

УДК 616-006.61

<http://dx.doi.org/10.62546/3034-1477-2025-3-3-39-47>

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИГАНТСКОЙ САРКОМАТОИДНОЙ КАРЦИНОМЫ КОЖИ ЗАУШНОЙ ОБЛАСТИ

¹И.А.Герк, ^{1,2}Р.В.Орлова, ¹И.М.Иткин, ¹В.Ю.Погребняков, ¹М.И.Хрусталеv, ¹Т.С.Ермакова¹СПб ГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер»,

Россия, 198255, Санкт-Петербург, пр. Ветеранов, д. 56

²ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет»,

Россия, 199034, Санкт-Петербург, Университетская наб., д. 7/9

* **Контакты:** Герк Иван Александрович, e-mail: dr.ivangerk@gmail.com

Аннотация

Саркоматоидная карцинома кожи — редкий и агрессивный вариант плоскоклеточного рака кожи с низкой дифференцировкой. Из-за малочисленности наблюдений отсутствуют стандартизированные подходы к диагностике и лечению, что придает особую ценность описанию клинических случаев. В статье представлен опыт лечения молодого пациента с саркоматоидной карциномой кожи заушной области, которая характеризовалась быстрым ростом до гигантских размеров, распадом и кровотечением. В ходе комплексного лечения, включающего хирургию и химиоиммунотерапию, злокачественный процесс был взят под контроль, и в настоящий момент у пациента отсутствуют клинические и рентгенологические признаки опухоли.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: саркоматоидная карцинома кожи, плоскоклеточный рак кожи

Для цитирования: Герк И.А., Орлова Р.В., Иткин И.М., Погребняков В.Ю., Хрусталеv М.И., Ермакова Т.С. Клинический случай успешного лечения гигантской саркоматоидной карциномы кожи заушной области // *Клинический случай в онкологии*. 2025. Т. 3, № 3. С. 39–47, doi: <http://dx.doi.org/10.62546/3034-1477-2025-3-3-39-47>.

CLINICAL CASE OF A GIANT SARCOMATOID CARCINOMA OF THE SKIN ARISING IN THE POSTAURICULAR AREA

¹Ivan A. Gerk, ^{1,2}Rashida V. Orlova, ¹Ilya M. Itkin, ¹Vladimir Yu. Pogrebnyakov, ¹Mikhail I. Khrustalev,¹Tatyana S. Ermakova¹City Clinical Oncological Dispensary, 56 Veteranov Ave., St. Petersburg, 198255, Russia²St. Petersburg State University, 7/9 Universitetskaya Emb., St. Petersburg, 199034, Russia

* **Contacts:** Gerk Ivan Alexandrovich, e-mail: dr.ivangerk@gmail.com

Annotation

Sarcomatoid carcinoma of the skin is a rare and aggressive variant of cutaneous squamous cell carcinoma characterized by poor differentiation. Due to the limited number of reported cases, there are no standardized approaches to management, making individual case reports particularly valuable. We describe a young patient presenting with a rapidly enlarging giant sarcomatoid carcinoma of the postauricular region with ulceration and bleeding. A combined-modality treatment, including surgery and chemoimmunotherapy, resulted in complete clinical and radiological disease control, with no evidence of recurrence at follow-up.

KEYWORDS: sarcomatoid carcinoma of the skin, cutaneous squamous cell carcinoma

For citation: Gerk I.A., Orlova R.V., Itkin I.M., Pogrebnyakov V.Yu., Khrustalev M.I., Ermakova T.S. Clinical case of a giant sarcomatoid carcinoma of the skin arising in the postauricular area // *Clinical case in oncology*. 2025. Vol. 3, No. 3. P. 39–47, doi: <http://dx.doi.org/10.62546/3034-1477-2025-3-3-39-47>.

ВВЕДЕНИЕ

Саркоматоидная карцинома кожи представляет собой редкий морфологический вариант

плоскоклеточного рака, характеризующийся сочетанием эпителиальных и мезенхимоподобных признаков опухолевого роста [1–3].

Для данной нозологической формы типичны низкая степень дифференцировки, высокая митотическая активность и склонность к быстрому инфильтративному росту, что определяет ее агрессивное клиническое течение и неблагоприятный прогноз [3–5].

