазера - фотодеструктивное воздействие, при котором тепловой, гидродинамический, фотохимический эффекты света вызывают деструкцию тканей. Операционный разрез, выполненный с помощью СО2 лазера, обладает рядом преимуществ, таких как высокая точность последнего, бактерицидный и абластический эффект,*

*минимальная травматизация окружающих тканей, что способствует нежному рубцеванию и профилактирует келоидные рубцы. Используют сочетанную радиохимию и лазерную хирургию с помощью СО2 лазера. Радиоскальпель в комбинации с СО2 лазером способен обеспечить дозированный разрез при минимальной механической и термической травме тканей, предоставляет возможность эффективной коагуляции кровоточащих сосудов, способствует заживлению тканей первичным натяжением.*

- **Рекомендуется кожная пластика** в тех случаях, когда самопроизвольная эпителизация образовавшегося дефекта после удаления опухоли может повлечь за собой деформацию век и, как следствие, нарушение функций глаза. Кожная пластика проводится только при возможности радикального удаления плоскоклеточного рака кожи века, включая спайку век [49]

**Уровень убедительности рекомендации С (уровень достоверности доказательств – 5)**

**Комментарии:** Для замещения послеоперационного дефекта чаще используются следующие виды пластики: пластика местными тканями, свободная кожная пластика, пластика методом бокового смещения и пластика лоскутом кожи на ножке. При замещении небольших дефектов кожи широко используется пластика местными тканями с применением методов Шимановского, Лимберга и их комбинаций. При смешанном характере роста плоскоклеточного рака век, включая спайку век, верхнего и нижнего века и наружного угла глаза рекомендуется проводить близкофокусную рентгенотерапию. Рекомендуется использовать традиционную методику облучения– аппарат РТА02 при условиях РИК-10, фильтр АСМА-0,5, мощность дозы в воздухе 440, 1–40; разовую дозу 2 Гр, СОД до 55 - 65 Гр. При этом рекомендуется обязательно использовать защитный свинцовый протез для роговицы.

- **Рекомендуется хирургическое лечение** при ПКРК века, включая спайку век, распространяющейся в орбиту проводить в специализированных центрах [49, 47]

**Уровень убедительности рекомендации С (уровень достоверности доказательств – 5)**

- Хирургическое вмешательство рекомендуется выполняться абластично, с обязательным использованием электро- или радиокоагуляции при обработке мягких тканей в окружении опухоли и подлежащей костной стенки [49, 47]

**Уровень убедительности рекомендации С (уровень достоверности доказательств – 5)**

**Комментарий:** Радикальное хирургическое лечение (поднадкостничная экзентерация орбиты) остается показано при обширных злокачественных

*инфильтративных процессах в орбите. Весь удаленный во время операции патологический материал подлежит обязательному гистологическому исследованию. Для закрытия полости орбиты используют кожный лоскут, который иссекается с внутренней поверхности плеча, размещается в полости орбиты и фиксируется к коже орбитального края.*

### **Хирургическое лечение плоскоклеточного рака кожи с метастазами в регионарные лимфоузлы (III стадия)**

• **Рекомендуется** выполнять регионарную лимфаденэктомию всем пациентам с резектабельными метастазами рака кожи в регионарных лимфоузлах [45, 51] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18849863/>).

Уровень убедительности рекомендаций - В (уровень достоверности доказательств - 3)

**Хирургическое лечение пациентов с метастатическим и нерезектабельным плоскоклеточным раком кожи (III нерезектабельная и IV стадия):** не используется.

### **Требования к специалисту, проводящему процедуру или вмешательство:**

Персонал, работающий в отделениях общей онкологии, химиотерапевтических и радиологических отделениях медицинских организаций, оказывающих онкологическую помощь населению, должен иметь соответствующие знания и квалификацию, подтвержденные необходимыми документами, и относится к персоналу группы А, и иметь доступ к работе в операционном блоке, с источниками радиоактивного и ионизирующего излучения, а также сертификаты с не истекшим сроком действия о прохождении курсов по общей онкохирургии и/или химиотерапии и/или радиационной безопасности.

- Специалист, имеющий сертификат по специальности «Онкология», «Общая онкология», «Химиотерапия», «Лучевая терапия» (радиационная онкология) со стажем работы по специальности не менее 5 лет, повышение квалификации по вопросам высокотехнологичных методик общей онкохирургии и/или химио- и/или лучевой терапии не менее 216 часов за последние 5 лет;

- Для проведения лучевой терапии, специалист с высшим образованием по физике и /или высшим техническим образованием со стажем работы по специальности не менее 3 лет, имеющий опыт работы с линейными ускорителями не менее 2 лет.

**5) перечень основных и дополнительных диагностических мероприятий в подготовке к процедуре или вмешательству:**

**Перечень обязательных диагностических мероприятий в подготовке к процедуре или вмешательству:**

1. ОАК с лейкоформулой, подсчетом количества тромбоцитов;
2. Биохимический анализ крови (натрий, калий, кальций, глюкоза, мочеви́на, креатинин, мочева́я кислота, общий белок, альбумин, общий билирубин, прямой, билирубин, ЛДГ, АСТ, АЛТ, СРБ, щелочная фосфатаза);
3. Определение группы крови по системам АВО;
4. Определение резус-фактора;
5. Общий анализ мочи;
6. Коагулограмма (АЧТВ, ПВ, МНО, ПТИ, фибриноген);
7. Определение маркеров вирусного гепатита В и С методом ИФА или ИХЛ
8. ПЦР на вирусные гепатиты В и С (качественно)
9. ВИЧ-инфекции (HIVAg/anti-HIV) методом ИФА
10. Комплекс серологических реакций на сифилис;
11. Ультразвуковая диагностика комплексная (печень, желчный пузырь, поджелудочная железа, селезенка, почек, забрюшинного пространства и периферических л/узлов);
12. МСКТ и/или МРТ области опухоли или метастаза при необходимости;
13. Рентгенография органов грудной клетки.
14. Реакция микропреципитации
15. КТ костей в случае подозрения распространения опухоли в кость
16. Биопсия из опухоли кожи.
17. ТАБ под контролем УЗИ при подозрении на метастазы в регионарные л/у
18. Цитологическое исследование биоптата (образования, лимфоузла) \*;
19. Гистологическое исследование биоптата (образования, лимфоузла) \*;
20. ЭКГ;
21. ЭхоКГ;

**Перечень дополнительных диагностических мероприятий в подготовке к процедуре или вмешательству:**

1. Вирус Эбштейна-Барр, герпес 1-2 типа, цитомегаловирус, токсоплазмоз методом ПЦР;
2. ПЦР на вирусные гепатиты В, С (количественно);

3. ПЦР на COVID-19;
4. Определение КЩС и газов крови;
5. Прямая и непрямая пробы Кумбса;
6. Стандартное цитогенетическое исследование;
7. Исследование методом FISH и молекулярно-генетическое исследование;
8. Определение ферритина, фолаты, сывороточное железо, Витамин В12;
9. ProBNP;
10. Прокальцитонин;
11. Антитромбин III, Д-димер;
12. Для женщин фертильного возраста- тест на беременность, определение ХГЧ;
13. ИФТ периферической крови;
14. Иммуногистохимическое исследование биоптата (образования, лимфоузла) \*;
15. Молекулярно-генетическое исследование микросателлитной нестабильности для определения возможности иммунотерапии
16. Рентгенография придаточных пазух носа;
17. Радиоизотопное сканирование костей скелета;
18. МСКТ головы и шеи, грудной клетки, брюшной полости, забрюшинного пространства и малого таза;
19. МРТ головного мозга.
20. Фиброэзофагогастродуоденоскопия;
21. Бронхоскопия;
22. Колоноскопия;
23. УЗДГ сосудов нижней конечности (вен и/или артерий);
24. Спирография;
25. Холтеровское – мониторирование ЭКГ;
26. ПЭТ/КТ всего тела\*\*;

\* В случае если не было проведено ранее;

\*\* В дебюте заболевания и при рестадировании возможно проведение;

#### **б) Требования к проведению процедуры или вмешательства:**

**Правила организации деятельности хирургического отдела онкологического учреждения**

Настоящие правила устанавливают порядок организации деятельности онкологических отделений хирургических методов лечения (далее - Отделение) онкологического стационара (онкологического центра и его филиалов), иной медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь пациентам с онкологическими заболеваниями (далее - медицинские организации).

Отделение создается как структурное подразделение медицинской организации с целью оказания медицинской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями с применением хирургических методов как самостоятельного вида лечения на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности по работам (услугам) - "онкология", "Общая онкология", "химиотерапия", "радиология".

Коечная мощность Отделения должна составлять от 25 до 50 коек.

Отделения организуются в медицинской организации коечной мощностью не менее 70 коек онкологического профиля при наличии расположенных в пределах имущественного комплекса, функционально и технологически объединенного с Отделением:

- отделения рентгенодиагностики, включающего рентгеновский кабинет, кабинет рентгеновский маммографический, кабинет рентгеновской компьютерной томографии, организованного в соответствии с правилами проведения рентгенологических исследований;
- отделения функциональной диагностики, организованного в соответствии с правилами проведения функциональных исследований;
- кабинета (отделения) ультразвуковой диагностики, организованного в соответствии с правилами проведения ультразвуковых исследований;
- эндоскопического отделения, организованного в соответствии с правилами проведения эндоскопических исследований;
- клинико-диагностической лаборатории;
- отделения реанимации и интенсивной терапии для взрослого населения или отделения анестезиологии-реанимации с палатами реанимации и интенсивной терапии для взрослого населения, организованных в соответствии с порядком оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю "анестезиология и реаниматология";
- операционного блока, организованного в соответствии с приложениями к Порядку оказания медицинской помощи взрослому населению при онкологических заболеваниях;

- отделения противоопухолевой лекарственной терапии, организованного в соответствии с приложениями к Порядку оказания медицинской помощи взрослому населению при онкологических заболеваниях;
- кабинет трансфузиологии, организованный в соответствии с порядком оказания медицинской помощи населению по профилю "трансфузиология";

В отделении должно быть обеспечено круглосуточное наблюдение дежурной бригады в составе врача-онколога и медицинской сестры палатной для непрерывного наблюдения за пациентами.

В структуре Отделения рекомендуется предусматривать:

- смотровой кабинет;
- кабинет заведующего отделением;
- кабинет врачей;
- палаты;
- перевязочную;
- процедурную;
- клизменная;
- сестринскую.

### **Правила организации деятельности операционного блока**

В структуре операционного блока рекомендуется предусмотреть:

- санпропускник с санузлом;
- предоперационные;
- операционные;
- моечную;
- помещение для хранения и подготовки донорской крови и (или) ее компонентов к трансфузии;
- помещения для хранения медицинских изделий;
- комнату для переодевания одежды;
- комнату временного пребывания пациента после операции;
- стерилизационную;
- протокольную (при наличии более 4-х операционных);

- кабинет старшей медицинской сестры;
- помещение для хранения послеоперационных отходов;
- помещение для хранения и подготовки гипсовых бинтов (для отделения опухолей костей и мягких тканей);

**Требования к соблюдению мер безопасности:** Соблюдение всех санитарных норм и правил хирургического стационара, химио- и радиационной безопасности согласно нормативно – правовым актам Республики Узбекистан.

#### **Для проведения лучевой терапии:**

- линейный ускоритель или гамма терапевтический аппарат;
- барабанный фантом (для проверок рабочих характеристик и калибровки аппарата);
- фантом для калибровки единиц Хаунсфилда системы визуализации СВСТ;
- терморегулируемая ванна/печь для термопластических масок;
- насос для вакуумных матрасов;
- встроенная, полностью интегрированная система дозиметрического планирования;
- стандартный набор дозиметрического оборудования;
- КТ с функцией виртуальной симуляции и апертурой не меньше 80см со специально приспособленной плоской декой на стол;
- МРТ аппарат с функцией виртуальной симуляции и апертурой не меньше 80 см со специально приспособленной декой на стол.
- подголовник;
- вакуумный матрац;
- капы, загубники;
- индексная рамка;
- подставки под колено;
- пластины термопластические (маски)

#### **7) требования к подготовке пациента:**

На основании подготовленных пациентом томографических снимков и направления, а также в результате осмотра пациента, определяется очаг заболевания и общее состояние организма, а также рассматривается целесообразность проведения операции и/или химио и/или лучевой терапии.

В день первого визита урологическим онкологом и/или химиотерапевтом и/или радиационным онкологом проводится медицинский осмотр и назначаются необходимые обследования.

Врач доступно разъясняет пациенту особенности его заболевания и метод лечения, подробно опрашивает пациента о симптомах и принимает решение на основании всей имеющейся информации.

В зависимости от состояния заболевания проведение операции и/или химио и/или лучевой терапии может быть признано нецелесообразным.

Назначение хирургической операции и/или курса химио и/или лучевой терапии решается урологическим онкохирургом и/или химиотерапевтом и/или радиационным онкологом, МДГ и с письменного согласия пациента.

Вид и режим лечения определяется в соответствии с клиническими рекомендациями и научно – исследовательскими протоколами. Вид лечения, терапевтические дозы консервативной и/или лучевой терапии подбираются в зависимости от гистологического типа, локализации, стадии, распространения опухоли.

Решение о тактики лечения (проведении операции и/или химио- и/или лучевой терапии) принимается после комплексного обследования пациента, точно поставленного диагноза. Перед процедурой химио- и/или лучевой терапии больному (ой) проводят премедикацию — вводят ряд препаратов, чтобы помочь организму лучше перенести предстоящее лечение:

- гепатопротекторы;
- противорвотные средства;
- иммуномодуляторы;
- пробиотики и др.

Перед каждым курсом химио- и/или лучевой терапии пациент сдает ряд анализов крови и мочи, при необходимости проходит УЗИ некоторых органов, ЭКГ и ряд других исследований в зависимости от конкретного случая.

## **8) индикаторы эффективности процедуры или вмешательства.**

- «ответ опухоли» - регрессия опухоли после проведенного лечения;

**Полный эффект** – исчезновение всех очагов поражения на срок не менее 4х недель.

**Частичный эффект** – большее или равное 50% уменьшение всех или отдельных опухолей при отсутствии прогрессирования других очагов.

**Стабилизация** – (без изменений) уменьшение менее чем на 50% или увеличение менее чем на 25% при отсутствии новых очагов поражения.

**Прогрессирование** – увеличение размеров одной или более опухолей более 25% либо появление новых очагов поражения [7] (УД – А):

- безрецидивная выживаемость (трех и пятилетняя);
- «качество жизни» включает кроме психологического, эмоционального и социального функционирования человека, физическое состояние организма больного. .

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ  
ПРОТОКОЛ ПРОФИЛАКТИКИ И  
РЕАБИЛИТАЦИИ ПО НОЗОЛОГИИ «РАК  
КОЖИ»**

**ТАШКЕНТ – 2025**

**- Коды МКБ:**

<b>МКБ-10:</b>	
<b>Код</b>	<b>Название</b>
C44	– Другие злокачественные новообразования кожи
C44.0	– Кожи губы
C44.1	– Кожи века, включая спайку век
C44.2	– Кожи уха и наружного слухового прохода
C44.3	– Кожи других и неуточненных частей лица
C44.4	– Кожи волосистой части головы и шеи
C44.5	– Кожи туловища
C44.6	– Кожи верхней конечности, включая область плечевого пояса
C44.7	– Кожи нижней конечности, включая тазобедренную область
C44.8	– Поражения кожи, выходящие за пределы одной и более выше перечисленных локализаций
C44.9	– Злокачественные новообразования кожи неуточненной области
Скачать (ссылка с МКБ-10): <a href="https://mkb-10.com/index.php?pid=1225">https://mkb-10.com/index.php?pid=1225</a>	
<b>МКБ-11:</b>	
<b>Код</b>	<b>Название</b>
2E64	Карцинома in situ кожи
2C31	Плоскоклеточный рак кожи
2C31.0	Веррукозная плоскоклеточная карцинома кожи
2C31.1	Кератоакантома
2C81.0	Плоскоклеточный рак полового члена
2C31.Z	Плоскоклеточный рак кожи
2C32	Базальноклеточная карцинома кожи
2C32.0	Узелковый базальноклеточный рак кожи
2C32.1	Склерозирующая базальноклеточная карцинома кожи
2C32.2	Поверхностная базальноклеточная карцинома кожи
2C32.Y	Другая уточненная базальноклеточная карцинома кожи
2C32.Z	Базальноклеточный рак кожи, неуточненный
2C33	Аднексальная карцинома кожи

2C34	Кожная нейроэндокринная карцинома
2C35	Саркома кожи
2C3Y	Другие уточненные злокачественные новообразования кожи
2C3Z	Злокачественные новообразования кожи неизвестного или неуточненного типа
Скачать (ссылка с МКБ-10): <a href="https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#1630407678">https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#1630407678</a>	

## 1. Основная часть

### - Введение

#### - Введение

**Базальноклеточный и плоскоклеточный рак кожи (часто объединяемые как немеланомные опухоли кожи)** – злокачественные опухоли кожи, происходящие из эпителиальных клеток. Базально-клеточный рак кожи (синонимы – базалиома, базальноклеточная карцинома) развивается из клеток базального слоя эпителия, плоскоклеточный рак – из кератиноцитов кожи. (<https://www.niioncologii.ru/highlights/index?id=9643>).

По данным Международного Агентства Изучения Рака – GLOBOCAN, в 2022 году всего выявлено 1 234 533 случаев немеланомного рака кожи и 69 416 человек умерли от этого вида рака ([https://gco.iarc.fr/today/en/dataviz/pie?mode=population&group\\_populations=0&cancers=17](https://gco.iarc.fr/today/en/dataviz/pie?mode=population&group_populations=0&cancers=17)).