Согласно данным литературы, саркоматоидная карцинома кожи встречается крайне редко — преимущественно у пациентов пожилого возраста, чаще на участках, подвергавшихся хронической травме, рубцеванию или воздействию ионизирующего излучения [2, 5, 16]. Из-за малочисленности наблюдений и отсутствия крупных проспективных исследований стандартизированные подходы к диагностике и лечению не разработаны [1, 6]. В клинической практике тактика ведения пациентов в основном заимствуется из рекомендаций по лечению плоскоклеточного рака кожи [7, 8].

С морфологической точки зрения саркоматоидная карцинома может напоминать истинные саркомы, а также другие веретенноклеточные опухоли кожи, такие как атипичная фибросаркома и плеоморфная дерматофибросаркома [9–11, 15]. Иммуногистохимически опухолевые клетки, как правило, экспрессируют цитokerатины (AE1/3, CK8, CK5/6), а также виментин, при этом остаются негативными по S100, HMB45 и MelanA, что помогает дифференцировать их от меланом и сарком [8, 9, 18]. Экспрессия p40 считается наиболее специфичным маркером эпителиального происхождения подобных новообразований [9].

Выделяют два морфологических варианта — монофазный (веретенноклеточный) и бифазный, различающихся по структуре и биологическому поведению [4, 10, 17]. Термин «саркоматоидная плоскоклеточная карцинома» используется в двух основных контекстах:

1) как описательный термин для плохо дифференцированных плоскоклеточных карцином кожи, представленных преимущественно веретенноклеточным компонентом, напоминающим саркому, но сохраняющим эпителиальные маркеры при иммуногистохимическом исследовании;

2) для истинно бифазных опухолей, содержащих смешанные эпителиальные и мезенхимальные злокачественные элементы [4].

Прогноз при первом типе соответствует плохо дифференцированному плоскоклеточному раку кожи, тогда как при втором — крайне редком и более агрессивном варианте — прогноз значительно хуже из-за высокой частоты метастазирования и химиорезистентности [4, 5].

Наиболее эффективным методом лечения локализованных форм остается хирургическое удаление с достижением отрицательных краев резекции [5, 6]. Однако при местно-распространенных или нерезектабельных формах стандартизированные режимы терапии отсутствуют [6, 10]. В последние годы опубликованы отдельные наблюдения, указывающие на эффективность ингибиторов PD-1 (пембролизумаб, ниволумаб) при продвинутых формах плоскоклеточного рака кожи и его саркоматоидных подтипах [12–14].

Комбинированные схемы с добавлением химиотерапии рассматриваются как индукционный вариант при массивных опухолях для уменьшения их объема и контроля симптомов заболевания.

Описание клинического случая

Пациент, мужчина 1986 г.р. (на момент обращения 38 лет) отмечал на коже правой заушной области новообразование размером около 5 мм примерно с 2010 года. С учетом отсутствия роста и бессимптомного характера течения новообразования больной длительное время за помощью не обращался. В июне 2024 г. пациент отметил бурный рост новообразования, также появились болезненность и гиперемия прилежащих тканей. В непрофильных учреждениях проводились неоднократные оперативные вмешательства — иссечения по поводу «нагноившейся липомы», «атеромы», «абсцесса», после чего наступало непродолжительное улучшение с последующим бурным продолженным ростом на прежнем месте. В ноябре 2024 г. пациент обратился в онкологическую службу по месту жительства и был направлен районным онкологом в СПб ГБУЗ ГКОД. Параллельно пациент обратился в КНПЦСВМП(о) им. Н. П. Напалкова, где была выполнена биопсия, по результатам которой была описана злокачественная низкодифференцированная опухоль. При иммуногистохимическом исследовании опухолевые клетки экспрессировали CK8, очагово AE1/3, были негативны к HMB45, MelanA, p63, S100 (очень слабо, фокально). Подобный морфологический и иммуногистохимический профиль соответствовал саркоматоидной карциноме. Во время ожидания результатов гистологического исследования у пациента было отмечено интенсивное кровотечение из опухоли, потребовавшее госпитализации в дежурный хирургический стационар. Кровотечение

было купировано на фоне гемостатической терапии. В дежурном стационаре была выполнена компьютерная томография, позволившая оценить распространенность опухолевого процесса (рис. 1).



Рис. 1. КТ головы пациента до начала противоопухолевого лечения 21.11.2024 г.

Fig. 1. CT scan of the patient's head before the start of antitumor treatment on November 21, 2024

Опухоль оказалась местно-распространенной, без отдаленных метастазов (КТ 21.11.2024 — объемное патологическое образование теменно-височно-затылочной области справа $10 \times 7,3 \times 10,7$ см, неравномерно накапливающее контрастное вещество, интимно прилежащее к височным и теменным костям). С результатами обследований был проведен консилиум от 04.12.2024, заключивший, что, учитывая распространенность опухолевого процесса и морфологический профиль опухоли, общее удовлетворительное состояние пациента, молодой возраст, адекватные показатели крови, целесообразно в рамках 1-го этапа комплексного лечения проведение индукционной химиотерапии в режиме DCF. Однако у пациента повторно развилось интенсивное кровотечение из опухоли, и он был госпитализирован в дежурный стационар, где повторно была проведена гемостатическая терапия. К моменту госпитализации в стационар ГКОД 12.12.2024 общее состояние пациента и показатели крови ухудшились (гемоглобин 74 г/л, эритроциты $2,75 \times 10^{12}$ /л, гематокрит 23,7%), отмечался стремительный рост образования, осложнившийся рецидивирующими кровотечениями из опухоли и интоксикацией на фоне ее распада и присоединения вторичной инфекции (рис. 2).

При поступлении общий соматический статус пациента оценивался как ECOG 3 (паци-

ент проводил в постели более 50% времени, но не был прикован к ней), отмечался болевой синдром 2 ст. (60 мм по ВАШ), купирующийся неполностью на фоне приема трамадола 400 мг/сут. В клиническом анализе крови anemia 3 степени тяжести (Классификация анемии по критериям СТСАЕ v.5.0), выявлены лейкоцитоз $17,4 \times 10^9$ /л и тромбоцитоз 702×10^9 /л. Первым этапом была выполнена гемотрансфузия эритроцитарной взвеси, в результате уровень гемоглобина поднялся до 90 г/л. Однако это не позволило ликвидировать источник хронической кровопотери — распадающуюся и кровоточащую гигантскую опухоль. С учетом распада при перевязке произведен забор материала для бактериологического исследования, начата антибактериальная терапия. Усилена противоболевая терапия — выполнен переход на трансдермальную форму фентанила. Случай обсудили повторно с учетом всех вышеизложенных обстоятельств. Обсуждался вопрос о возможности радикальной операции, однако с учетом возможного распространения на кости черепа и высокой вероятностью положительного края резекции, а также высоким риском местного рецидива в короткие сроки после операции, что уже отмечалось ранее у пациента, а также было описано в литературе, решено было от хирургического лечения первым этапом воздержаться, но с целью профи-



Рис. 2. Состояние опухоли на момент госпитализации пациента, до начала лечения
Fig. 2. The state of the tumor at the time of the patient's hospitalization, before the start of treatment

лактики кровотечения из опухоли выполнить эмболизацию сосудов опухоли.

Также была обсуждена повторно тактика системного лечения. Учитывая гистологический тип опухоли, в соответствии с клиническими рекомендациями по лечению нерезектабельных плоскоклеточных опухолей кожи (для саркоматоидных карцином отсутствуют отдельные рекомендации в связи с редкостью этой нозологии) в качестве стандарта 1-й линии рекомендовано применение антиPD-1 препаратов (ниволумаб или пембролизумаб).

С целью достижения более выраженного и быстрого объективного ответа принято решение о сочетании иммунотерапии с химиотерапией по схеме PF. Первым этапом была проведена запланированная селективная эмболизация сосудов (рис. 3). В ходе процедуры установлено, что питание опухолевого

коцитоз, рост уровня С-реактивного белка, мочевой кислоты. В связи с этим пациент был повторно обсужден и было принято решение выполнить санитарную операцию. Проведена операция (28.12.2024) — санитарное удаление опухолевого узла мягких тканей волосистой части головы (рис. 5). Интраоперационно отмечено глубокое прорастание опухоли в кость — размер ложа опухоли оценивался в 5×5 см, в связи с этим операция не носила радикальный характер. С учетом сохранения опухолевого ложа в костях черепа, риска развития остеомиелита и отторжения кожного трансплантата пластика раневого дефекта не проводилась.