Не существует единого этиологического фактора для развития немеланомных опухолей кожи. Самым значимым фактором риска спорадических (ненаследственных) форм немеланомных опухолей кожи следует считать воздействие на кожу ультрафиолетового излучения типа. При этом чувствительность кожи к ультрафиолетовому воздействию различается у людей и может быть классифицирована на 6 типов, где 1 и 2 отличаются наибольшей чувствительностью (и, соответственно, вероятностью возникновения солнечного ожога), а 5 и 6 – наименьшей (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3377516/>). Также следует отметить такие факторы риска как врожденный или приобретенный иммунодефицит (например, после трансплантации органов или других заболеваниях, связанных с необходимостью принимать иммуносупрессанты), пигментная ксеродерма. Описана связь между искусственным ультрафиолетом (в том числе PUVA-терапией) и повышением риска возникновения немеланомных опухолей кожи. Лица, имеющие контакт с мышьяком, также имеют повышенный риск возникновения ПКР, в частности болезни Боуэна. В многих случаях

немеланомные опухоли кожи развиваются на фоне предсуществующих предопухолевых новообразований (вроде актинического кератоза или кератоакантомы), которые также часто могут быть обнаружены на соседних со злокачественной опухолью участках кожи ([https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/radiation-ultraviolet-\(uv\)-radiation-and-skin-cancer?gad\\_source=1&gclid=CjwKCAiAmMC6BhA6EiwAdN5iLYQsbiTXuhejIhIPCWP6gwLK6Z3mZP6PXwxnbu5\\_jQRmgyO-QWTQuBoChrUQAvD\\_BwE#](https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/radiation-ultraviolet-(uv)-radiation-and-skin-cancer?gad_source=1&gclid=CjwKCAiAmMC6BhA6EiwAdN5iLYQsbiTXuhejIhIPCWP6gwLK6Z3mZP6PXwxnbu5_jQRmgyO-QWTQuBoChrUQAvD_BwE#)).

Существует также ряд наследственных синдромов, в рамках которых возможно возникновение базалиом: синдром невоидных базалиом (также известен как синдром Горлина-Гольтца), синдром Базекса, синдром Ромбо, синдром одностороннего базальноклеточного невуса (<https://oncology.lwwhealthlibrary.com/book.aspx?bookid=1172>).

При синдроме Горлина-Гольца обнаруживается мутация в гене РТСН, а у пациентов помимо множественных базалиом может быть выявлен характерный фенотип: широкий корень носа, дополнительные складки на ладонях, кистозные изменения челюстей, пороки развития костной системы. Синдром Базекса наследуется Х-сцепленно по доминантному принципу. Помимо развития множественных базалиом отмечается атрофодермия, гипотрихоз, гипогидроз, фолликулярная атрофия. Синдром Ромбо наследуется по аутосомнодоминантному принципу. Помимо множественных базалиом для синдрома Ромбо характерны гипертрихоз, вермикулярная атрофодермия, трихоэпителиомы и периферическая вазодилатация. При синдроме одностороннего базальноклеточного невуса у пациента отмечается врожденное новообразование кожи с комедонами и эпидермальными кистами, при микроскопии отмечается пролиферация базального эпителия ([https://books.google.co.uz/books/about/DeVita\\_Hellman\\_and\\_Rosenberg\\_s\\_Cancer.html?id=yrBI5zx69X8C&redir\\_esc=y](https://books.google.co.uz/books/about/DeVita_Hellman_and_Rosenberg_s_Cancer.html?id=yrBI5zx69X8C&redir_esc=y)).

ПКРК считается второй по распространенности опухолью среди НМК у людей (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16306523/>). Заболеваемость сильно отличается в зависимости от широты проживания и существенно выше у людей со светлым фототипом кожи (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28220485/>). В этой связи, самая высокая заболеваемость НМК в мире наблюдается в Австралии, где у каждого второго жителя до 70 лет развивается НМК, а самая низкая – в отдельных частях Африки (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22251204/>). У пациентов с двумя и более НМК риск появления новых НМК существенно выше, а множественные НМК чаще встречаются у мужчин (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28392289/>).

По статистическим данным РСНПМЦОиР за 2023 год заболеваемость раком кожи на 100 тыс населения составляет 2,6 (среди мужчин составляет 4% (8-место), среди женщин – 3,2% (9-место)) занимая 9-место в структуре онкологической

заболеваемости. В 2023 году впервые выявлены всего 954 больных раком кожи. Из них, активно во время профилактических осмотров было выявлено 47,9% случаев. Удельный вес больных с диагнозом рак кожи, подтвержденным морфологически составляет 96,1%. 22,3% случаев выявлен в I стадии заболевания, 55,0% - во II стадии, 13,8% - в III стадии и 3,4% - на IV стадии. У 5,5% больных стадия заболевания не удалось установить. В начале 2025 года с раком кожи под диспансерным наблюдением состояли 8768 больные и болезненность составлял 23,8 на 100 тысяч населения. 5-летняя выживаемость при раке кожи в республике составляет 51,5% и 1-годовая летальность – 4,6%. В Республике Узбекистан в 2023 году от рака кожи умерло 336 больных, что смертность на 100 тыс. населения составляет 0,9.

### - Определение – профилактики или реабилитации.

**Профилактическая медицина** (ссылка на источник: [https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D1%80%D0%BE%D1%84%D0%B8%D0%B%D0%B0%D0%BA%D1%82%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F\\_%D0%BC%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D1%86%D0%B8%D0%BD%D0%B0](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D1%80%D0%BE%D1%84%D0%B8%D0%B%D0%B0%D0%BA%D1%82%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F_%D0%BC%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D1%86%D0%B8%D0%BD%D0%B0)) (профилактология, греч. Πρόφύλακτικός — «предохранительный» [70] и λόγος — «учение, наука») — наука и практика в медицине, комплекс мероприятий, направленных на предупреждение возникновения заболеваний и травм, недопущение и устранение факторов риска их развития [71] [72].

Собственно профилактика подразделяется на [73]:

- индивидуальную и общественную (социальную);
- первичную, вторичную и третичную.

В рамках профилактики также существуют специфическая профилактика инфекционных заболеваний и психопрофилактика [73].

Профилактика — основное направление медицины [71] [74] и включает в себя мероприятия государственного, социально-экономического, гигиенического и лечебно-медицинского характера с целью обеспечить высокое состояние здоровья и предупредить возникновение болезней. Подразумевает под собой не только проведение медицинских манипуляций, но и мероприятия законодательного, организационного, экологического [75], архитектурно-планировочного, санитарно-технического, просветительского по медицинским вопросам населения характера [76]. Основывается на научном статистическом причинно-следственном анализе связи факторов и рисков с заболеваниями [77] [78].

Профилактические мероприятия — важнейшая составляющая системы здравоохранения, направленная на формирование у населения медико-социальной активности и мотивации на здоровый образ жизни.

Используемые профилактические мероприятия стремятся продлить полноценную здоровую жизнь человека, с помощью определения изменений в организме отдельно взятого человека, которые могут привести в дальнейшем к заболеваниям и принять адресные меры, направленные на предотвращение болезней. Подобный индивидуализированный подход к профилактике заболеваний рассматривается превентивной медициной [79] [80].

**Медицинская реабилитация** (ссылка на источник: [https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9C%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D1%86%D0%B8%D0%BD%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F\\_%D1%80%D0%B5%D0%B0%D0%B1%D0%B8%D0%BB%D0%B8%D1%82%D0%B0%D1%86%D0%B8%D1%8F](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9C%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D1%86%D0%B8%D0%BD%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F_%D1%80%D0%B5%D0%B0%D0%B1%D0%B8%D0%BB%D0%B8%D1%82%D0%B0%D1%86%D0%B8%D1%8F)) (от лат. *rehabilitatio*, восстановление [81]) — комплекс медицинских, педагогических, психологических и иных видов мероприятий, направленных на максимально возможное восстановление или компенсацию нарушенных или полностью утраченных, в результате болезни или травмы, нормальных психических и физиологических функций (потребностей) человеческого организма, его трудоспособности. Примеры потребностей: быть здоровым, двигательная активность, свобода передвижения, самостоятельность действий, общение с людьми, получение необходимой информации, самореализация через трудовую и иные виды деятельности [82] [83] [84].

В отличие от лечения, реабилитация проводится во время отсутствия острой фазы патологического процесса в организме [85].

Медицинская реабилитация тесно связана с другими видами реабилитации — физической, психологической, трудовой, социальной, экономической.

## 2.1. Виды профилактики или реабилитации

([https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D1%80%D0%BE%D1%84%D0%B8%D0%BB%D0%B0%D0%BA%D1%82%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F\\_%D0%BC%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D1%86%D0%B8%D0%B0%D0%B0](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D1%80%D0%BE%D1%84%D0%B8%D0%BB%D0%B0%D0%BA%D1%82%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F_%D0%BC%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D1%86%D0%B8%D0%B0%D0%B0)).

В зависимости от состояния здоровья, наличия факторов риска заболевания или выраженной патологии можно рассмотреть 3 вида профилактики.

1. **Первичная профилактика** — система мер предупреждения возникновения и воздействия факторов риска развития заболеваний (дезинсекция, вакцинация, рациональный режим труда и отдыха, рациональное качественное питание, физическая активность, охрана окружающей среды). Ряд мероприятий первичной профилактики может осуществляться в масштабах государства. Предотвращение болезней и создание хорошего самочувствия продлевает продолжительность нашей жизни [88]. Мероприятия по укреплению здоровья

не нацелены на конкретное заболевание или состояние, а способствуют укреплению здоровья. С другой стороны, особая защита нацелена на тип или группу заболеваний и дополняет цели укрепления здоровья [88]. Основные принципы первичной профилактики: 1) непрерывность профилактических мероприятий (на протяжении всей жизни, начиная ещё в антенатальном периоде); 2) дифференцированный характер профилактических мероприятий; 3) массовость профилактики; 4) научность профилактики; 5) комплексность профилактических мер (участие в профилактике лечебных учреждений, органов власти, общественных организаций, населения) [87].

2. **Вторичная профилактика** — комплекс мероприятий, направленных на устранение выраженных факторов риска, которые при определенных условиях (стресс, ослабление иммунитета, чрезмерные нагрузки на любые другие функциональные системы организма) могут привести к возникновению, обострению и рецидиву заболевания. Наиболее эффективным методом вторичной профилактики является диспансеризация как комплексный метод раннего выявления заболеваний, динамического наблюдения, направленного лечения, рационального последовательного оздоровления.
3. Некоторые специалисты-профилактикологи предлагают термин «**третичная профилактика**» как комплекс мероприятий по реабилитации больных, утративших возможность полноценной жизнедеятельности. Третичная профилактика имеет целью социальную (формирование уверенности в собственной социальной пригодности), трудовую (возможность восстановления трудовых навыков), психологическую (восстановление поведенческой активности) и медицинскую (восстановление функций органов и систем организма) **реабилитацию** [86].

## 2.2. Принципы проведения общественных профилактических мероприятий и индивидуальной профилактики:

Все мероприятия по канцерпревенции можно условно разделить на три раздела [86].

— **Первичная профилактика:** устранение или уменьшение влияния факторов риска, повышение резистентности организма к воздействию факторов риска.

— **Вторичная профилактика:** диагностика (преимущественно посредством скрининга) и лечение заболевания на ранних доклинических стадиях.

— **Третичная профилактика:** лечение и реабилитация после проведения радикального лечения, а также своевременная диагностика метастатического рака.

## 2.3. Методы и процедуры профилактики:

## 1) Цель профилактики:

Предупреждение возникновения рака кожи, недопущение и устранение факторов риска их развития, раннее выявление и предупреждение осложнений заболевания после лечения.

## 2) Первичная профилактика:

Профилактика рака кожи заключается, прежде всего, в своевременном выявлении и активном лечении предраковых заболеваний, что требует онкологической настороженности у дерматологов и терапевтов.

При выявлении трансформации предракового дерматоза в рак дерматолог должен направить больного к онкологу, который будет решать вопрос о выборе тактики лечения.

Важная роль принадлежит санитарной пропаганде знаний среди населения о клинических проявлениях новообразования с тем, чтобы больные обращались к врачу в максимально ранние сроки при его возникновении.

Необходимо предупреждение населения о вредных последствиях инсоляции, особенно это касается блондинов со светлой кожей. О недопустимости воздействия УФИ должны быть предупреждены и больные ЗН кожи.

Нужно свести к минимуму применение лучевой терапии по поводу различных заболеваний кожи, в том числе базалиом, особенно у молодых лиц.

Важную роль в профилактике рака кожи играет соблюдение техники безопасности на производстве, где имеются канцерогенные вещества. Лица, занятые на таких производствах, должны подвергаться систематическим медосмотрам. связи с частой ассоциацией ВПЧ16 и ВПЧ18 с плоскоклеточным раком половых органов, для профилактики генитального рака целесообразно проведение вирусологического обследования на наличие групп риска. Так как одним из важнейших факторов возникновения карциномы является хроническое повреждение солнечными лучами, прежде всего следует уделить внимание защите от солнца. Важнейшие правила:

- при пребывании на свежем воздухе следует по возможности находиться в тени,
- особенно в солнечные дни следует носить непроницаемую для солнечных лучей одежду, в том числе шляпу с по возможности широкими полями, а также использовать солнцезащитные кремы,

- солнечное излучение наиболее сильно в обед, между 10 и 15 часами. Солнечные ванны в это время наиболее вредны,

- лучевое повреждение могут оказывать также и искусственные ультрафиолетовые лучи (солярии, сварочные работы, УФ-терапия по медицинским показаниям).

Эти правила особенно важны для детей. Кожа у них особенно чувствительна, и дети обычно не могут самостоятельно контролировать свое пребывание под открытым небом. Также очень важны регулярные контроли у врача-дерматолога, особенно для пожилых людей и людей из групп риска (например, после трансплантации органов), а также для тех, у кого уже были раковые заболевания кожи либо предстадии. Это делает возможным распознавание в ранних стадиях, облегчает лечение и улучшает прогноз.

**3) Вторичная профилактика** рака кожи представляет собой комплекс мер по наблюдению пациентов с предраковыми состояниями кожи. Основной целью данных мероприятий является выявление опухоли на ранних стадиях опухолевого процесса. Своевременно наджо обращаться к врачу, особенно люди с предопухолевкми заболеваниями или с факторами риска.

#### **4) Третичная профилактика:**

Необходимо проводить раннюю диагностику и лечения рецидивов, метастазов;

У тех, у кого однажды была базальноклеточная карцинома, существенно повышен риск повторного возникновения новой опухоли. Повторное заболевание развивается примерно у каждого третьего пациента, причём в большинстве случаев новые опухоли образуются в течение ближайших трёх лет. Поэтому ежегодные врачебные контроли в виде клинического осмотра кожи рекомендуются как минимум в течение трёх лет после окончания лечения. Кроме того, пациентам рекомендуется самим внимательно следить за своей кожей и в подозрительных случаях обращаться к врачу.

**6). Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики ([https://oncology-association.ru/wp-content/uploads/2020/09/sarkoma\\_mjagkih\\_tkanej.pdf](https://oncology-association.ru/wp-content/uploads/2020/09/sarkoma_mjagkih_tkanej.pdf))**

На сегодняшний день нет единого мнения относительно частоты и интенсивности наблюдения за пациентами с ПКРК. Целями наблюдения за пациентами следует считать раннее выявление рецидива заболевания, раннее выявление 2-х опухолей (в частности нового ПКРК, а также ПКРК и меланомы кожи), а также психосоциальную поддержку пациентов.

- В целях снижения риска возникновения как меланомы кожи, так и НМК (в

том числе ПКРК), так и с целью профилактики возникновения новых меланом или иных злокачественных новообразований кожи **рекомендуется** избегать солнечных ожогов или действия искусственного ультрафиолета [66] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28703311/>).

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 2)

- Всем пациентам с ранее установленным диагнозом «плоскоклеточный рак кожи» **рекомендуется** проводить регулярное самообследование кожных покровов и периферических лимфатических узлов и своевременно обращаться к врачу при выявлении каких-либо отклонений [67] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25408258/>).

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5)

- Для пациентов 0-I стадией заболевания и низким риском рецидива после завершения лечения **рекомендовано** физикальное обследование с тщательной оценкой состояния кожных покровов и периферических лимфатических узлов каждые 6 месяцев в течение первых 3 лет, затем ежегодно 10 лет наблюдения. Проведение инструментального обследования рекомендуется только по показаниям – в соответствии с рекомендациями, данными в подразделе «Инструментальные диагностические исследования» [68] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23608733/>) (см. также Таблица 24)

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5)

- Для пациентов I-II стадией заболевания и высоким риском рецидива после завершения лечения **рекомендовано** физикальное обследование с тщательной оценкой состояния кожных покровов и периферических лимфатических узлов каждые 3 месяцев в течение первых 3 лет, затем каждые 6 мес. до 5 лет наблюдения, затем ежегодно 10 лет наблюдения. Проведение инструментального обследования рекомендуется только по показаниям – в соответствии с рекомендациями, данными в подразделе «Инструментальные диагностические исследования» [68] (см. также Таблица 24) (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23608733/>)

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5)

- Для пациентов III-IV стадией заболевания после завершения лечения **рекомендованы** физикальные осмотры с тщательной оценкой состояния кожных покровов и периферических лимфатических узлов каждые 3 месяцев в течение первых 3 лет, затем ежегодно 10 лет наблюдения. Проведение инструментального обследования рекомендуется в первые 3 года с интервалом 1 раз в 6 мес. (или чаще, если требуется по показаниям – в соответствии с рекомендациями, данными в

подразделе «Инструментальные диагностические исследования» [68] (см. также Таблица 24) (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23608733/>)

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5)

• **Рекомендуется** пожизненное наблюдение врачом-офтальмологом пациентов с ПКРК кожи века, включая спайку век, обследование пациентов данной группы рекомендуется проводить каждые 3 месяца после завершения лечения в течение 1 года, затем каждые 6 месяцев на протяжении последующих трех лет, далее 1 раз в год пожизненно [69] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31299757/>).

Уровень убедительности рекомендации С (уровень достоверности доказательств – 5)

## 2.4. Методы и процедуры реабилитации:

цель реабилитации рак кожи:

- полное или частичное восстановление нарушенных и (или) компенсация утраченных функций пораженного органа или системы;
- поддержание функций организма в процессе завершения остро развившегося патологического процесса;
- предупреждение, ранняя диагностика и коррекция возможных нарушений функций поврежденных органов или систем организма;
- предупреждение и снижение степени возможной инвалидности;
- улучшение качества жизни;
- сохранение работоспособности пациента;
- социальная интеграция пациента в общество.

### 1. Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации

В настоящее время для большинства видов медицинской реабилитации отсутствуют клинические исследования с участием пациентов с ПКРК. Данные рекомендации сделаны на основании того, что во многих исследованиях, в том числе мете-анализах (Steffens, D et al 2018 и др.) и систематических обзорах (Nicole L. Stout et al, 2017 и R. Segal et al, 2017 и др.) доказано, что различные виды медицинской реабилитации значительно ускоряют функциональное восстановление, сокращают сроки пребывания в стационаре после операции и снижают частоту развития осложнений и летальных исходов у пациентов с другими злокачественными новообразованиями.

## 1.1. Препреабилитация

- **Рекомендуется** проведение препреабилитации всем пациентам с ПКРК в целях ускорения функционального восстановления, сокращения сроков пребывания в стационаре после операции, снижения частоты развития осложнений и летальных исходов на фоне лечения ПКРК. Препреабилитация включает физическую подготовку (ЛФК), психологическую и нутритивную поддержку, информирование пациентов (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23756434/>).

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5)

**Комментарий:** целесообразно советовать пациенту увеличить физическую активность за 2 недели до операции в целях снижения сроков пребывания в стационаре и риска развития послеоперационных осложнений, а также повышения качества жизни в послеоперационном периоде (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26769776/>).

## 1.2. Реабилитация при хирургическом лечении

### 1.2.1. Первый этап реабилитации

- **Рекомендуется** мультидисциплинарный подход при проведении реабилитации пациентов в онкодерматологии с включением двигательной реабилитации, психологической поддержки, работы со специалистами по трудотерапии (инструкторами по трудовой терапии) (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25733913/>).

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).

- **Рекомендуется** в качестве целей восстановительного лечения считать: восстановление объема движений в оперированной части тела, восстановление тонуса, увеличение силы мышц оперированной конечности, коррекция мышечного дисбаланса (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24161605/>).

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).

- **Рекомендуется** раннее начало восстановительного лечения, поскольку оно улучшает функциональные результаты после операций в онкодерматологии (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24161605/>).

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).

- **Рекомендуется** комплекс ЛФК в каждом конкретном случае разрабатывать индивидуально, исходя из особенностей и объема операции (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19117349/>).

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).

- **Рекомендуется** сочетать лечение положением, ЛФК, криотерапию на область операции, массаж медицинский, электротерапию в целях обезболивания (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30052758/>).

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).

- **Рекомендуется** постепенно расширять объем ЛФК. При появлении возможности активного отведения разрешается полная нагрузка на оперированную конечность (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24161605/>).

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).

### 1.2.2. Второй этап реабилитации

- **Рекомендовано** использовать методики, направленные на мобилизацию рубцов для профилактики формирования грубых рубцовых изменений, в том числе в глубоких слоях мягких тканей: глубокий массаж, упражнения на растяжку, ультразвуковую терапию с целью размягчения рубцовых изменений [89].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).

- **Рекомендуется** при возникновении лимфедемы проводить полную противоотечную терапию, включающую мануальный лимфодренаж, ношение компрессионного трикотажа, выполнение комплекса ЛФК, уход за кожей [90].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).

### 1.2.3. Третий этап реабилитации

- **Рекомендуется** выполнение и постепенное расширение комплекса ЛФК с включением аэробной нагрузки, что улучшает результаты комбинированного лечения злокачественных новообразований и качество жизни [91].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).

- **Рекомендован** массаж медицинский для улучшения качества жизни, уменьшения болевого синдрома, слабости [92].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5)

### 1.3. Реабилитация при химиотерапии

- **Рекомендуется** раннее начало физических нагрузок на фоне химиотерапии, что помогает профилактике мышечной слабости, гипотрофии, снижения толерантности к физической нагрузке [93].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 3).

- Данная рекомендация сделана на основании результатов проведенных систематических обзоров Nicole L. Stout et al, 2017 и R. Segal et al, 2017 влияния физических упражнений на пациентов с другими злокачественными новообразованиями - рекомендуется применение аэробной нагрузки на фоне химиотерапии, что повышает уровень гемоглобина, эритроцитов и снижает длительность лейко- и тромбоцитопении, а также повышает вероятность завершить запланированный курс химиотерапии [94].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).

- **Рекомендовано** проводить упражнения на тренировку баланса, что более эффективно для коррекции полинейропатии, чем сочетание упражнений на выносливость и силовых упражнений (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24927670/>).

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).

- **Рекомендуется** применение низкоинтенсивной лазеротерапии в лечении периферической полинейропатии на фоне химиотерапии [95].

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 2).

- **Рекомендуется** низкочастотная магнитотерапия в лечении периферической полинейропатии на фоне химиотерапии [96].

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 2).

- **Рекомендуется** чрескожная короткоимпульсная электростимуляция в течение 20 минуты в день 4 недель для лечения полинейропатии на фоне химиотерапии (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24549206/>).

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств –5).

- **Рекомендуется** низкоинтенсивная лазеротерапия в профилактике мукозитов полости рта на фоне химиотерапии [97].

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 1).

- **Рекомендуется** проводить комплекс ЛФК, что снижает частоту развития кардиальных осложнений на фоне химиотерапии [98].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств –5).

- **Рекомендуется** использование систем охлаждения кожи головы, что обеспечивает профилактику алопеции на фоне химиотерапии [99].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств –5).

#### 1.4. Лучевая терапия

- **Рекомендуется** выполнение комплекса ЛФК (аэробной нагрузки в сочетании с силовой) на фоне лучевой терапии, что позволяет проводить профилактику слабости и улучшает качество жизни у на фоне лучевой терапии (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29445285/>).

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5)

- **Рекомендуется** проведение комплекса ЛФК, что увеличивает плотность костной ткани и выносливость пациента на фоне лучевой терапии в первую очередь у пациентов с костными метастазами [100].

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств –2).

- **Рекомендуется** через 3 дня после начала лучевой терапии подключить низкоинтенсивную лазеротерапию на 3 дня в неделю для профилактики лучевого дерматита (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26447605/>).

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств –5).

#### 1.5. Принципы психологической реабилитации пациентов со злокачественными новообразованиями кожи

• **Рекомендуется** выполнять информирование пациентов о заболевании, психических реакциях; зоне ответственности в процессе лечения; способах коммуникации с родственниками, медицинским персоналом; способах получения дополнительной информации о своем заболевании или состоянии; способах получения социальной поддержки, что приводит к улучшению качества жизни и исхода заболевания (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/4001992/>).

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5)

• **Рекомендуется** добиваться комбинированного эффекта совладающего поведения и воспринимаемой социальной поддержки, что приводит к меньшему количеству навязчивых и избегающих мыслей до лечения и обеспечивает лучшую психологическую адаптацию через 1 месяц после лечения [101].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5)

• **Рекомендуются** психообразовательные мероприятия и психологическая поддержка (самодиагностика патологических психических реакций; способы совладания со стрессом; отслеживание взаимовлияния психических реакций и физического состояния), что может рассматриваться как основной механизм трансформации стрессовых событий в личный опыт, способствующий социальной и психической адаптации в условиях заболевания и лечения [102]

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5)

**Комментарий:** Чаще всего в научных исследованиях в рамках онкопсихологии встречаются 3 стиля совладания среди пациентов с меланомами и НМК:

- (1) активное поведенческое преодоление эмоциональных, физических и социальных трудностей, ассоциированных с заболеванием и лечением;
- (2) активно-познавательное преодоление, включающее в себя отношение, убеждения и размышления о заболевании;
- (3) преодоление избегания, включающее попытки активного избегания проблем или косвенного снижения эмоционального напряжения с помощью отвлечения внимания.

В целом, исследования показывают, что пациенты, которые используют активные (проблемно-ориентированные) стратегии выживания, демонстрируют лучшую адаптацию к заболеванию, чем те, кто использует пассивные или избегающие стили выживания [103]

Пациенты, которые использовали активно-поведенческие методы преодоления трудностей, сообщали о более высоком уровне самооценки и энергии, меньшем количестве физических симптомов и снижении раздражительности и астенизации (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8357293/>).

В противоположность этому, у пациентов с меланомой и НМК на ранних стадиях была продемонстрирована положительная корреляция между методами преодоления избегания и тревожностью, депрессией, растерянностью и нестабильным фоном настроения (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8357293/>)

Boesen et al. продемонстрировали, что структурированные вмешательства, предлагающие психо-образовательную поддержку, способствуют снижению дистресса и расстройств настроения, приводят к более активному использованию стратегий выживания среди пациентов с меланомой и НМК (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18089864/>).

• **Рекомендуется** проводить прицельные психокоррекционные мероприятия психических реакций, ассоциированных с НМК (реакции по астено-тревожно-депрессивному типу, нарциссические реакции, реакции в рамках ПТС, социальная изоляция), что приводит к уменьшению тревожности, расстройств, связанных со здоровьем, а также с положительным изменениям в борьбе с болезнью [104].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5)

**Комментарий:** Результаты психокоррекционных мероприятий демонстрируют низкий уровень депрессии, спутанности сознания, астенизации, апатии и общего снижения фона настроения среди пациентов с меланомой и НМК [103]. Также многие исследования демонстрируют положительное влияние вмешательства на функции иммунной системы, в том числе увеличение некоторых типов естественных киллеров (НК) и увеличение потенциала НК-клеток в борьбе с опухолями[104]. За 5 лет наблюдения данные исследователи смогли показать, что психологические и биологические изменения, в свою очередь, были связаны с показателями рецидивов и выживаемости (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8357293/>).

### **3. Показания к проведению 3-х видов профилактики и к реабилитации.**

Первичная профилактика рак кожи приводит к уменьшению вероятности заболеть с раком путем предотвращения факторов риска, излечения от хронических инфекционных и предопухолевых, доброкачественных заболеваний и осложнений.

Вторичная профилактика приводит к раннему выявлению раков кожи в бессимптомных и предклинических стадиях, при которых вероятность полного излечения от раков кожи высока.

Третичная – реабилитационная профилактическая терапия проводится всем больным раком кожи, которые получают и/или завершили хирургическую и медикаментозную терапию независимо от возраста, стадии гистологического вида.

Для оценки эффективности и решения о необходимости коррекции режима профилактики рекомендовано контролировать клинически и лабораторно проводимую профилактическую терапию. При клиническом контроле, решение о недостаточной эффективности профилактической заместительной терапии принимается в случаях отклонения от нормы клинических результатов анализов и ухудшения (не улучшения) соматического состояния больного вовремя и после операции, специфической цитостатической терапии.

**3.1. Критерии для определения проведения видов профилактики** (согласно международным стандартам, данным основанным доказательной медицины).

- Первичная профилактика рекомендуется всем слоям населения, с целью предотвращения развития раков кожи. *Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4);*
- С целью вторичной профилактики, рекомендуется проходить профилактические обследования у участкового врача, особенно у людей с наличием факторов риска. *Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4);*
- Пациентам после завершения специфической хирургической и медикаментозной терапии всем больным рекомендовано проведение третичной – реабилитационной профилактики. *Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 4).*

**3.2. Критерии для определения этапа и объема реабилитационных процедур** (международные шкалы согласно Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья).

Программа активного диспансерного наблюдения за больными БКР в условиях ПМСП



Выявленные больные после проведенного лечения находятся по поводу БКР под активным диспансерным наблюдением (ДО-11) с целью раннего выявления рецидива и возможного лечения.

Целесообразно наблюдать больных без отягощающих факторов риска не более 3 лет. Этого срока наблюдения вполне достаточно для уточнения прогноза и выявления возможного рецидива заболевания. При этом осмотр проводится в первые 2 года 4 раза в год, в 3- 1р в год.

Больных с первично-множественным рецидивирующим раком рекомендуется брать на активное наблюдение сразу пожизненно. Это обусловлено тем, что у больных первично-множественными формами заболевания число рецидивов в месте лечения опухоли было в 7,8 раза выше, чем у больных с единичной опухолью. Рецидивы в месте удаления рака у больных с единичной формой заболевания возникали на протяжении первых 3 лет наблюдения, а с множественной – на 3-5-м годах. В этой группе больных проводится углубленная ежегодная диспансеризация, направленная на раннее выявление онкологических заболеваний различной локализации.

Пациенты, получившие лечение по поводу плоскоклеточного, метатипического рака и придатков кожи рекомендуется проводить реабилитацию, ориентируясь на общие принципы реабилитации пациентов после проведенных хирургических вмешательств и/или химиотерапии.

Диспансерное наблюдение за излеченными больными:

Рекомендуется соблюдать следующую периодичность и методы наблюдения после завершения лечения по поводу рака кожи:

В первые 1-2 года физикальный осмотр и сбор жалоб рекомендуется проводить 1 раз в 3 месяца, на 3 год - 1 раз в 6 месяцев, с 4 года – 1 раз в год или чаще при появлении жалоб. У пациентов с высоким риском рецидива перерыв между обследованиями может быть сокращен.

Объем обследования:

1. Анамнез, локальный осмотр и физикальное обследование
2. УЗИ периферических лимфоузлов, органов брюшной полости и малого таза 1 раз в 3 месяца 1-2 года, 1 раз в 6 месяцев 3 год, 1 раз в год с 4-года наблюдения.
3. Рентгенография органов грудной клетки 1 раз в 3 месяца 1-2 года, 1 раз в 6 месяцев 3 год, 1 раз в год с 4-года наблюдения.

Задачей наблюдения является раннее выявление прогрессирования заболевания с целью раннего начала химиотерапии или хирургического лечения резектабельных метастатических очагов, рецидивных опухолей, а также выявление метастатических опухолей.

#### 4. Этапы и объемы реабилитации:

В таблице 24 представлен рекомендуемый в рамках диспансерного наблюдения график обследований пациента с ранее установленным диагнозом, составленный на основании рекомендаций, данных в разделе «Диагностика» и на рисках возникновения прогрессирования болезни.

Стадия заболе вания (или эквива лент)	Физикальный осмотр			УЗИ лимфатических узлов			Лучевая диагностика в полном объеме		
	Годы наблюдения			Годы наблюдения			Годы наблюдения		
	1-3	4-5	6-10	1-3	4-5	6-10	1-3	4-5	6-10
0–I (низкий риск [1])	Каж дые 6 мес	Каж дые 12 мес	Каж дые 12 мес	По показа ниям	По показа ниям	По показа ниям	По показа ниям	По показа ниям	По показа ниям
I–II (высокий риск)	Каж дые 3	Каж дые 6	Каж дые 12	Каждые 3 мес	Каждые 6 мес	По показа ниям	По показа ниям	По показа ниям	По показа ниям

риск [2])	мес	мес	мес						
III-IV	Каждые 6 мес	Каждые 12 мес	Каждые 12 мес	Каждые 3 мес	Каждые 6 мес	По показаниям	Каждые 6 мес	По показаниям	По показаниям

## 5. Диагностические мероприятия с указанием уровня медицинской профилактики или реабилитации:

1) Основные диагностические мероприятия с указанием уровня доказательности:

- ОАК с лейкоформулой, подсчетом количества тромбоцитов;
- Биохимический анализ крови (натрий, калий, кальций, глюкоза, мочевины, креатинин, мочевиная кислота, общий белок, альбумин, общий билирубин, прямой, билирубин, ЛДГ, АСТ, АЛТ, СРБ, щелочная фосфатаза);
- УЗИ ОБП+почек, забрюшинного пространства, ОМТ, периферических лимфоузлов;
- Рентген исследование грудной клетки;

*Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)*

2) Дополнительные диагностические мероприятия с указанием уровня доказательности:

- Определение КЩС и газов крови;
- КТ головы, шеи;
- УЗДГ сосудов (вен и/или артерий);
- МРТ-головного мозга
- Холтеровское – мониторирование ЭКГ

*Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)*

## 6. Тактика медицинской профилактики или реабилитации с указанием уровня:

1) основные профилактические или реабилитационные мероприятия с указанием уровня доказательности:

Пациентам, завершившим лечение по поводу рак кожи с достижением полной ремиссии, рекомендуется диспансерное наблюдение у врача- онколога в течение 1-го года после завершения терапии каждые 3 мес, 2-го года – каждые 6 мес, в дальнейшем – ежегодно.

*Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).*

ОАК, Биохимический анализ крови необходимо проводить каждые 3 месяца в течение 1-го года жизни, затем каждые 6 месяцев в течении 2-го года и в дальнейшем – один раз в год.

*Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).*

2) дополнительные профилактические и реабилитационные мероприятия с указанием уровня доказательности:

Дополнительным профилактическим мерам входит приём рекомендованных препаратов для снижения риска рецидива и повышения иммунитета, полноценное питание, исключение вредных привычек и воздействия неблагоприятных внешних факторов, выполнять рекомендации лечащего врача с учетом состояния своего здоровья.

*Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).*

## **7. Индикаторы эффективности профилактических и реабилитационных мероприятий:**

Профилактическая терапия и реабилитация должна контролироваться клинически, лабораторно и инструментальными обследованиями во время посещения на динамический контроль. Индикаторы эффективности профилактических и реабилитационных мероприятий при раке кожи, следующие:

- отсутствия рецидива заболевания;
- отсутствия метастазирования заболевания;
- отсутствия поздних осложнений хирургической, медикаментозных и лучевой терапии;
- полноценное возвращение на исходное положение психического состояния больного и близких родственников пациента;
- отказ пациента от вредных привычек, соблюдение образа здоровой жизни, здорового питания;
- своевременное обращение на динамический контроль пациента;

- своевременное лечение состояний/заболеваний являющиеся фоновым заболеваниями или фактором риска рака кожи.