По результатам гистологического заключения: Изъязвленная солидного типа злокаче-

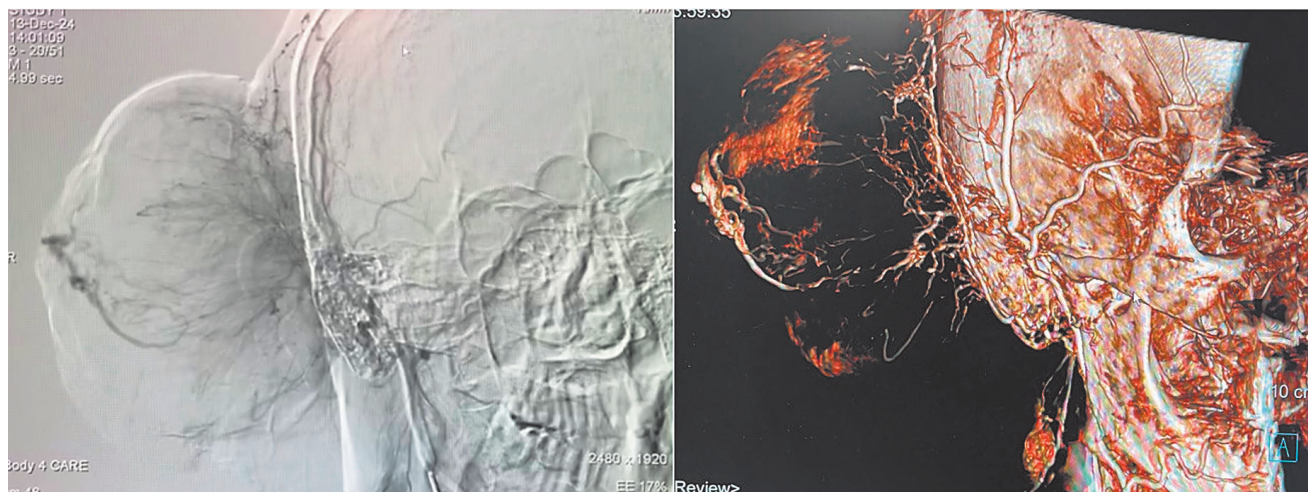


Рис. 3. Ход процедуры: селективная эмболизация сосудов, питающих опухоль (правой затылочной артерии)
Fig. 3. Procedure: selective embolization of vessels feeding the tumor (right occipital artery)

образования происходит только из бассейна правой затылочной артерии. После введения микросфер для эмболизации размером 300–360 мкм отмечено значительное снижение васкуляризации образования. Однако процедура была прервана в связи с развившимся выраженным болевым синдромом в области новообразования. Провести процедуру до полной окклюзии затылочной артерии не удалось.

Вторым этапом начат 1-й цикл химиотерапии по схеме PF+пембролизумаб. Клинически было отмечено уменьшение кровоточивости. В течение нескольких дней объем опухоли сократился, снизилось количество серозного отделяемого (рис. 4).

При этом клинически и лабораторно у пациента проявились признаки распада опухоли — температура тела стала повышаться до 38,0° С, несмотря на проводимую антибактериальную терапию, в анализе крови были отмечены лей-



Рис. 4. Уменьшение опухолевого узла на 7-е сутки после начала системной терапии
Fig. 4. Reduction of the tumor node on the 7th day after the start of systemic therapy

ственная эпителиоидно-клеточная опухоль кожи волосистой части головы в наибольшем измерении 17 см, с поражением сетчатого слоя



Рис. 5. Интраоперационная рана
Fig. 5. Intraoperative wound

дермы и фокусами инвазии в клетчатку; отсутствием фиброза, скудной перифокальной лим-

раны. На этом фоне отмечена положительная динамика в виде репарации тканей (рис. 6).