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ  
ПРОТОКОЛ ПАЛЛИАТИВНОГО  
ЛЕЧЕНИЯ ПО НОЗОЛОГИИ «РАК  
КОЖИ»**

**ТАШКЕНТ – 2025**

**- Коды МКБ:**

<b>МКБ-10:</b>	
<b>Код</b>	<b>Название</b>
C44	– Другие злокачественные новообразования кожи
C44.0	– Кожи губы
C44.1	– Кожи века, включая спайку век
C44.2	– Кожи уха и наружного слухового прохода
C44.3	– Кожи других и неуточненных частей лица
C44.4	– Кожи волосистой части головы и шеи
C44.5	– Кожи туловища
C44.6	– Кожи верхней конечности, включая область плечевого пояса
C44.7	– Кожи нижней конечности, включая тазобедренную область
C44.8	– Поражения кожи, выходящие за пределы одной и более выше перечисленных локализаций
C44.9	– Злокачественные новообразования кожи неуточненной области
Скачать (ссылка с МКБ-10): <a href="https://mkb-10.com/index.php?pid=1225">https://mkb-10.com/index.php?pid=1225</a>	
<b>МКБ-11:</b>	
<b>Код</b>	<b>Название</b>
2E64	Карцинома in situ кожи
2C31	Плоскоклеточный рак кожи
2C31.0	Веррукозная плоскоклеточная карцинома кожи
2C31.1	Кератоакантома
2C81.0	Плоскоклеточный рак полового члена
2C31.Z	Плоскоклеточный рак кожи
2C32	Базальноклеточная карцинома кожи
2C32.0	Узелковый базальноклеточный рак кожи
2C32.1	Склерозирующая базальноклеточная карцинома кожи
2C32.2	Поверхностная базальноклеточная карцинома кожи
2C32.Y	Другая уточненная базальноклеточная карцинома кожи
2C32.Z	Базальноклеточный рак кожи, неуточненный
2C33	Аднексальная карцинома кожи

2C34	Кожная нейроэндокринная карцинома
2C35	Саркома кожи
2C3Y	Другие уточненные злокачественные новообразования кожи
2C3Z	Злокачественные новообразования кожи неизвестного или неуточненного типа
Скачать (ссылка с МКБ-10): <a href="https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#1630407678">https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#1630407678</a>	

## 1. Основная часть

### 1) Введение

**Базальноклеточный и плоскоклеточный рак кожи (часто объединяемые как немеланомные опухоли кожи)** – злокачественные опухоли кожи, происходящие из эпителиальных клеток. Базально-клеточный рак кожи (синонимы – базалиома, базальноклеточная карцинома) развивается из клеток базального слоя эпителия, плоскоклеточный рак - из кератиноцитов кожи. (<https://www.niioncologii.ru/highlights/index?id=9643>).

**2) Определение синдрома развившийся в процессе течения данной нозологии** (ссылка на использованный источник: [https://gco.iarc.fr/today/en/dataviz/pie?mode=population&group\\_populations=0&cancers=17](https://gco.iarc.fr/today/en/dataviz/pie?mode=population&group_populations=0&cancers=17)):

По данным Международного Агентства Изучения Рака – GLOBOCAN, в 2022 году всего выявлено 1 234 533 случаев немеланомного рака кожи и 69 416 человек умерли от этого вида рака.

Не существует единого этиологического фактора для развития немеланомных опухолей кожи. Самым значимым фактором риска спорадических (ненаследственных) форм немеланомных опухолей кожи следует считать воздействие на кожу ультрафиолетового излучения типа. При этом чувствительность кожи к ультрафиолетовому воздействию различается у людей и может быть классифицирована на 6 типов, где 1 и 2 отличаются наибольшей чувствительностью (и, соответственно, вероятностью возникновения солнечного ожога), а 5 и 6 – наименьшей (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3377516/>). Также следует отметить такие факторы риска как врожденный или приобретенный иммунодефицит (например, после трансплантации органов или других заболеваниях, связанных с необходимостью принимать иммуносупрессанты), пигментная ксеродерма. Описана связь между искусственным ультрафиолетом (в том числе PUVA-терапией) и повышением риска возникновения немеланомных опухолей кожи. Лица, имеющие контакт с мышьяком, также имеют повышенный

риск возникновения ПКР, в частности болезни Боуэна. В многих случаях немеланомные опухоли кожи развиваются на фоне предсуществующих предопухолевых новообразований (вроде актинического кератоза или кератоакантомы), которые также часто могут быть обнаружены на соседних со злокачественной опухолью участках кожи ([https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/radiation-ultraviolet-\(uv\)-radiation-and-skin-cancer?gad\\_source=1&gclid=CjwKCAiAmMC6BhA6EiwAdN5iLYQsbiTXuhejIhIPCWP6gwLK6Z3mZP6PXwxnbu5\\_jQRmgyO-QWTQuBoChrUQAvD\\_BwE#](https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/radiation-ultraviolet-(uv)-radiation-and-skin-cancer?gad_source=1&gclid=CjwKCAiAmMC6BhA6EiwAdN5iLYQsbiTXuhejIhIPCWP6gwLK6Z3mZP6PXwxnbu5_jQRmgyO-QWTQuBoChrUQAvD_BwE#)).

Существует также ряд наследственных синдромов, в рамках которых возможно возникновение базалиом: синдром невоидных базалиом (также известен как синдром Горлина-Гольца), синдром Базекса, синдром Ромбо, синдром одностороннего базальноклеточного невуса (<https://oncology.lwwhealthlibrary.com/book.aspx?bookid=1172>).

При синдроме Горлина-Гольца обнаруживается мутация в гене РТСН, а у пациентов помимо множественных базалиом может быть выявлен характерный фенотип: широкий корень носа, дополнительные складки на ладонях, кистозные изменения челюстей, пороки развития костной системы. Синдром Базекса наследуется Х-сцепленно по доминантному принципу. Помимо развития множественных базалиом отмечается атрофодермия, гипотрихоз, гипогидроз, фолликулярная атрофия. Синдром Ромбо наследуется по аутосомнодоминантному принципу. Помимо множественных базалиом для синдрома Ромбо характерны гипертрихоз, вермикулярная атрофодермия, трихоэпителиомы и периферическая вазодилатация. При синдроме одностороннего базальноклеточного невуса у пациента отмечается врожденное новообразование кожи с комедонами и эпидермальными кистами, при микроскопии отмечается пролиферация базального эпителия ([https://books.google.co.uz/books/about/DeVita\\_Hellman\\_and\\_Rosenberg\\_s\\_Cancer.html?id=yrBI5zx69X8C&redir\\_esc=y](https://books.google.co.uz/books/about/DeVita_Hellman_and_Rosenberg_s_Cancer.html?id=yrBI5zx69X8C&redir_esc=y)).

ПКРК считается второй по распространенности опухолью среди НМК у людей (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16306523/>). Заболеваемость сильно отличается в зависимости от широты проживания и существенно выше у людей со светлым фототипом кожи (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28220485/>). В этой связи, самая высокая заболеваемость НМК в мире наблюдается в Австралии, где у каждого второго жителя до 70 лет развивается НМК, а самая низкая – в отдельных частях Африки (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22251204/>). У пациентов с двумя и более НМК риск появления новых НМК существенно выше, а множественные НМК чаще встречаются у мужчин (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28392289/>).

По статистическим данным РСНПМЦОиР за 2023 год заболеваемость раком кожи на 100 тыс населения составляет 2,6 (среди мужчин составляет 4% (8-место),

среди женщин – 3,2% (9-место)) занимая 9-место в структуре онкологической заболеваемости. В 2023 году впервые выявлены всего 954 больных раком кожи. Из них, активно во время профилактических осмотров было выявлено 47,9% случаев. Удельный вес больных с диагнозом рак кожи, подтвержденным морфологически составляет 96,1%. 22,3% случаев выявлен в I стадии заболевания, 55,0% - во II стадии, 13,8% - в III стадии и 3,4% - на IV стадии. У 5,5% больных стадия заболевания не удалось установить. В начале 2025 года с раком кожи под диспансерным наблюдением состояли 8768 больные и болезненность составлял 23,8 на 100 тысяч населения. 5-летняя выживаемость при раке кожи в республике составляет 51,5% и 1-годовая летальность – 4,6%. В Республике Узбекистан в 2023 году от рака кожи умерло 336 больных, что смертность на 100 тыс. населения составляет 0,9.

**Клиническая классификация** (<https://publications.iarc.fr/Book-And-Report-Series/Who-Classification-Of-Tumours/WHO-Classification-Of-Skin-Tumours-2018>)

**Международная классификация по системе TNM (VIII–й пересмотр, 2017 г.)** (<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5851445/>)

Для процедуры стадирования немеланомных опухолей кожи морфологическое подтверждение обязательно. Оценку состояния лимфатических узлов для установления стадии выполняют при помощи клинического осмотра и инструментальных исследований.

**Критерий T отражает распространенность первичной опухоли [\*]:**

- pTx – недостаточно данных для оценки первичной опухоли;
- T0 – отсутствие первичной опухоли;
- Tis – Карцинома in situ;
- T1 – опухоль 2 см или менее в наибольшем измерении;
- T2 – опухоль толщиной более 2 см в наибольшем измерении;
- T3 – опухоль любого размера, врастающая в подлежащие структуры (например, в мышцу, кость, хрящ, челюсть и др.);
- T4 – опухоль любого размера, с периневральной инвазией или прямым врастанием в кости основания черепа или осевого скелета.

Примечание: в случае первично-множественных синхронных опухолей классификация выполняется по опухоли наибольшего размера, а в скобках указывается общее количество опухолей кожи, например: T2 (5).

**Критерий N указывает на наличие или отсутствие метастазов в регионарных лимфатических узлах [6].**

Регионарными лимфатическими узлами следует считать для опухолей, расположенных преимущественно на одной стороне тела (левой или правой):

- Голова, шея: ипсилатеральные околоушные, подчелюстные, шейные и надключичные лимфатические узлы;
- Грудная стенка: ипсилатеральные подмышечные лимфатические узлы;
- Верхняя конечность: ипсилатеральные локтевые и подмышечные лимфатические узлы;
- Живот, поясница и ягодицы: ипсилатеральные паховые лимфатические узлы;
- Нижняя конечность: ипсилатеральные подколенные и паховые лимфатические узлы;
- Край ануса и кожа перианальной области: ипсилатеральная паховые лимфатические узлы.

В случае расположения опухоли в пограничных зонах лимфоузлы с обеих сторон могут считаться регионарными [6]. В таблице 25 приведены анатомические ориентиры для определения пограничных зон шириной 4 см.

**Таблица 25.** Анатомические ориентиры пограничных зон для определения регионарных лимфатических бассейнов

Области	Линия границы (шириной 4 см)
<b>Левая и правая половины</b>	Срединная линия тела
<b>Голова и шея / грудная стенка</b>	Ключица – акромион – верхний край плеча
<b>Грудная стенка / верхняя конечность</b>	Плечо – подмышечная впадина - плечо
<b>Грудная стенка / живот, поясница или ягодицы</b>	Спереди: середина расстояния между пупком и реберной дугой; Сзади: нижняя граница грудного позвонка (поперечный отросток)
<b>Живот, поясница или ягодицы / нижняя конечность</b>	Паховая складка – большой вертел – ягодичная борозда

При обнаружении метастазов в лимфатических узлах за пределами указанных регионарных зон метастазирования следует классифицировать их как отдаленные метастазы (<https://www.wiley.com/en-us/TNM+Classification+of+Malignant+Tumours%2C+8th+Edition-p-9781119263579>).

- NX – недостаточно данных для оценки регионарных лимфатических узлов.
- N0 – поражения регионарных лимфатических узлов нет.
- N1 – метастаз в 1 регионарном лимфатическом узле размерами 3 см или менее в наибольшем измерении.
- N2 – метастаз 1 регионарном лимфатическом узле размерами более 3 см, не более 6 см в наибольшем измерении, или множественные метастазы в регионарных лимфатических узлах не более 6 см в наибольшем измерении [†].
- N3 – метастаз в 1 или более регионарных лимфатических узлах размерами более 6 см в наибольшем измерении.

**Критерий M характеризует наличие или отсутствие отдаленных метастазов** (<https://www.wiley.com/en-us/TNM+Classification+of+Malignant+Tumours%2C+8th+Edition-p-9781119263579>):

- M0 – отдаленных метастазов нет;
- M1 – наличие отдаленных метастазов.

**Критерий G характеризует степень дифференцировки опухоли** (<https://www.wiley.com/en-us/TNM+Classification+of+Malignant+Tumours%2C+8th+Edition-p-9781119263579>):

- GX – степень дифференцировки не может быть определена;
- G1 – высокодифференцированная опухоль;
- G2 – умеренно дифференцированная опухоль;
- G3 – низкодифференцированная опухоль;
- G4 – недифференцированная опухоль.

Некоторые факторы неблагоприятного прогноза суммированы в таблице 26. В классификации AJCC наличие таких факторов может повысить стадию с I до II (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19917835/>).

**Таблица 26. Факторы неблагоприятного прогноза рака кожи** (<https://www.wiley.com/en-us/TNM+Classification+of+Malignant+Tumours%2C+8th+Edition-p-9781119263579>)

<b>Глубина поражения/ инвазия микроструктур</b>	Толщина опухоли более 4 мм по Бреслоу
	Уровень инвазии по Кларку 4
	Периневральная инвазия
	Ангиолимфатическая инвазия
<b>Анатомическая локализация</b>	Первичная локализация на ушной раковине
	Первичная локализация на красной кайме губы
<b>Дифференцировка</b>	Низкодифференцированная или недифференцированная опухоль

Группировка по стадиям представлена в таблице 27:

**Таблица 27.** Группировка по стадиям немеланомных опухолей кожи

([https://www.wiley.com/en-](https://www.wiley.com/en-us/TNM+Classification+of+Malignant+Tumours%2C+8th+Edition-p-9781119263579)

[es/TNM+Classification+of+Malignant+Tumours%2C+8th+Edition-p-9781119263579](https://www.wiley.com/en-us/TNM+Classification+of+Malignant+Tumours%2C+8th+Edition-p-9781119263579))

<b>Стадия</b>	<b>pT</b>	<b>N</b>	<b>M</b>
<b>0</b>	<b>is</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>I</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>II</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>III</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
	<b>1,2,3</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
<b>IV</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
	<b>1,2,3</b>	<b>2,3</b>	<b>0</b>
	<b>Любая</b>	<b>Любая</b>	<b>1</b>

**Стадирование рака кожи века (C44.1) по системе UICC TNM (8 пересмотр, 2018)**

Для процедуры стадирования рака кожи века гистологическое подтверждение обязательно. Оценку состояния лимфатических узлов для установления стадии выполняют при помощи клинического осмотра и инструментальных исследований.

**Критерий T отражает распространенность первичной опухоли:**

- ТХ – недостаточно данных для оценки первичной опухоли (включая случаи спонтанной регрессии опухоли, а также ошибки при хирургическом удалении опухоли);
- Т0 – отсутствие первичной опухоли;
- Тis – Карцинома in situ;
- Т1 – опухоль 5 мм или менее в наибольшем измерении, не врастает в хрящевую пластину века или край века;
- Т2а – опухоль более 5 мм, но не более 10 мм в наибольшем измерении, или любого размера опухоль, врастающая в хрящевую пластину или край века;
- Т2b – опухоль более 10 мм, но не более 20 мм в наибольшем измерении, или любого размера опухоль, прорастающая веко на всю толщину;
- Т3а – опухоль более 20 мм в наибольшем измерении, или любого размера опухоль, врастающая в прилежащие структуры глаза или глазницы, или любого размера опухоль с периневральной инвазией;
- Т3b – опухоль, полное удаление которой требует энуклеации глаза, экзентерации орбиты или резекции кости;
- Т4 – опухоль нерезектабельна из-за массивного вовлечения структур глаза, глазницы, лицевого черепа или головного мозга.

**Критерий N указывает на наличие или отсутствие метастазов в регионарных лимфатических узлах:**

- Nx – недостаточно данных для оценки регионарных лимфатических узлов;
- N0 – поражения регионарных лимфатических узлов нет;
- N1 – наличие метастазов в регионарных лимфоузлах.

**Критерий M характеризует наличие или отсутствие отдаленных метастазов:**

- M0 – отдаленных метастазов нет;
- M1 – наличие отдаленных метастазов.

В таблице 28. приведена группировка рака кожи века по стадиям

**Таблица 28.** Группировка по стадиям рака кожи века

<b>Стадия</b>	<b>T</b>	<b>N</b>	<b>M</b>
<b>0</b>	Is	0	0
<b>IA</b>	1	0	0

<b>IB</b>	2a	0	0
<b>IC</b>	2b	0	0
<b>II</b>	3a	0	0
<b>IIIA</b>	3b	0	0
<b>IIIB</b>	Любое T	1	0
<b>IIIC</b>	4	Любое N	0
<b>IV</b>	Любое T	Любое N	1

## **2. Методы, подходы и процедуры диагностики и паллиативного лечения (<https://oncology-association.ru/wp-content/uploads/2023/03/naczionalnoe-rukovodstvo-po-palliativnoj-mediczineczitirovanie-.pdf>):**

### **1) Показания для госпитализации в организацию по оказанию паллиативной медицинской помощи:**

- Проведение паллиативной операции, паллиативных курсов химио, таргетной, иммуно терапии, лучевой и иных видов лечения;
- Проведение первичной или повторной биопсии опухоли, лимфатического узла/экстранодального образования или трепанобиопсии;
- Развитие осложнений некоррегирующихся проводимой амбулаторной терапией;
- Проведения симптоматической терапии.

### **2) Условия для госпитализации в организацию по оказанию паллиативной медицинской помощи:**

- Наступление срока проведения паллиативного оперативного лечения, паллиативных курсов химио-, таргетной, иммуно терапии, лучевой и иных видов лечения;
- Наличие жизнеугрожающих состояний;

## **3. Диагностические критерии (описание достоверных признаков синдрома):**

### **Жалобы и анамнез:**

#### **Базальноклеточный рак кожи:**

Поверхностная форма начинается с появления ограниченного шелушащегося пятна розовой окраски. Затем пятно приобретает четкие контуры, по краю очага появляются плотные мелкие поблескивающие узелки, которые сливаются между собой и образуют приподнятый над уровнем кожи валикообразный край. Очаги

поражения могут быть солитарными или множественными. Среди поверхностных форм выделяют саморубцующуюся или педжетоидную базалиому.

При пигментной форме базалиомы цвет очага поражения имеет диффузную, чаще неравномерную пигментацию бурой или черно-коричневой окраски с наличием полупрозрачных, «перламутровых» участков и поверхностных телеангиэктазий. Пигментная форма в виде узла или бляшки может напоминать приобретенные сложные или внутридермальные меланоцитарные невусы. Узловая меланома клинически также может напоминать базалиому, но последняя имеет более плотную консистенцию. Изъязвившаяся пигментная базалиома может легко принята клиницистом за меланому. При этом необходимо учитывать, базалиома располагается преимущественно на лице, меланома на любых участках кожного покрова. Правильной диагностике помогают морфологические методы исследования.

Опухолевая форма базалиомы характеризуется возникновением узелка, который постепенно увеличивается в размерах. Поверхность опухоли гладкая с выраженными телеангиэктазиями, иногда покрыта сероватыми чешуйками. Иногда центральная часть ее изъязвляется и покрывается плотными корками. В зависимости от величины различают мелко- и крупноузелковую формы базалиомы.

Характерным признаком язвенной формы является воронкообразное изъязвление и массивный, спаянный с подлежащими тканями инфильтрат с нечеткими границами, которые по размерам больше самой язвы.

Склеродермоподобная, или рубцово-атрофическая, форма представляет собой небольшой, четко отграниченный очаг поражения. Характерно инфильтрирующий рост и развитие соединительнотканной стромы. Растет медленно. Очаг выглядит как белесый склерозированный участок с «перламутровыми» папулами по периферии, в центре – телеангиэктазии.

Фиброэпителиальную опухоль Пинкуса относят к разновидности базалиом, хотя ее течение более благоприятное. Клинически она проявляется в виде узелка или бляшки цвета кожи, плотноэластической консистенции, практически не подвергается эрозии. Может напоминать большой кожный выступ или фиброму. Растет медленно. Локализуется преимущественно в нижней части спины или живота.

### **Плоскоклеточный рак кожи:**

Поверхностная форма — наиболее частый вариант рака кожи. Она начинается с одного или нескольких сливающихся безболезненных узелков величиной чуть больше спичечной головки. Узелок слегка возвышается над поверхностью кожи, имеет желтоватый или матово-белый цвет и плотную консистенцию. С течением времени опухоль увеличивается в размерах и приобретает вид безболезненной

бляшки желтого или серовато-белого цвета с восковидным оттенком, слегка возвышающейся над кожей. Поверхность ее гладкая или шероховатая. Края выступают в виде плотного валика с неровным фестончатым контуром. В дальнейшем в центре бляшки появляется западение, покрытое чешуйкой или корочкой. Удаление корочки приводит к появлению капельки крови. С увеличением размеров опухоли западение превращается в эрозированную поверхность, покрытую коркой и окруженную плотными неровными краями в виде круто выступающего, как бы срезанного валика.

Инфильтрирующая форма имеет вид глубоко изъязвления с неровным, бугристым, покрытым корками из некротических масс дном и плотными, валикообразными краями. Опухоль быстро прорастает окружающие ткани и становится неподвижной. Такое новообразование по гистологической структуре обычно является плоскоклеточным раком. Папиллярная форма рака кожи встречается редко. Она имеет вид плотного, возвышающегося над поверхностью, легко кровоточащего узла на широком основании. Поверхность узла бугристая, покрыта корками, часто напоминает цветную капусту.

Метатипический рак обычно представляет собой язвенный опухолевый очаг, в 95% случаев размером 1-3 см в диаметре. Язвенный дефект неправильной формы с неровными обрывистыми или подрывными краями. Дно язвы неровное, имеет яркорозовую поверхность с некротическими массами.

### **Физикальный осмотр:**

- При первом обращении пациента с жалобами на новообразование кожи настоятельно рекомендуется расширить зону осмотра и оценить состояние всех кожных покровов (включая волосистую часть головы и стопы) [24] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34902824/>).

Уровень убедительности рекомендаций - В (уровень достоверности доказательств - ПА)

**Комментарии:** *Первично-множественные синхронные опухоли кожи и предопухолевые заболевания кожи могут быть обнаружены у 5-10% больных. Также пациенты с немеланомными опухолями кожи имеют более высокий риск развития меланомы кожи [24].*

- Рекомендуется использование эпилюминисцентной микроскопии (дерматоскопии), оптической когерентной томографии, так как может существенно повышать точность неинвазивной диагностики и уменьшать потребность в выполнении биопсии, но может применяться только обученными этому методу специалистами [25] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26734867/>).

Уровень убедительности рекомендаций - В (уровень достоверности

### доказательств - IIb)

• Рекомендуется выполнять оценку состояния регионарных лимфатических узлов [24].

### Уровень убедительности рекомендаций - В (уровень достоверности доказательств - IIb)

• По результатам анализа жалоб, анамнеза и данных физикального обследования на приеме рекомендуется принять решение о целесообразности инвазивной диагностики (биопсии) новообразования [26] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27160235/>).

### Уровень убедительности рекомендаций - А (уровень достоверности доказательств - Ia)

#### Лабораторные исследования:

• До морфологического подтверждения диагноза лабораторная диагностика не рекомендуется, если только интеркуррентная патология или общее состояние пациента не требует ее для безопасного проведения биопсии. При подтверждении диагноза рекомендуется выполнять: клинический и биохимический анализы крови (см. также таблицу 28) [26] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27160235/>).

### Уровень убедительности рекомендаций - В (уровень достоверности доказательств - III)

#### Инструментальные исследования:

При наличии соответствующих показаний (симптомов) диагностические мероприятия (включая лучевую диагностику) проводят в полном объеме вне зависимости от стадии заболевания. В отсутствие симптомов, принимая во внимание низкую частоту регионарного и отдаленного метастазирования БКР и несколько большую частоту регионарного метастазирования ПКР, для выявления скрытых метастазов рекомендовано выполнять диагностические тесты различного объема в зависимости от стадии заболевания (установленной по данным клинического осмотра и гистологического заключения)

При подтверждении диагноза рак кожи по данным биопсии рекомендованные диагностические мероприятия суммированы в таблице 29 [24, 26] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34902824/>).

**Таблица 29.** План обследования в зависимости от результатов биопсии новообразования кожи и клинического осмотра

Стадия заболевания	Физикальный осмотр	Инструментальная диагностика
--------------------	--------------------	------------------------------

0, I, II	Да	<ul style="list-style-type: none"> <li>• УЗИ регионарных лимфатических узлов</li> <li>• Лучевая диагностика не рекомендуется, если нет симптомов</li> </ul>
III и IV	Да	<ul style="list-style-type: none"> <li>• УЗИ регионарных лимфоузлов</li> <li>• Лучевая диагностика в полном объеме</li> </ul>

• До морфологического подтверждения диагноза инструментальная диагностика не рекомендуется, если только интеркуррентная патология или общее состояние пациента не требует ее для безопасного проведения биопсии [24, 26].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств - IV)

**Комментарий:** План лечения и обследований не следует составлять до получения данных биопсии.

о Оптимальным объемом лучевой диагностики для оценки состояния органов грудной, брюшной полости и малого таза рекомендуется считать компьютерную томографию органов грудной, брюшной полости и малого таза. Внутривенное контрастирование следует проводить во всех случаях, если не выявлены противопоказания к введению йодосодержащих контрастирующих препаратов. В этом случае КТ с внутривенным контрастированием допускается заменить на МРТ с внутривенным контрастированием. Для исключения или оценки динамики метастатического поражения легких внутривенное контрастирование не требуется. Альтернативной может быть ПЭТ-КТ с ФДГ в режиме «все тело» [27] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30959471/>).

Уровень убедительности рекомендаций - В (уровень достоверности доказательств - IIa)

• Если оптимальный вариант лучевой диагностики не может быть проведен в течение 2 недель после установки диагноза, то КТ органов грудной полости рекомендуется заменить на рентгенографию органов грудной полости, а КТ органов брюшной полости и малого таза с в/в контрастом УЗИ органов брюшной полости и малого таза.

Уровень убедительности рекомендаций - С (уровень достоверности доказательств - IV)

• Рекомендуется использовать МРТ (предпочтительнее, чем КТ) при массивных первичных опухолях, вовлечении костей или признаков периневральной инвазии опухоли для оценки распространенности процесса [24].

Уровень убедительности рекомендаций - В (уровень достоверности доказательств - IIa)

- Рекомендуется выполнить биопсию под контролем УЗИ/КТ при подозрении на метастазы по данным КТ или МРТ в случаях, когда их подтверждение принципиально меняет тактику лечения.

Уровень убедительности рекомендаций - С (уровень достоверности доказательств - IV)

### **Биопсия**

- Для подтверждения диагноза, а также составления дальнейшего плана обследований и лечения, возможно на первом этапе использование эксцизионной биопсии подозрительного новообразования кожи с отступом не более 5 мм (приемлемый отступ от 1-3 мм (0,1 - 0,3 см)). Всегда следует отдавать предпочтение биопсии на всю толщину кожи (будь то эллиптическая эксцизия или инцизионная панч-биопсия) в сравнении с плоскостной (бритвенной) резекцией в том числе экзофитных образований [24, 26] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34902824/>).

Уровень убедительности рекомендаций - В (уровень достоверности доказательств - IIa)

- Рекомендуется проводить гистологическое исследование хирургически удаленного опухолевого препарата, при этом в морфологическом заключении рекомендуется отразить следующие параметры [24, 26]:

1. Определение гистологического типа рака кожи в соответствии с международной классификацией опухолей кожи ВОЗ 2018 г.;
2. Степень дифференцировки;
3. Определение максимальной толщины опухоли в мм по Бреслоу;
4. Определение уровня инвазии по Кларку;
5. Радиальные и вертикальные размеры опухолевого узла;
6. Оценка периферического и глубокого краев резекции на наличие опухолевых клеток;
7. Периневральная инвазия;
8. Десмоплазия;
9. Ангиолимфатическая инвазия.

Уровень убедительности рекомендаций - А (уровень достоверности доказательств – Ia)

## **4. Цели оказания паллиативной медицинской помощи.**

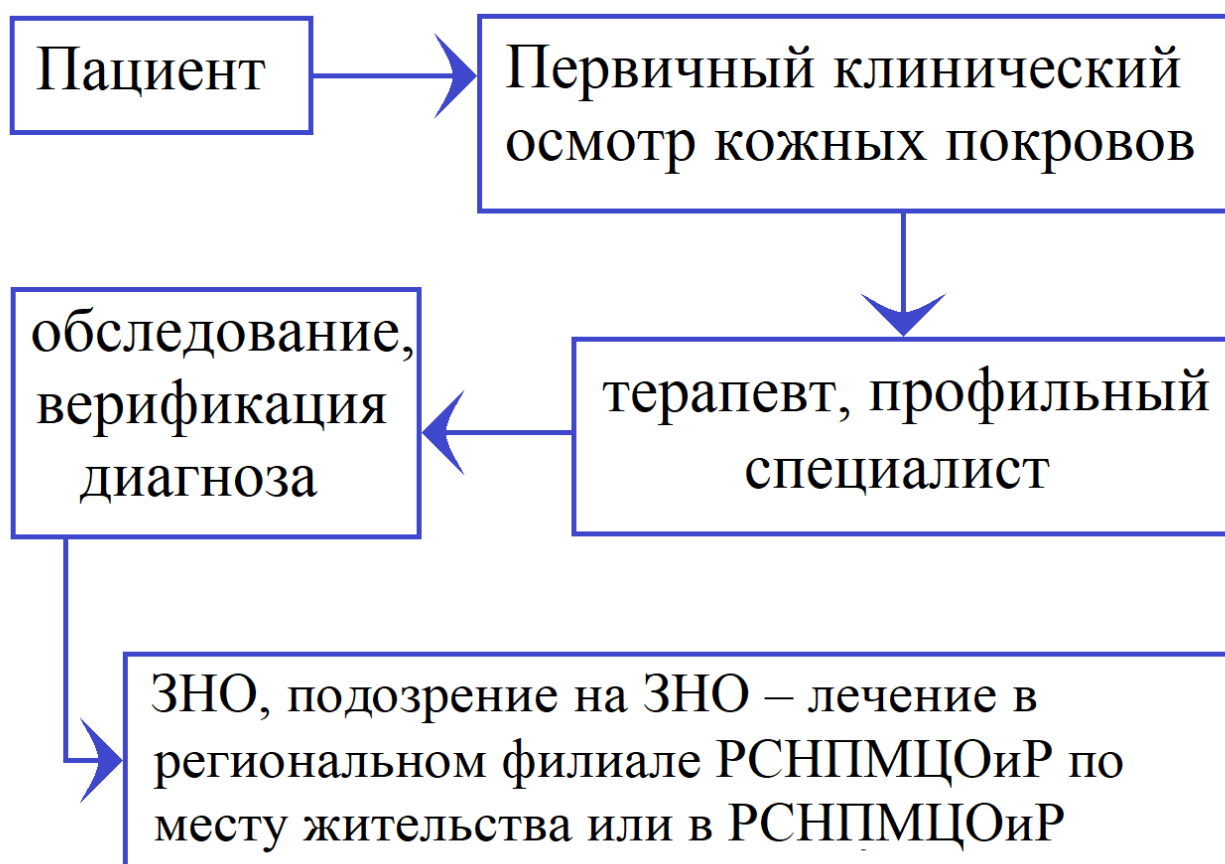
- ✓ Предотвратить и устранить боль и другие мучительные симптомы, облегчение страданий пациента;
- ✓ Замедлить прогрессирование рака и продлить жизнь больного;
- ✓ Улучшить самочувствие, повысить качество жизни;
- ✓ Обеспечить психологическую, социальную, духовную поддержку, поддержка психосоматического состояния;
- ✓ Справиться с побочными эффектами противоопухолевого лечения;

## 5. Тактика оказания паллиативной медицинской помощи.

- уменьшение опухолевых очагов и метастазов;
- достижение частичной регрессии и стабилизации опухолевого процесса;
- улучшение качества жизни пациента;
- увеличение продолжительности жизни.

### 1) Карта наблюдения пациента, маршрутизация пациента:

Схема 2 – Диагностический алгоритм при раке кожи.



## 2) Паллиативное немедикаментозное лечение (<https://oncology-association.ru/wp-content/uploads/2023/03/naczionalnoe-rukovodstvo-po-palliativnoj-mediczineczitirovanie-.pdf>):

### Режим:

Режим больного при проведении консервативного лечения – общий. В раннем послеоперационном периоде – постельный или полупостельный (в зависимости от объема операции и сопутствующей патологии). В послеоперационном периоде – палатный.

Диета стол - №15 (либо другой стол в зависимости от сопутствующего заболевания), после хирургического лечения – №15. (либо другой стол в зависимости от сопутствующего заболевания)

### Паллиативная лучевая терапия.

#### Показания к паллиативной лучевой терапии:

Проведение лучевой терапии при метастатических поражениях головного мозга с паллиативной целью. Паллиативная ЛТ может быть назначена также при множественном поражении головного мозга или при «симптомном» поражении костей, мягких тканей и лимфоузлов.

#### Виды лучевой терапии:

- дистанционная лучевая терапия;
- 3D-конформное облучение;
- модулированная по интенсивности лучевая терапия (IMRT).
- томотерапия на томоаппаратах; упор при томотерапии делается на гипофракционирование при РОД < 2,5 Гр.
- проведение СРТ при единичном метастазе в головной мозг размером до 3 см. Открытая хирургическая операция имеет преимущества перед СРТ у пациентов с очагами > 3 см, расположенными в функционально не значимых отделах мозга, при ожидаемой продолжительности жизни (без учета влияния метастатического поражения головного мозга) > 3 мес. После хирургического лечения дополнительно возможно проведение сеанса стереотаксической ЛТ на операционную полость для улучшения локального контроля. При поражении функционально значимых отделов головного мозга предпочтение может быть отдано СРТ. При олигометастатическом поражении головного мозга (3–10 очагов размерами до 3 см каждый) стереотаксическая ЛТ может иметь преимущества в сравнении с лекарственным лечением или с облучением всего головного мозга. Сообщения о

роли ЛТ при множественном поражении головного мозга или его оболочек противоречивы. Эта процедура может быть предложена пациенту для облегчения неврологических симптомов при множественных метастазах в головном мозге.

### **Паллиативная ЛТ для региональных метастазов.**

Показанием может быть: нерезектабельные узлы, сателлиты, остаточная опухоль.

Дозовые режимы. Оптимальная доза не установлена, но имеются потенциально правильные дозы:

- 24-27 Гр в 3 фракции в течение 1-1,5 недель
- 32 Гр в 4 фракции в течение 4 недель
- 40 Гр в 8 фракции в течение 4 недель
- 50 Гр в 20 фракции в течение 4 недель
- 30 Гр в 10 фракции в течение 2 недель
- 30 Гр в 5 фракции в течение 2 недель
- 20 Гр в 5 фракции в течение 1 недели
- 8 Гр в 1 фракции в течение 1 дня.

### **Паллиативная ЛТ для «симптомных» экстракраниальных метастазов.**

Выбор режима зависит от локализации или клинических симптомов. Высокие дозы и/или гиподифракционированные режимы могут быть использованы для облегчения симптоматики. Дозовые режимы:

- 24-27 Гр фракции в течение 1-1,5 недель
- 32 Гр 4 фракции в течение 4 недель
- 40 Гр в 8 фракции в течение 4 недель
- 50 Гр в 20 фракции в течение 4 недель
- 30 Гр в 10 фракции в течение 2 недель
- 30 Гр в 5 фракции в течение 2 недель
- 8 Гр в 1 фракции в течение 1 дня.

### **ЛТ метастазов головного мозга**

СРХ и СРТ используется для подведения высоких доз радиации к мишени с минимальной нагрузкой на окружающие ткани для метастазов в головном и спинном мозге:

- очаг с максимальным диаметром до 20мм до 24 Гр
- очаг с максимальным диаметром 21-30мм до 18 Гр

- очаг с максимальным диаметром 31-40мм до 15 Гр.