По данным компьютерной томографии, проведенной после 3 циклов лечения (17.02.2025) у пациента в области оперативного вмешательства, мягкие ткани неравномерно уплотнены, утолщены, с признаками неравномерного накопления контрастного вещества с +58 Нс до +138 Нс, размерами 50×10 мм, с признаками контактной деструкции и узурацией наружной пластинки височной, затылочной и теменной костей на протяжении ≈2,5 см (в области лямбдавидного шва). После проведения 6 циклов (КТ 20.05.2025): в области оперативного вмешательства, мягкие ткани неравномерно уплотнены, утолщены, с признаками неравномерного накопления контрастного вещества с +45 Нс до +60 Нс, размерами 45×7 мм, с признаками контактной деструкции и узурацией наружной пластинки височной, затылочной и теменной костей на протяжении ≈2,5 см (в области лямбдовидного шва) (рис. 7).

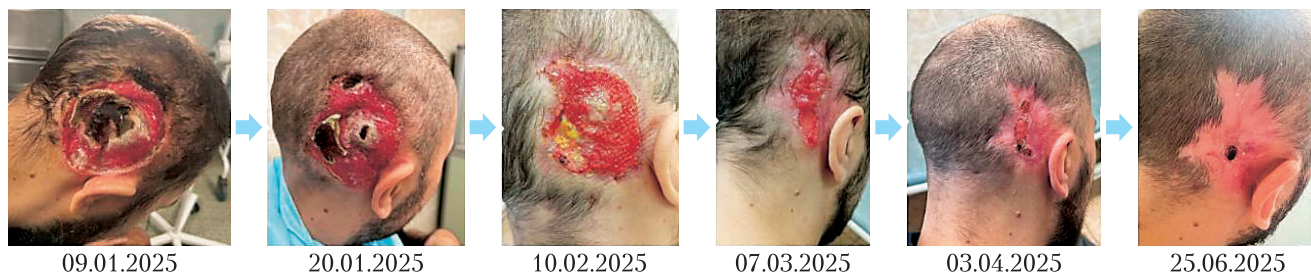


Рис. 6. Процесс репарации тканей
Fig. 6. The process of tissue reparation

фоидной инфильтрацией. Убедительных признаков лимфо/ангиоваскулярной и периневральной инвазии в объеме исследованного материала при рутинных методах окрашивания не определяется. В хирургических краях резекции опухолевые клетки с коагуляционными изменениями. Слабовыраженный лечебно-терапевтический патоморфоз. Также был выделен и отправлен на исследование близлежащий лимфатический узел — в отдельно присланном затылочной лимфоузле с коагуляционными изменениями — убедительных признаков лечебно-терапевтического патоморфоза и опухолевого поражения при рутинной окраске не обнаружено. Установлен диагноз урТ3/урN0. Послеоперационный период протекал без осложнений. В последующем пациенту была продолжена системная терапия по схеме PF+пембролизумаб. По поводу крупного дефекта кожи правой заушной области проводились регулярные перевязки, обработка

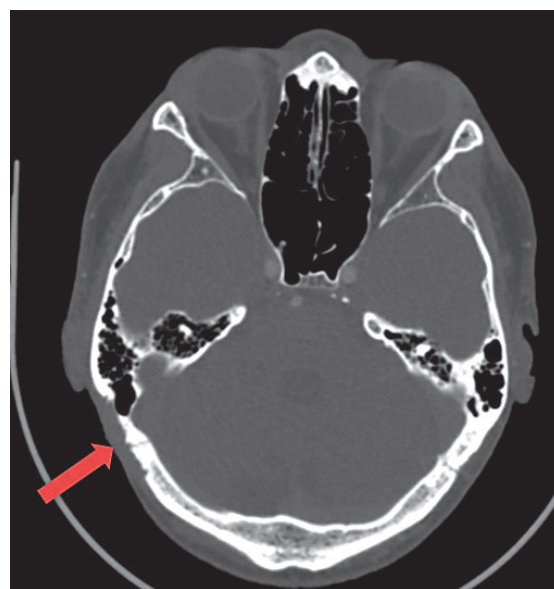
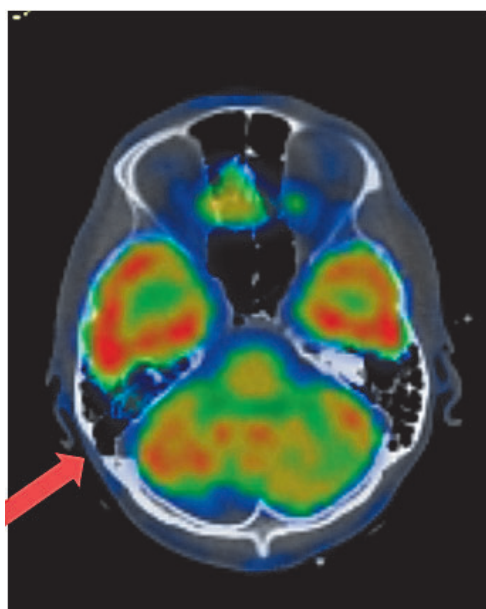