### **Крупные очаги могут быть лечены фракционированной СРТ:**

- 24-27 Гр в 3 фракции
- 25-26 Гр в 5 фракции.

### **Трансфузионная поддержка.**

Показания к проведению трансфузионной терапии определяются в первую очередь клиническими проявлениями индивидуально для каждого пациента с учетом возраста, сопутствующих заболеваний, переносимости химиотерапии и развития осложнений на предыдущих этапах лечения.

Лабораторные показатели для определения показаний имеют вспомогательное значение, в основном для оценки необходимости профилактических трансфузий концентрата тромбоцитов.

Показания к трансфузиям также зависят от времени, после проведения курса химиотерапии – принимаются во внимание, прогнозируемое снижение показателей в ближайшие несколько дней.

### **Эритроцитарная масса/взвесь (УДД):**

- Уровень гемоглобина не нужно повышать, пока обычные резервы и компенсационные механизмы достаточны для удовлетворения потребностей тканей в кислороде;
- Существует только одно показание для трансфузий эритроцитсодержащих сред при хронических анемиях – симптомная анемия (проявляющаяся тахикардией, одышкой, стенокардией, синкопе, de novo депрессией или элевацией ST);
- Уровень гемоглобина менее 30 г/л является абсолютным показанием для трансфузии эритроцитов;
- При отсутствии декомпенсированных заболеваний сердечно-сосудистой системы и легких показаниями для профилактической трансфузии эритроцитов при хронических анемиях могут быть уровни гемоглобина:

<b>– Возраст (лет)</b>	<b>– Триггерный уровень Hb (г/л)</b>
– <25	– 35-45
– 25-50	– 40-50
– 50-70	– 55

– >70	– 60
-------	------

### **Концентрат тромбоцитов (УДД):**

- При снижении уровня тромбоцитов менее  $10 \times 10^9/\text{л}$  или появлении геморрагических высыпаний на коже (петехии, синячки) проводится профилактическая трансфузия аферезных тромбоцитов;
- Профилактическая трансфузия аферезных тромбоцитов у пациентов с лихорадкой, пациентам, которым планируется инвазивное вмешательство может проводиться при более высоком уровне –  $20 \times 10^9/\text{л}$ ;
- При наличии геморрагического синдрома петехиально-пятнистого типа (носовые, десневые кровотечения, мено-, метроррагии, кровотечения других локализаций) трансфузия концентрата тромбоцитов проводится с лечебной целью.

### **Свежезамороженная плазма (УДД):**

- Трансфузии СЗП проводятся у пациентов с кровотечением или перед проведением инвазивных вмешательств
- Пациенты с  $\text{MHO} \geq 2.0$  (при нейрохирургических вмешательствах  $\geq 1.5$ ) рассматриваются как кандидаты для трансфузии СЗП при планировании инвазивных процедур. При плановых вмешательствах возможно назначение не менее, чем за 3 дня до вмешательства фитоменадиона не менее 30 мг/сут внутривенно или внутрь.

### **3) Паллиативное медикаментозное лечение**

Включение в клинический протокол незарегистрированных в Республике Узбекистан лекарственных средств не является основанием для возмещения в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования.

### **Лечение пациентов с метастатическим и нерезектабельным плоскоклеточным раком кожи (III нерезектабельная и IV стадия)**

- **Рекомендовано** определять алгоритм и тактику ведения пациентов с метастатическим и нерезектабельным ПКРК в рамках мультидисциплинарного консилиума с участием врача-хирурга, врача-онколога и врача-радиотерапевта, принимая во внимание общее состояние пациента (в том числе с оценкой по шкале ECOG, см. Приложение Г1) [28].

Уровень убедительности рекомендаций - С (уровень достоверности доказательств - 5)

• Пациентам с метастатическим и нерезектабельным ПКРК **рекомендовано** при отсутствии противопоказаний проводить терапию моноклональными антителами, блокирующими взаимодействие между рецептором программируемой смерти (PD-1) и его лигандами. Режимы приведены в Таблица 30 [55] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31163235/>).

Уровень убедительности рекомендаций - В (уровень достоверности доказательств - 3)

**Комментарий:** в настоящее время препарат из класса МКА-блокаторов PD1 исследовался в хорошо организованном исследовании и продемонстрировал эффект у пациентов с плоскоклеточным раком кожи [56]. Для зарегистрированных препаратов (пембролизумаб, ниволумаб) данные об эффективности при данной патологии получены из небольших нерандомизированных исследований или отдельных клинических наблюдений.

**Таблица 30.** Режимы применения противоопухолевых лекарственных препаратов при метастатическом или нерезектабельном плоскоклеточном раке кожи.

Лекарственные препараты	Разовая доза	Путь введения	Интервал между введениями	Планируемая длительность лечения	ссылка
#Ниволумаб**	3 мг/кг массы тела	в/в капельно 30–60 мин	1 раз в 14 дней	Длительно [1]	[57]
#Пембролизумаб**	2 мг/кг массы тела (но не более 200 мг)	в/в капельно 30 мин	1 раз в 21 день	Длительно1	[58]

• Пациентам, не ответившим на монотерапию МКА-блокаторами PD1, или пациентам, которым противопоказано проводить терапию МКА-блокаторами PD1, при отсутствии противопоказаний рекомендуется проведение химиотерапии или терапии МКА- блокаторами EGFR в сочетании с лучевой терапией или в самостоятельном режиме [59] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25091317/>) (см. Таблица 31 и Таблица 32)

Уровень убедительности рекомендаций - С (уровень достоверности доказательств - 4)

**Таблица 31.** Режимы химиотерапии, применяемые вместе с лучевой терапией при нерезектабельном местнораспространенном плоскоклеточном раке кожи.

Лекарственный препарат	Разовая (суточная) доза	Путь введения	Интервал между введениями	Планируемая длительность лечения	Режим и дозы дистанционной лучевой терапии	ссылка
------------------------	-------------------------	---------------	---------------------------	----------------------------------	--	--------

#Цисплатин**	75 - 100 мг/ м2	в/в капельно	в день 1, каждые 21 день	До окончания курса ЛТ	70 Гр за 7 недель	[52]
#Цисплатин**	40 мг/м2	в/в капельно	еженедельно (6 недель)	До окончания курса ЛТ	70 Гр за 7 недель	[60]
Карбоплатин**	AUC=2	в/в капельно	еженедельно (6 недель)	До окончания курса ЛТ	70 Гр за 7 недель	[60]
#Цетуксимаб**	400 мг/м2	в/в капельно	За 4-5 дней до лучевой терапии			[61]
#Цетуксимаб**	250 мг/м2	в/в капельно	еженедельно	Во время лучевой терапии	70 Гр за 7 недель	

**Таблица 32.** Схемы химиотерапии, используемые в самостоятельно режиме

Лекарственные препараты	Разовая доза	Путь введения	Интервал между введениями	Планируемая длительность лечения	ссылка
#Цисплатин**	50 – 60 мг/м2	в/в капельно	в день 1, каждые 21 – 28 дней	Длительно [2]	[61]
#Доксорубицин**	50 мг/м2 в день 1				
#Цисплатин**	75 мг/м2	в/в капельно	в день 1, каждые 21 день	длительно1	
#Доксорубицин**	50 мг/м2 в день 1				
#Карбоплатин**	AUC = 2	в/в капельно	еженедельно	6 недель	[62]
#Паклитаксел**	80 мг/м2				
#Цисплатин**	60 мг/м2	в/в капельно	в день 1 каждые 21-28 дней	длительно1	[63]
#Капецитабин**	1000 мг/м2 в сутки в два приема				
#Цисплатин**	75-100 мг/м2	в/в капельно	в день 1, каждые 21 день	длительно1	[59]
Фторурацил**	1000 мг/м2				
#Цетуксимаб**	первая доза 400 мг/ м2, далее 250 мг/м2	в/в капельно	еженедельно	Длительно1	[64]
#Панитумумаб**	6 мг/кг массы тела	в/в капельно	каждые 14 дней	не более 9 курсов терапии	[59]

• При проведении противоопухолевого лекарственного лечения при расчете доз препаратов на поверхность или массу тела рекомендуется проводить округление фактических доз в пределах 5 % расчетных [65] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11953888/>).

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5)

**Таблица 33. Перечень основных лекарственных средств (имеющих 100 % вероятности применения):**

Фармако-терапевтическая группа	МНН лекарственного средства	Способ применения	Уровень доказательности
Алкилирующие агенты – комплексные соединения платины	Цисплатин	25 мг/м <sup>2</sup> 1-5 дни, 75-100 мг/м <sup>2</sup> 1-день, в/в	А
	Карбоплатин	AUC=2, в/в, кап. еженедельно (6 недель)	А
Препараты растительного и природного происхождения.	Паклитаксел	80 мг/м <sup>2</sup> , в/в кап., еженедельно	А
	Доцетаксел	50 мг/м <sup>2</sup> , в/в, кап 1 день	А
Антиметоболиты – антифолаты	Метотрексат	15 мг/м <sup>2</sup> в/в в 1, 8, 15-й дни, в/в	А
Другие противоопухолевые антибиотики	Блеомицин	15мг в/в 1,3,5,8,10,12й дни	А
Ингибиторы топоизомеразы 11	Этопозид	100мг/м <sup>2</sup> 1-3 дни	А
Ингибитор сигнального пути Hedgehog	Висмодегиб (только при базально-клеточном раке)	Внутрь, 150 мг 1 раз в сутки	В
Моноклональные антитела	Ниволумаб	3 мг/кг массы тела, в/в кап. 30–60 мин, 1 раз в 14 дней	С
	Пембролизумаб	2 мг/кг массы тела (но не более 200 мг), в/в кап. 30 мин, 1 раз в 21 день	С
	Цетуксимаб	400 мг/м <sup>2</sup> , в/в, кап., За 4-5 дней до лучевой терапии	С
	Панитумумаб	6 мг/кг массы тела, в/в кап., каждые 14 дней	С

Антрациклиновый антибиотик	Доксорубицин	50 мг/м <sup>2</sup> в день 1, в/в кап., в день 1, каждые 21 день	С
Антиметаболит, антагонист пиримидинов	Капецитабин	1000 мг/м <sup>2</sup> в сутки в два приема, внутрь, 2 раза в день с 1 по 14 дни, каждые 21-28 дней	С
	Фторурацил	1000 мг/м <sup>2</sup> , непрерывно, с 1 по 5 дни, каждые 21 день	С
Скачать (ссылки)	<a href="https://diseases.medelement.com/disease/%D1%80%D0%B0%D0%BA-%D0%BA%D0%BE%D0%B6%D0%B8-2018/16198">https://diseases.medelement.com/disease/%D1%80%D0%B0%D0%BA-%D0%BA%D0%BE%D0%B6%D0%B8-2018/16198</a> <a href="https://oncology-association.ru/wp-content/uploads/2020/09/ploskokletochnyj_rak_kozhi.pdf">https://oncology-association.ru/wp-content/uploads/2020/09/ploskokletochnyj_rak_kozhi.pdf</a>		

**Таблица 34. Перечень дополнительных лекарственных средств (менее 100 % вероятности применения):**

Фармако-терапевтическая группа	МНН лекарственного средства	Способ применения	Уровень доказательности
Иммуномодулятор, модификатор иммунного ответа	Имихимод	5% крем, 1р/сут, 7дней/нед * 6 нед, местно	С
Антибактериальные средства	Офлоксацин	В/в	С
	Цефоперазон сульбактам	В/в	С
	Метронидазол	В/в Внутрь	А
	Левофлоксацин	В/в Внутрь	-
	Ципрофлоксацин	В/в Внутрь	С
	Сульфаметоксазол /триметоприм	В/в Внутрь	А
Противогрибковые лекарственные средства	Вориконазол	В/в Внутрь	В
	Итраконазол	Внутрь	В
	Флуконазол	В/в Внутрь	С
	Позаконазол	Внутрь	В
Противовирусные лекарственные средства	Ацикловир	В/в Внутрь	А

Лекарственные средства, влияющие на свертывающую систему крови	Надропарин	Подкожное	С
	Эноксапарин	Подкожное	С
Другие лекарственные средства	Бупивакаин, Лидокаин, Прокаин	Местное применение	Д
	Омепразол	В/в Внутрь	А
	Фамотидин	В/в	А
	Амброксол	Внутрь	
	Амлодипин	Внутрь	В
	Дротаверин	В/в Внутрь	
	Каптоприл	Внутрь	В
	Лизиноприл	Внутрь	В
	Лактулоза	Внутрь	В
	Спиронолактон	Внутрь	В
	Повидон – йод	Наружное	-
	Тобрамицин	В/в	-
	Торасемид	Внутрь	-
	Фолиевая кислота	Внутрь	-
	Фуросемид	В/в Внутрь	-
	Хлоргексидин	Наружное	-
<b>Скачать (ссылки)</b>	<a href="http://www.pror.ru/treatment/accomp">http://www.pror.ru/treatment/accomp</a> <a href="https://www.rosoncoweb.ru/standarts/suptherapy/">https://www.rosoncoweb.ru/standarts/suptherapy/</a>		

## 6. Паллиативное хирургическое лечение.

При раке кожи паллиативные хирургические вмешательства могут включать частичное иссечение опухоли для биопсии или широкое иссечение опухоли. Особенно такие операции проводятся при осложнённой первичной опухоли (кровотечение, распад, нагноение и др.). В случаях, когда рак кожи локализуется на пальцах рук и ног и прорастает в соединительную и костную ткань, может быть выполнена ампутация или экзартикуляция пальца. При опухолях, расположенных на коже ушной раковины, в её верхней или центральной частях, проводится ампутация ушной раковины. Профилактическая лимфодиссекция не

выполняется. Однако, если опухоль дала метастазы в лимфатические узлы, может быть проведена лимфаденэктомия с целью биопсии.

## **7. Дальнейшее ведение:**

Взрослым пациентам, при наличии противопоказаний на продолжения паллиативных курсов химио-, таргетной и/или иммунотерапии саркомы мягких тканей, рекомендуется диспансерное наблюдение у врача-онколога и проведение обезболивающей (при необходимости наркотической), симптоматической терапии [3].

ОАК, Биохимический анализ крови необходимо проводить при необходимости или при наличии признаков дисфункции внутренних органов.

УЗИ ОБП, забрюшинного пространства, периферических лимфоузлов, зоны операции, КТ ОГК, ОБП и малого таза проводится по клиническим показаниям. ПЭТ/КТ проводится в случае если после паллиативной терапии отмечена ремиссия заболевания и в случае подозрения на прогрессию/рецидив заболевания.

Динамическое наблюдение за больными:

- в течение первого года после завершения лечения – 1 раз каждые 3 месяца;
- в течение второго года после завершения лечения – 1 раз каждые 6 месяцев;
- с третьего года после завершения лечения – 1 раз в год в течение 3 лет.

**Объем обследования:**

1. Анамнез, локальный осмотр и физикальное обследование

2. УЗИ периферических лимфоузлов, органов брюшной полости и малого таза 1 раз в 3 месяца 1-2 года, 1 раз в 6 месяцев 3 год, 1 раз в год с 4-года наблюдения.

3. Рентгенография органов грудной клетки 1 раз в 3 месяца 1-2 года, 1 раз в 6 месяцев 3 год, 1 раз в год с 4-года наблюдения.

Задачей наблюдения является раннее выявление прогрессирования заболевания с целью раннего начала химиотерапии или хирургического лечения резектабельных метастатических очагов, рецидивных опухолей, а также выявление метастатических опухолей.

## **8. Индикаторы эффективности паллиативного лечения:**

- объективные признаки регрессии опухоли, МТС;
- УЗИ данные об отсутствии МТС и рецидива;
- КТ данные об отсутствии отдаленных МТС;

- удовлетворительные показатели крови, мочи, биохимии;
- заживление послеоперационной раны;
- относительно удовлетворительное состояние больного (-ой).

#### **Критерии эффективности лечения:**

- **Полный эффект** – исчезновение всех очагов поражения на срок не менее 4х недель.
- **Частичный эффект** – большее или равное 50% уменьшение всех или отдельных опухолей при отсутствии прогрессирования других очагов.
- **Стабилизация** – (без изменений) уменьшение менее чем на 50% или увеличение менее чем на 25% при отсутствии новых очагов поражения.
- **Прогрессирование** – увеличение размеров одной или более опухолей более 25% либо появление новых очагов поражения.

#### Информация для пациентов

Главный фактор риска развития меланомы и других опухолей кожи – ультрафиолетовое повреждение, которое возникает в результате естественных причин (солнечные ожоги) или искусственных причин (особые условия труда или посещение соляриев).

Различные типы кожи по разному реагируют на одинаковую дозу ультрафиолетового излучения, при этом у одних людей (со светлой кожей, так называемого I фототипа) даже минимальные дозы ультрафиолета всегда вызывают солнечные ожоги (начальная степень – краснота кожи), в то время как у других вред солнечного ультрафиолета минимален (у лиц со смуглой или темной кожей). Большая часть населения России имеют 1 или 2 (то есть «светлые») фототипы кожи и потому весьма чувствительна к солнечным ожогам.