Рис. 7. КТ головы пациента после 6 циклов терапии
Fig. 7. CT scan of the patient's head after 6 cycles of therapy

Отдаленных изменений по-прежнему не отмечено. В связи с сохранением признаков накопления контрастного вещества в области оперативного вмешательства рекомендовано выполнить ПЭТ-КТ с ^{18}F ФДГ для оценки метаболической активности. По данным ПЭТ-КТ от 28.07.2025 признаков патологической активности не было выявлено (рис. 8).



лось крайне агрессивным течением с быстрым увеличением опухоли, распадом и кровотечением, что типично для саркоматоидных подтипов плоскоклеточного рака кожи [1–3, 5]. Большинство аналогичных случаев в мировой литературе описаны у пациентов старшего возраста, что делает данное наблюдение уникальным [2, 3, 6, 16].

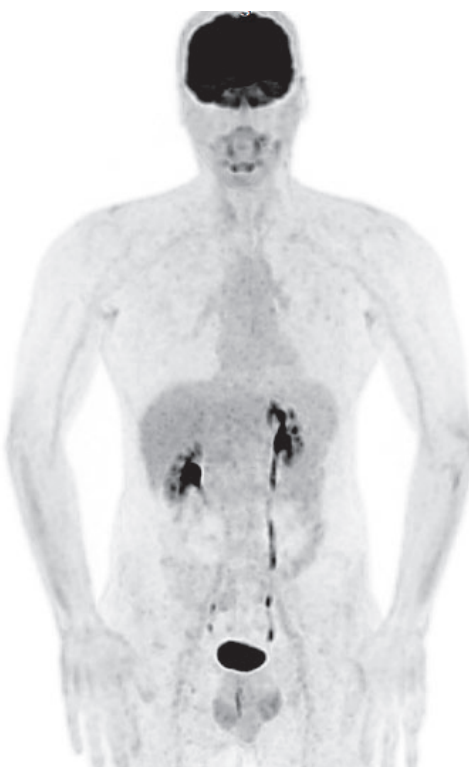


Рис. 8. ПЭТ-КТ с ^{18}F ФДГ — полный метаболический ответ
Fig. 8. PET-CT with ^{18}F FDG — complete metabolic response

После завершения 6 циклов комбинированной химиоиммунотерапии пациенту была продолжена моноиммунотерапия пембролизумабом каждые 3 недели в дозе 200 мг. Из нежелательных явлений терапии отмечались нейтропения 2 ст., астения 2 ст., тошнота 1 ст., периферическая нейропатия 2 ст., что связано с химиотерапией, а также гипотиреоз 1 ст., кожная токсичность 2 ст., вызванные иммунотерапией. В целом, переносимость лечения удовлетворительная и общее состояние пациента соответствует ECOG 0–1, качество жизни пришло к уровню до болезни, пациент ведет активный образ жизни, работает, путешествует. Репарация тканей в области первичной опухоли произошла в полном объеме (рис. 9).

ОБСУЖДЕНИЕ

Представленный клинический случай иллюстрирует редкий пример гигантской саркоматоидной карциномы кожи заушной области у молодого пациента. Заболевание отлича-



Рис. 9. Область первичной опухоли после проведенного лечения
Fig. 9. Primary tumor area after treatment

Иммуногистохимический профиль опухоли (CK8+, AE1/3+, HMB45–, MelanA–, p63–, S100–) соответствовал плохо дифференцированной плоскоклеточной карциноме с веретеноклеточными признаками, но без истинного мезенхимального компонента. Таким образом, речь идет о саркоматоидном варианте плоскоклеточного рака кожи, а не о бифазной карциносаркоме, что имеет большое прогностическое значение [4]. Верификация типа опухоли на основании иммуногистохимического профиля принципиально важна, поскольку бифазные варианты характеризуются существенно более высоким риском метастазирования и лекарственной резистентностью.

С учетом нерезектабельного характера опухоли и быстрого прогрессирования оптимальной тактикой лечения стала комбинация иммунотерапии с химиотерапией по схеме PF + пембролизумаб. Такой подход отражает современные тенденции в терапии нерезектабельных плоскоклеточных опухолей кожи, где ингибиторы PD-1 становятся ключевым компонентом лечения [7, 14].

Следует отметить значимость своевременного проведения селективной эмболизации ветвей затылочной артерии, что позволило стабилизировать гемодинамическую ситуацию и предотвратить массивное кровотечение. Не менее важным этапом стало выполнение санитарного удаления распадающегося опухолевого узла, что способствовало снижению интоксикации, улучшению местного контроля процесса и позволило безопасно продолжить системное лечение.

В представленном случае удалось достичь выраженного клинического эффекта, уменьшения кровоточивости и полного метаболического ответа по данным ПЭТ-КТ, что подтверждает эффективность комбинированной химиоиммунотерапии при данной редкой морфологической форме.

Интересно отметить, что несмотря на крайне агрессивный фенотип и гигантские размеры первичного очага, у пациента не выявлено

регионарных или отдаленных метастазов. Это согласуется с наблюдениями, указывающими на преимущественно локально-инвазивный характер саркоматоидных карцином [3, 6, 10].

Данный случай подчеркивает необходимость междисциплинарного подхода к ведению подобных пациентов, включающего хирургов, онкологов, патоморфологов и специалистов по лучевой диагностике. Применение комбинированных стратегий, основанных на иммунотерапии и поддержанных локальными методами контроля, может рассматриваться как перспективное направление для пациентов с нерезектабельными или рецидивирующими формами саркоматоидной карциномы кожи.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Саркоматоидная карцинома кожи — редкая, агрессивная и труднодиагностируемая опухоль, для которой не разработаны четкие алгоритмы лечения. Представленный случай демонстрирует возможность успешного контроля злокачественного процесса при использовании комбинированного подхода, включающего иммуно- и химиотерапию, а также своевременные локальные методы воздействия. Проведение селективной эмболизации сосудов позволило стабилизировать состояние пациента и предотвратить массивное кровотечение, а санитарное удаление распадающейся опухоли обеспечило эффективный местный контроль и создало условия для продолжения системного лечения.

Комбинированная терапия с применением пембролизумаба и химиопрепаратов позволила добиться полного клинико-рентгенологического и метаболического ответа, а также значительно улучшить качество жизни пациента. Данное наблюдение подчеркивает значение поэтапного, мультидисциплинарного подхода к ведению больных с редкими и осложненными формами саркоматоидной карциномы кожи.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Shafi S., Gru A.A., Roman J. et al. A Case Series of Primary Cutaneous Sarcomatoid Carcinoma With Aberrant Smooth Muscle Actin Expression: A Clinicopathologic and Immunophenotypic Study // *Am.J.Dermatopathol.* 2025. Vol. 47, No. 2. P. 83–92. PMID: 39141758.
2. Park M., Kim S.W., Kim J. Sarcomatoid squamous cell carcinoma arising in a post-acupuncture keloid scar: a case report and literature review // *Arch. Craniofac. Surg.* 2025. Vol. 26, No. 4. P. 160–164. doi: 10.7181/acfs.2025.00234.
3. Lee Y., Lee D., Yeo H. et al. Extraordinarily aggressive cutaneous sarcomatoid squamous cell carcinoma of the face: a case report // *Arch. Craniofac. Surg.* 2022. Vol. 23, No. 2. P. 77–82. doi: 10.7181/acfs.2022.00059.