**Предотвращение солнечного ожога** кожи является ключевым фактором первичной профилактики. Особенно серьезный вклад в повышение риска возникновения немеланомных опухолей кожи вносят солнечные ожоги в детском и подростковом возрасте. Общие рекомендации сводятся к следующим несложным правилам:

- Пребывание на пляже только до 11:00 утра и после 16:00 вечером.
- Использование солнцезащитного крема широкого спектра действия (предотвращающего воздействие ультрафиолета как типа А, так и типа В), сила которого (т.н. SPF – sun protecting factor) адекватна для вашего фототипа кожи (т.е. лицам с более светлой кожей требуется крем с большим SPF). В целом лицам с 1 или 2 фототипом кожи рекомендуют использовать кремы с SPF 30 и выше.
- Рекомендуется также использовать солнцезащитные очки и головной убор.
- Детям рекомендуют дополнительно носить специальную одежду с УФ-защитой

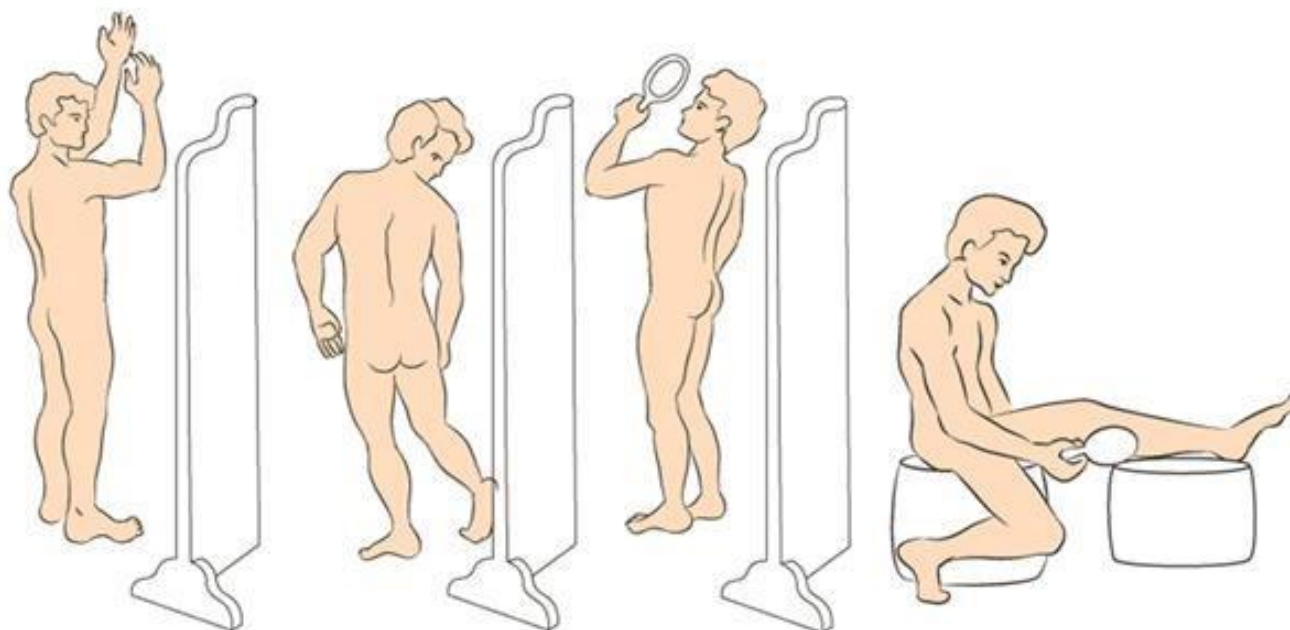
#### Осмотр кожи

- Рекомендуется периодически (не реже 1 раза в 3-6 месяцев) самостоятельно осматривать полностью свои кожные покровы с использованием как «панорамного», так и ручного зеркала. Алгоритм осмотра схематически представлен на рисунке 1.
- При осмотре следует уделять особое внимание пигментным пятнам размерами 4-5 мм и более с асимметрией формы или окраски, неровным («фестончатым»)

краем, неравномерной окраской (различные оттенки коричневого). Если вы отмечаете пигментные пятна, к которым подходят хотя бы 2 из указанных характеристик, обратитесь к дерматологу или онкологу. Совсем не обязательно, что данная родинка окажется злокачественной, но дальнейшую оценку ее состояния следует поручить врачу. Особое внимание следует уделить образованиям на коже, у которых какие-либо характеристики меняются с течением времени (например, увеличивается площадь пигментного пятна, или «родинка» становится толще, или, напротив, часть «родинки» начинает бледнеть и исчезать) – такие образования также потребуют проверки у врача, специализирующегося на ранней диагностике опухолей кожи.

- Следует также уделять внимание другим новообразованиям на коже: длительно существующим розовым пятнам, плотным узелкам, язвочкам, новообразованиям, из которых отмечаются выделения или кровоточивость - такие образования также потребуют проверки у врача, специализирующегося на ранней диагностике опухолей кожи

**Рисунок 1. Алгоритм осмотра кожи** ([https://oncology.ru/association/clinical-guidelines/2018/rak-kozhi-bazalnokletochnyj-i-ploskokletochnyj\\_pr2018.pdf](https://oncology.ru/association/clinical-guidelines/2018/rak-kozhi-bazalnokletochnyj-i-ploskokletochnyj_pr2018.pdf))



## Приложение 2

Известные прогностические факторы при немеланомных опухолях кожи, которые рекомендуется регистрировать, приведены в Таблица 35 и Таблица 36.

**Таблица 35.** Прогностические факторы при немеланомных опухолях кожи (по классификации TNM 8-го пересмотра [47])

Категория факторов	Прогностические факторы		
	Ассоциированные с опухолью	Ассоциированные с пациентом	Ассоциированные с окружающей средой
Необходимые для оценки	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TNM</li> <li>• Морфологический тип опухоли</li> <li>• Локализация</li> <li>• Толщина (в мм)</li> <li>• Периневральная инвазия (клинически оцененная)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Иммуносупрессия</li> <li>• Рецидив болезни</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Края резекции</li> <li>• Ранее проведенная лучевая терапия</li> </ul>
Дополнительные	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Края опухоли</li> <li>• Степень дифференцировки</li> <li>• Скорость роста</li> <li>• Лимфоваскулярная инвазия</li> <li>• Периневральная инвазия (инструментально оцененная)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Генетический фактор (альбинизм, пигментная ксеродерма)</li> <li>• Возраст</li> <li>• Хроническое воспаление</li> <li>• Рубцы</li> <li>• Ожоги</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Курение (для плоскоклеточного рака)</li> </ul>
Новые и перспективные	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Микрометастазы по данным БСЛУ</li> <li>• Молекулярно-генетические тесты</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Вирусная этиология</li> <li>• Высоконформная ЛТ</li> <li>• Химиолучевая терапия</li> <li>• Таргетная терапия</li> <li>• Внутриопухелевая терапия</li> </ul>

**Таблица 36.** Прогностические факторы при немеланомных опухолях кожи века, включая спайку век (по классификации TNM 8-го пересмотра):

Категория факторов	Прогностические факторы		
	Ассоциированные с опухолью	Ассоциированные с пациентом	Ассоциированные с окружающей средой

Необходимые для оценки	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TNM</li> <li>• Локализация (худший прогноз при вовлечении орбиты или синусов)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Иммуносупрессия</li> <li>• Наличие метастазов Околоушных (предушных) или шейных лимфоузлах</li> <li>• Системная метастатическая болезнь на момент диагноза</li> </ul>	
Дополнительные	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Опухоли из слюнных желез имеют худших прогноз, чем БКРК или ПКРК</li> </ul>		
Новые и перспективные	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Локальный контроль связан с лучшим прогнозом в отношении системного рецидива</li> </ul>		

Критерий G характеризует степень дифференцировки опухоли:

GX – степень дифференцировки не может быть определена;

G1 – высокодифференцированная опухоль;

G2 – умеренно дифференцированная опухоль;

G3 – низкодифференцированная опухоль;

G4 – недифференцированная опухоль.

**Шкала оценки тяжести состояния пациента по версии ВОЗ/ECOG**

Оригинальное название: The Eastern Cooperative Oncology Group/World Health Organization Performance Status (ECOG/WHO PS)

Источник (официальный сайт разработчиков, публикация с валидацией): <https://ecogacrin.org/resources/ecog-performance-status>

Oken MM, Creech RH, Tormey DC, Horton J, Davis TE, McFadden ET, Carbone PP: Toxicity and response criteria of the Eastern Cooperative Oncology Group. Am J Clin Oncol 1982, 5 (6):649-655

Тип: шкала оценки

Назначение: описать уровень функционирования пациента с точки зрения его способности заботиться о себе, повседневной активности и физических способностях (ходьба, работа и т. д.).

Содержание:

Б а л л	О п и с а н и е
0	П а ц и е н т п о л н о с т ь ю а к т и в е н , с п о с о б е н в ы п о л н я т ь в с е , к а к и д о з а б о л е в а н и я ( 9 0 - 1 0 0 % п о ш к а л е К а р н о в с к о г о )
1	П а ц и е н т н е с п о с о б е н в ы п о л н я т ь т я ж е л у ю , н о м о ж е т в ы п о л н я т ь л е г к у ю и л и с и д я ч у ю р а б о т у ( н а п р и м е р , л е г к у ю д о м а ш н ю ю и л и к а н ц е л я р с к у ю р а б о т у , 7 0 - 8 0 % п о ш к а л е К а р н о в с к о г о )
2	П а ц и е н т л е ч и т с я а м б у л а т о р н о , с п о с о б е н к с а м о о б с л у ж и в а н и ю , н о н е м о ж е т в ы п о л н я т ь р а б о т у . Б о л е е 5 0 % в р е м е н и б о д р с т в о в а н и я п р о в о д и т а к т и в н о - в в е р т и к а л ь н о м п о л о ж е н и и ( 5 0 - 6 0 % п о ш к а л е К а р н о в с к о г о )

3	Пациент способен лишь к ограниченному самообслуживанию, проводит в кресле или постели более 50 % времени бодрствования (30-40 % по шкале Карновского)
4	Инвалид, совершенно не способен к самообслуживанию, прикован к креслу или постели (10-20 % по шкале Карновского)

## Шкала Карновского

Оригинальное название (если есть): KARNOFSKY PERFORMANCE STATUS

Источник (официальный сайт разработчиков, публикация с валидацией):

Karnofsky DA, Burchenal JH: The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer. In: Evaluation of chemotherapeutic agents. edn. Edited by MacLeod C. New York: Columbia University Press; 1949: 191-205.

Тип: шкала оценки.

Назначение: описать уровень функционирования пациента с точки зрения его способности заботиться о себе, повседневной активности и физических способностях (ходьба, работа и т. д.).

Содержание (шаблон):

Шкала Карновского

100— Состояние нормальное, жалоб нет

90— Способен к нормальной деятельности, незначительные симптомы или признаки заболевания.

80— Нормальная активность с усилием, незначительные симптомы или признаки заболевания.

70— Обслуживает себя самостоятельно, не способен к нормальной деятельности или активной работе.

60— Нуждается порой в помощи, но способен сам удовлетворять большую часть своих потребностей.

50— Нуждается в значительной помощи и медицинском обслуживании.

40— Инвалид, нуждается в специальной помощи, в т.ч. медицинской.

30— Тяжелая инвалидность, показана госпитализация, хотя смерть непосредственно не угрожает.

20 — Тяжелый пациент. Необходимы госпитализация и активное лечение.

10— Умирающий.

0— Смерть.

## 10. Список использованной литературы

1. Онкодерматология И.А. Ламоткин Москва 2017г
2. Дерматоонкология под редакцией Г.А. Галил-Олгы, В.А. Молочков, Ю.В. Сергеев, Москва 2005г, стр 322
3. Фрадкин С.З. Залуцкий И.В. Меланома кожи: Практическое руководство для врачей. – Минск, Беларусь, 2000. – 221с.
4. Клинические рекомендации ESMO 2014
5. Клинические рекомендации ASCO 2014
6. Онкология. Клинические рекомендации. 2-е исправленное издание. Под редакцией В.И. Чиссова, проф. С.Л. Дарьялова. Москва. 2009.
7. "Медицинский справочник" (Alexander D. Belyaev) 2008г.
8. В.И.Чиссов, С.Л.Дарьялова «Онкология. 2-е издание, исправленное и дополненное»
9. Клиническая онкология том 2. Под редакцией Абисатова Х.А. Алматы 2007г.
10. TNM classification of malignant tumours - 8TH EDITION 2018
11. Руководство по химиотерапии опухолевых заболеваний под редакцией Н.И.переводчиковой, В.А.Горбуновой. Москва. 2015г.
12. Navari RM, Reinhardt RR, Gralla RJ, et al. Reduction of cisplatin-induced emesis by a selective neurokinin-1-receptor antagonist. *New Engl J Med.* 1999;340(3):190-195.
13. Griffin AM, Butow PN, Coates AS, et al. On the receiving end V: patient perceptions of the side effects of cancer chemotherapy in 1993. *Ann Oncol.* 1996;7(2):189-195.
14. Osaba D, Zee B, Warr D, Kaizer L, Latreille J, Pater J. Quality of life studies in chemotherapy-induced emesis. *Oncology.* 1996;53 (suppl 1):92-95.
15. Morrow GR, Roscoe JA, Kirshner JJ, Hynes HE, Rosenbluth RJ. Anticipatory nausea and vomiting in the era of 5-HT3 antiemetics. *Support Care Cancer.* 1998;6:244-247.
16. Bilgrami S, Fallon BG. Chemotherapy-induced nausea and vomiting. *Postgrad Med.* 1993;94 (5):55-58, 62-64.
17. Адаптировано из 1 - Berger AM, Clark-Snow RA. In *Cancer: Principles and Practice of Oncology.* 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2004:2515–2523; Antiemetic Subcommittee *Ann Oncol* 1998;9:811–819.

18. 7. J.D. Hainsworth “Nausea and vomiting”, *Abeloff’s Clinical Oncology* (Fifth Edition), 2014, 626-634
19. Roila F et al. 2016 MASCC and ESMO guideline update for the prevention of chemotherapy and radiotherapy induced nausea and vomiting and of nausea and vomiting in advanced cancer patients. Clinical practice guidelines. *Annals of Oncology* 27: v 119-133, 2016.
20. Antiemetic guidelines: MASCC/ESMO 2016  
[http://www.mascc.org/assets/Guidelines-Tools/mascc\\_antiemetic\\_guidelines\\_english\\_2016\\_v.1.2.pdf](http://www.mascc.org/assets/Guidelines-Tools/mascc_antiemetic_guidelines_english_2016_v.1.2.pdf)
21. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Antiemesis. Version 2.2017 – March 2018, 2017
22. [https://www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/pdf/antiemesis.pdf](https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/antiemesis.pdf)
23. P. Hesketh, M. G. Kris, et al. “Antiemetics: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update”. *Journal of Clinical Oncology*. Volume 35 (28), October 1, 2017 <http://ascopubs.org/doi/pdfdirect/10.1200/JCO.2017.74.4789>
- 24 Bichakjian C, Olencki T, Aasi S, Alam M, Andersen JS, Berg D, Bowen GM, Cheney RT, Contreras CM, Daniels GA et al: NCCN Guidelines Version 1.2017 Squamous Cell Skin Cancer. In.: NCCN; 2017: 43.
25. Castro LG, Messina MC, Loureiro W, Macarenco RS, Duprat Neto JP, Di Giacomo TH, Bittencourt FV, Bakos RM, Serpa SS, Stolf HO et al: Guidelines of the Brazilian Dermatology Society for diagnosis, treatment and follow up of primary cutaneous melanoma--Part I. *An Bras Dermatol* 2015, 90 (6):851-861
26. Bichakjian C, Olencki T, Aasi S, Alam M, Andersen JS, Berg D, Bowen GM, Cheney RT, Contreras CM, Daniels GA et al: NCCN Guidelines Version 1.2017. Basal Cell Skin Cancer. In.: NCCN; 2016.
27. Coit DG, Thompson JA, Albertini M, Algazi A, Andtbacka R, Bichakjian C, Carson WE, 3rd, Daniels GA, DiMaio D, Fields RC et al: NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Melanoma. Version 1.2017 In.: National Comprehensive Cancer Network, Inc; 2016: 161.
28. Shmults CD, Blitzblau R, Aasi SA, Alam M, Andersen JS, Bordeaux J, Bowen GM, Carson W, Chen P-L, Contreras CM et al: NCCN Guidelienes Version 1.2020. Squamous Cell Skin Cancer. In.: NCCN; 2019.
29. Brinkman JN, Hajder E, van der Holt B, Den Bakker MA, Hovius SE, Mureau MA: The Effect of Differentiation Grade of Cutaneous Squamous Cell Carcinoma on Excision Margins, Local Recurrence, Metastasis, and Patient Survival: A Retrospective Follow-Up Study. *Ann Plast Surg* 2015, 75(3):323-326.

30. Khan AA, Potter M, Cubitt JJ, Khoda BJ, Smith J, Wright EH, Scerri G, Crick A, Cassell OC, Budny PG: Guidelines for the excision of cutaneous squamous cell cancers in the United Kingdom: the best cut is the deepest. *J Plast Reconstr Aesthet Surg* 2013, 66(4):467-471.
31. Bath-Hextall FJ, Matin RN, Wilkinson D, Leonardi-Bee J: Interventions for cutaneous Bowen's disease. *The Cochrane database of systematic reviews* 2013(6):CD007281.
32. Lansbury L, Bath-Hextall F, Perkins W, Stanton W, Leonardi-Bee J: Interventions for non-metastatic squamous cell carcinoma of the skin: systematic review and po
33. Veness MJ, Delishaj D, Barnes EA, Bezugly A, Rembielak A: Current Role of Radiotherapy in Non-melanoma Skin Cancer. *Clin Oncol (R Coll Radiol)* 2019, 31(11):749-758. oled analysis of observational studies. *BMJ* 2013, 347:f6153.
34. Overmark M, Koskenmies S, Pitkanen S: A Retrospective Study of Treatment of Squamous Cell Carcinoma In situ. *Acta Derm Venereol* 2016, 96(1):64-67.
35. Clark C, Bryden A, Dawe R, Moseley H, Ferguson J, Ibbotson SH: Topical 5-aminolaevulinic acid photodynamic therapy for cutaneous lesions: outcome and
36. Церковский ДА, Мазуренко АН, Петровская НА, Артемьева ТП: Фотодинамическая терапия базальноклеточного рака кожи с фотосенсибилизатором фотолон. *Biomedical Photonics* 2017, 6(1):12-19.
37. Love WE, Bernhard JD, Bordeaux JS: Topical imiquimod or fluorouracil therapy for basal and squamous cell carcinoma: a systematic review. *Arch Dermatol* 2009, 145(12):1431- 1438.
38. Rosen T, Harting M, Gibson M: Treatment of Bowen's disease with topical 5% imiquimod cream: retrospective study. *Dermatol Surg* 2007, 33(4):427-431; discussion 431-422.
39. Peris K, Micantonio T, Fargnoli MC, Lozzi GP, Chimenti S: Imiquimod 5% cream in the treatment of Bowen's disease and invasive squamous cell carcinoma. *J Am Acad Dermatol* 2006, 55(2):324-327.
40. Maruyama H, Tanaka R, Fujisawa Y, Nakamura Y, Ito S, Fujimoto M: Availability of sentinel lymph node biopsy for cutaneous squamous cell carcinoma. *J Dermatol* 2017, 44(4):431-437.
41. Hauschild A, Breuninger H, Kaufmann R, Kortmann RD, Klein M, Werner J, Reifemberger J, Dirschka T, Garbe C: Brief S2k guidelines--Basal cell carcinoma of the skin. *J Dtsch Dermatol Ges* 2013, 11 Suppl 3:10-15, 11-16.

42. Tsao MN, Tsang RW, Liu FF, Panzarella T, Rotstein L: Radiotherapy management for squamous cell carcinoma of the nasal skin: the Princess Margaret Hospital experience. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2002, 52(4):973-979.
43. Dundar Y, Cannon RB, Hunt JP, Monroe M, Suneja G, Hitchcock YJ: Radiotherapy regimens in patients with nonmelanoma head and neck skin cancers. *Int J Dermatol* 2018, 57(4):441-448.
44. Jambusaria-Pahlajani A, Miller CJ, Quon H, Smith N, Klein RQ, Schmults CD: Surgical monotherapy versus surgery plus adjuvant radiotherapy in high-risk cutaneous squamous cell carcinoma: a systematic review of outcomes. *Dermatol Surg* 2009, 35(4):574-585.
45. Veness MJ, Morgan GJ, Palme CE, Gebiski V: Surgery and adjuvant radiotherapy in patients with cutaneous head and neck squamous cell carcinoma metastatic to lymph nodes: combined treatment should be considered best practice. *Laryngoscope* 2005, 115(5):870-875.
46. Wray J, Amdur RJ, Morris CG, Werning J, Mendenhall WM: Efficacy of elective nodal irradiation in skin squamous cell carcinoma of the face, ears, and scalp. *Radiat Oncol* 2015, 10:199.
47. Тимофеев ЛВ, Саакян СВ, Волошин СВ, Архипов АЮ: Аппликаторы для офтальмоонкологии. Стронций-90 + Иттрий-90. Москва; 2019.
48. Chopdar A: Carbon-dioxide laser treatment of eye lid lesions. *Trans Ophthalmol Soc U K* 1985, 104 ( Pt 2):176-180.
49. Важенина ДА, Васильев СА, Дудник СН: Рецидивирующий базальноклеточный рак кожи век (особенности клинического течения, лечения). *Российский медицинский журнал* 2016, 11:36-43.
50. Lecuona K, Stannard C, Hart G, Rice J, Cook C, Wetter J, Duffield M: The treatment of carcinoma in situ and squamous cell carcinoma of the conjunctiva with fractionated strontium-90 radiation in a population with a high prevalence of HIV. *Br J Ophthalmol* 2015, 99(9):1158-1161.
51. Hinerman RW, Indelicato DJ, Amdur RJ, Morris CG, Werning JW, Vaysberg M, Kirwan J, Mendenhall WM: Cutaneous squamous cell carcinoma metastatic to parotid-area lymph nodes. *Laryngoscope* 2008, 118(11):1989-1996.
52. Apisarnthanarax S, Dhruva N, Ardeshirpour F, Tepper JE, Shores CG, Rosenman JG, Shockley WW, Hayward MC, Hayes DN: Concomitant radiotherapy and chemotherapy for high-risk nonmelanoma skin carcinomas of the head and neck. *Int J Surg Oncol* 2011, 2011:464829.

53. Kwan W, Wilson D, Moravan V: Radiotherapy for locally advanced basal cell and squamous cell carcinomas of the skin. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2004, 60(2):406-411.
54. Balamucki CJ, Mancuso AA, Amdur RJ, Kirwan JM, Morris CG, Flowers FP, Stoer CB, Cognetta AB, Mendenhall WM: Skin carcinoma of the head and neck with perineural invasion. *Am J Otolaryngol* 2012, 33(4):447-454.
55. Choi FD, Kraus CN, Elsensohn AN, Carley SK, Lehmer LM, Nguyen RT, Linden KG, Shiu J: Programmed cell death 1 protein and programmed death-ligand 1 inhibitors in the treatment of nonmelanoma skin cancer: A systematic review. *J Am Acad Dermatol* 2019.
56. Markham A, Duggan S: Cemiplimab: First Global Approval. *Drugs* 2018, 78(17):1841- 1846.
57. Ferris RL, Blumenschein G, Jr., Fayette J, Guigay J, Colevas AD, Licitra L, Harrington KJ, Kasper S, Vokes EE, Even C et al: Nivolumab vs investigator's choice in recurrent or metastatic squamous cell carcinoma of the head and neck: 2-year long-term survival update of CheckMate 141 with analyses by tumor PD-L1 expression. *Oral Oncol* 2018, 81:45-51.
58. Maubec E, Helfen S, Scheer-Senjarich I, Boubaya M, Schischmanoff O, Alloux C, Deschamps L, Petrow P, Lopez I, Tibi A et al: CARSKIN: Pembrolizumab as first line therapy in patients with unresectable cutaneous squamous cell carcinoma (cSCC). *Journal of Clinical Oncology* 2017, 35(15\_suppl):TPS9596-TPS9596.
59. Foote MC, McGrath M, Guminski A, Hughes BG, Meakin J, Thomson D, Zarate D, Simpson F, Porceddu SV: Phase II study of single-agent panitumumab in patients with incurable cutaneous squamous cell carcinoma. *Ann Oncol* 2014, 25(10):2047-2052.
60. Nottage MK, Lin C, Hughes BG, Kenny L, Smith DD, Houston K, Francesconi A: Prospective study of definitive chemoradiation in locally or regionally advanced squamous cell carcinoma of the skin. *Head Neck* 2017, 39(4):679-683.
61. Bonner JA, Harari PM, Giralt J, Cohen RB, Jones CU, Sur RK, Raben D, Baselga J, Spencer SA, Zhu J et al: Radiotherapy plus cetuximab for locoregionally advanced head and neck cancer: 5-year survival data from a phase 3 randomised trial, and relation between cetuximab-induced rash and survival. *The Lancet Oncology* 2010, 11(1):21-28.
62. Petre A, Dalban C, Karabajakian A, Neidhardt EM, Roux PE, Poupart M, Deneuve S, Zrounba P, Fayette J: Carboplatin in combination with weekly Paclitaxel as first-line therapy in patients with recurrent/metastatic head and neck squamous cell carcinoma unfit to EXTREME schedule. *Oncotarget* 2018, 9(31):22038-22046.

63. Muzaffar J, Khushalani NI, Russell JS, Parameswaran J, Kirtane K, Iglesia JDL, Slebos R, Chung CH: A phase II study of capecitabine (Cape) or 5-fluorouracil (5-FU) with pegylated interferon alpha-2b (Peg-IFNA-2b) in unresectable/metastatic cutaneous squamous cell carcinoma (CSCC). *Journal of Clinical Oncology* 2019, 37(15\_suppl):e21020-e21020.
64. Maubec E, Petrow P, Scheer-Senjarich I, Duvillard P, Lacroix L, Gelly J, Certain A, Duval X, Crickx B, Buffard V et al: Phase II study of cetuximab as first-line single-drug therapy in patients with unresectable squamous cell carcinoma of the skin. *J Clin Oncol* 2011, 29(25):3419-3426.
65. Gurney H: How to calculate the dose of chemotherapy. *Br J Cancer* 2002, 86(8):1297- 1302.
66. Sample A, He YY: Mechanisms and prevention of UV-induced melanoma. *Photodermatol Photoimmunol Photomed* 2018, 34(1):13-24.
67. Badertscher N, Meier M, Rosemann T, Braun R, Cozzio A, Tag B, Wensing M, Tandjung R: The role of skin self-examination at the Swiss skin cancer day. *BMC Health Serv Res* 2014, 14:581.
68. Flohil SC, van der Leest RJ, Arends LR, de Vries E, Nijsten T: Risk of subsequent cutaneous malignancy in patients with prior keratinocyte carcinoma: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Cancer* 2013, 49(10):2365-2375.
69. Aryasit O, Preechawai P, Hajeewaming N: Clinicopathologic Characteristics and Predictors Affecting Survival Outcome of Eyelid Malignancy. *J Craniofac Surg* 2019, 30(5):1516-1519.
70. [Советский энциклопедический словарь](#) / Гл. ред. [А. М. Прохоров](#). — 4-е изд. — М.: Советская энциклопедия, 1988. — 1600 с.
71. ↑ [Перейти обратно:<sup>1 2</sup> Профилактика](#) / [Лисицын Ю. П.](#), [Трофимов В. В.](#) // [Большая медицинская энциклопедия](#) : в 30 т. / гл. ред. [Б. В. Петровский](#). — 3-е изд. — М. : [Советская энциклопедия](#), 1983. — Т. 21 : Преднизолон — Растворимость. — 560 с. : ил.
72. ↑ [Профилактика \(в медицине\)](#) // [Большая советская энциклопедия](#). — М. : Советская энциклопедия, 1969—1978. — ([Большая советская энциклопедия](#) : [в 30 т.] / гл. ред. [А. М. Прохоров](#) ; 1969—1978).
73. ↑ [Перейти обратно:<sup>1 2</sup> Профилактика](#) : [[арх.](#) 19 октября 2022] // [Большая российская энциклопедия](#) : [в 35 т.] / гл. ред. [Ю. С. Осипов](#). — М. : Большая российская энциклопедия, 2004—2017.
74. ↑ [Полунина Н. В.](#), [Пивоваров Ю. П.](#), [Милушкина О. Ю.](#) [Профилактическая медицина — основа сохранения здоровья населения](#) [Архивная копия](#) от 18 мая 2021 на [Wayback Machine](#) / ГБОУ ВПО «[Российский национальный исследовательский университет имени Н. И. Пирогова](#)» Минздрава России, научная статья, DOI:

10.24075/vrgmu.2018.058 // М.: РНИУ им. Пирогова, журнал «Вестник Российского государственного медицинского университета», № 5, 2018 г., С. 5-13. ISSN: 2070-7320

75. ↑ [Профилактика болезней посредством создания здоровой окружающей среды](#) [Архивная копия](#) от 13 ноября 2018 на [Wayback Machine](#) // Статья на сайте ВОЗ от марта 2016 года

76. ↑ [Буренков С. П., Лидов И. П., Сточик А. М. Первичная профилактика](#) // [Большая медицинская энциклопедия](#) : в 30 т. / гл. ред. [Б. В. Петровский](#). — 3-е изд. — М. : [Советская энциклопедия](#), 1983. — Т. 21 : Преднизолон — Растворимость. — 560 с. : ил.

77. ↑ [Статистика санитарная](#) // [Большая медицинская энциклопедия](#) : в 30 т. / гл. ред. [Б. В. Петровский](#). — 3-е изд. — М. : [Советская энциклопедия](#), 1985. — Т. 24 : Сосудистый шов — Тениоз. — 544 с. : ил.

78. ↑ [Социальная гигиена](#) // [Большая медицинская энциклопедия](#) : в 30 т. / гл. ред. [Б. В. Петровский](#). — 3-е изд. — М. : [Советская энциклопедия](#), 1985. — Т. 24 : Сосудистый шов — Тениоз. — 544 с. : ил.

79. ↑ [А. Б. Полетаев. «Превентивная медицина: введение в проблему»](#) // Всероссийский междисциплинарный медицинский журнал. [Архивировано](#) 28 октября 2021 года.

80. ↑ [Депутаты призвали развернуть медицину и сделать превентивной](#) // Статья от 19.09.2017 г. «Медвестник». Р. Шевченко

81. [Советский энциклопедический словарь](#) / Гл. ред. [А.М. Прохоров](#). — 4-е изд. — М.: Советская энциклопедия, 1988. — 1600 с.

82. ↑ [Реабилитация в медицине](#) / Турович Е. А., Скобля Е. С. // [Большая медицинская энциклопедия](#) : в 30 т. / гл. ред. [Б. В. Петровский](#). — 3-е изд. — М. : [Советская энциклопедия](#), 1984. — Т. 22 : Растворители — Сахаров. — 544 с. : ил.

83. ↑ [Реабилитация](#) [Архивная копия](#) от 12 мая 2022 на [Wayback Machine](#) // 10.11.2021 г. Просветительская статья на сайте [ВОЗ](#).

84. ↑ [Реабилитация больных и инвалидов](#) : [арх. 25 сентября 2022] // [Большая российская энциклопедия](#) [Электронный ресурс]. — 2017. ([Реабилитация больных и инвалидов](#) // Пустырник — Румчерод. — М. : Большая российская энциклопедия, 2015. — С. 277-278. — ([Большая российская энциклопедия](#) : [в 35 т.] / гл. ред. [Ю. С. Осипов](#) ; 2004—2017, т. 28). — ISBN 978-5-85270-365-1.).

85. ↑ Статья 40 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 03.07.2016) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 03.10.2016)

86. Материалы для подготовки и квалификационной аттестации по специальности «Общественное здоровье и здравоохранение» (учебное пособие)./Под ред. В. С. Лучкевича и И. В. Полякова.— СПб,2005

87. ↑ [Перейти обратно:<sup>1</sup> <sup>2</sup>](#) Алексеенко С. Н., Дробот Е. В. Профилактика заболеваний // М.: Академия Естествознания, 2015. — 449 с. [ISBN 978-5-91327-352-9](#). (Текст в электронном виде [Архивная копия](#) от 26 января 2021 на [Wayback Machine](#) на сайте *monographies.ru*)
88. ↑ [Перейти обратно:<sup>1</sup> <sup>2</sup>](#) Katz. D., Ater. A. "[«Preventive medicine, integrative medicine and the health of the population»](#)" (PDF). [Архивировано](#) (PDF) 27 августа 2010. Дата обращения: 20 июля 2020.
89. Oren R, Zagury AI, Katzir O, Kollender Y, Meller I: Musculoskeletal Cancer Surgery. In., edn. Edited by Malawer. Dordrecht: Springer; 2013: 583-593.
90. Committee. NMA: Topic: The Diagnosis and Treatment of Lymphedema. Position Statement of the National Lymphedema Network. . In.; 2011: 1-19.
91. Segal R, Zwaal C, Green E, Tomasone JR, Loblaw A, Petrella T, Exercise for People with Cancer Guideline Development G: Exercise for people with cancer: a systematic review. *Curr Oncol* 2017, 24(4):e290-e315.
92. Boyd C, Crawford C, Paat CF, Price A, Xenakis L, Zhang W, Evidence for Massage Therapy Working G: The Impact of Massage Therapy on Function in Pain Populations-A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials: Part II, Cancer Pain Populations. *Pain Med* 2016, 17(8):1553-1568.
93. Stout NL, Baima J, Swisher AK, Winters-Stone KM, Welsh J: A Systematic Review of Exercise Systematic Reviews in the Cancer Literature (2005-2017). *PM R* 2017, 9(9S2):S347- S384.
94. Hu M, Lin W: Effects of exercise training on red blood cell production: implications for anemia. *Acta Haematol* 2012, 127(3):156-164.
95. Lee JM, Look RM, Turner C, Gardiner SK, Wagie T, Douglas J, Sorenson L, Evans L, Kirchner S, Dashkoff C et al: Low-level laser therapy for chemotherapy-induced peripheral neuropathy. *Journal of Clinical Oncology* 2012, 30(15\_suppl):9019-9019.
96. Rick O, von Hehn U, Mikus E, Dertinger H, Geiger G: Magnetic field therapy in patients with cytostatics-induced polyneuropathy: A prospective randomized placebo-controlled phase-III study. *Bioelectromagnetics* 2017, 38(2):85-94.
97. Oberoi S, Zamperlini-Netto G, Beyene J, Treister NS, Sung L: Effect of prophylactic low level laser therapy on oral mucositis: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2014, 9(9):e107418.
98. Westphal JG, Schulze PC: Exercise training in cancer related cardiomyopathy. *J Thorac Dis* 2018, 10(Suppl 35):S4391-S4399.
99. Ross M, Fischer-Carlidge E: Scalp Cooling: A Literature Review of Efficacy, Safety, and Tolerability for Chemotherapy-Induced Alopecia. *Clin J Oncol Nurs* 2017, 21(2):226-233.

100. Rief H, Omlor G, Akbar M, Welzel T, Bruckner T, Rieken S, Haefner MF, Schlampp I, Gioules A, Habermehl D et al: Feasibility of isometric spinal muscle training in patients with bone metastases under radiation therapy - first results of a randomized pilot trial. *BMC Cancer* 2014, 14:67.
101. Devine D, Parker PA, Fouladi RT, Cohen L: The association between social support, intrusive thoughts, avoidance, and adjustment following an experimental cancer treatment. *Psychooncology* 2003, 12(5):453-462.
102. Folkman S, Lazarus RS, Gruen RJ, DeLongis A: Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *J Pers Soc Psychol* 1986, 50(3):571-579.
103. Fawzy FI, Cousins N, Fawzy NW, Kemeny ME, Elashoff R, Morton D: A structured psychiatric intervention for cancer patients. I. Changes over time in methods of coping and affective disturbance. *Arch Gen Psychiatry* 1990, 47(8):720-725.
104. McLoone J, Menzies S, Meiser B, Mann GJ, Kasparian NA: Psycho-educational interventions for melanoma survivors: a systematic review. *Psychooncology* 2013, 22(7):1444- 1456.

Настоящий национальный клинический протокол и стандарт разработаны под руководством заместителя министра здравоохранения Баситхановой Э.И, начальника управления медицинского страхования Алмардонова Ш.К., начальника отдела разработки и внедрения клинических протоколов и стандартов Нуримовой Ш.Р., а также с организационной и практической помощью главного специалиста отдела Джумаевой Г.Т. и ведущего специалиста отдела Рахимовой Н.Ф.