4. Read C., Borba A., Lantz D., Berg D. Polysemous terms need context: a case of poorly differentiated spindle cell cutaneous squamous cell carcinoma // *JAAD Case Rep.* 2024. Vol. 49. P. 117–120. doi: 10.1016/j.jdc.2024.04.046.
5. Nampijja A., Kakooza J., Lewis C., Mutumba W.M. Cutaneous sarcomatoid squamous cell carcinoma of the scalp: a case report // *J. Surg. Case Rep.* 2025. Vol. 2025, No. 6. P. rjaf456. doi: 10.1093/jscr/rjaf456.
6. Shankar R., Mishra A., Reddy B.B. Sarcomatoid variant of squamous cell carcinoma of the head and neck: need for aggressive management // *Cancer Res. Stat. Treat.* 2021. Vol. 4, No. 4. P. 783–784. doi: 10.4103/crst.crst_246_21.
7. Calonje J.E., Brenn T., Lazar A.J. et al. *McKee's Pathology of the Skin*. 5th ed. Elsevier Health Sciences, 2018.
8. Prieto V.G., Shea C.R. Immunohistochemistry of melanocytic proliferations // *Arch. Pathol. Lab. Med.* 2011. Vol. 135, No. 7. P. 853–859.
9. Ha T.T.L., Chen S.J.T., Arps D.P et al. Expression of the p40 isoform of p63 has high specificity for cutaneous sarcomatoid squamous cell carcinoma // *J. Cutan. Pathol.* 2014. Vol. 41, No. 11. P. 831–838. doi: 10.1111/cup.12387.
10. Plaza J.A., Gru A.A. Primary cutaneous sarcomatoid squamous cell carcinoma: a comprehensive clinicopathological and immunohistochemical study focusing on diagnostic pitfalls // *Histopathology.* 2025. doi: 10.1111/his.15743.
11. Weedon D. et al. *Skin Pathology*. 4th ed. Churchill Livingstone, 2015. Chapter: Spindle cell tumors.
12. Hughes B.G.M., Munoz-Couselo E., Mortier L. et al. Pembrolizumab for locally advanced and recurrent/metastatic cutaneous squamous cell carcinoma (KEYNOTE-629 study. P. an open-label, nonrandomized, multicenter, phase II trial // *Ann. Oncol.* 2021. Vol. 32, No. 10. P. 1276–1285. doi: 10.1016/j.annonc.2021.06.014.
13. Migden M.R., Khushalani N.I., Chang A.L.S. et al. Cemiplimab in locally advanced cutaneous squamous cell carcinoma: results from an open-label, phase 2, single-arm trial // *Lancet Oncol.* 2020. Vol. 21, No. 2. P. 294–305.
14. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Клинические рекомендации: плоскоклеточный рак кожи. CR 476_3. Доступно по: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/476_3 (дата обращения: 18.12.2025).
15. McAlpine S.G., Carrasquillo O.Y., Miedema J. et al. Two cases of cutaneous sarcomatoid squamous cell carcinoma resembling cutaneous giant cell tumor of soft tissue // *Am.J.Dermatopathol.* 2024. Vol. 46, No. 9. P. 623–625. doi: 10.1097/DAD.0000000000002563.
16. Oh S.J., Lee H.E., Lee S.Y et al. Primary cutaneous sarcomatoid carcinoma // *Indian J. Dermatol Venereol Leprol.* 2012. Vol. 78, No. 5. P. 665. doi: 10.4103/0378-6323.100536.
17. Plaza J.A., Gru A.A. Primary cutaneous sarcomatoid squamous cell carcinoma: a comprehensive clinicopathological and immunohistochemical study focusing on diagnostic pitfalls // *Histopathology.* 2025. Vol. 87, No. 2. P. 284–298. doi: 10.1111/his.15437.
18. Yan S. Squamous cell carcinoma. PathologyOutlines.com.

Вклад авторов

И. А. Герк: сбор и обработка данных по теме статьи, обзор публикаций по теме статьи, анализ и интерпретация полученных данных, написание текста статьи.

Р. В. Орлова: разработка концепции, редактирование статьи, утверждение окончательного варианта.

И. М. Иткин: ведение клинического наблюдения.

В. Ю. Погребняков: ведение клинического наблюдения.

М. И. Хрусталеv: ведение клинического наблюдения.

Т. С. Ермакова: ведение клинического наблюдения.

Authors' contributions

I. A. Gerk: collection and processing of data on the topic of the article, review of publications on the topic of the article, analysis and interpretation of the obtained data, writing the text of the article.

R. V. Orlova: development of the concept, editing of the article, approval of the final version.

I. M. Itkin: conducting clinical observation.

V. Yu. Pogrebnyakov: conducting clinical observation.

M. I. Khrustalev: conducting clinical observation.

T. S. Ermakova: conducting clinical observation.

ORCID авторов / ORCID of authors

И. А. Герк / I. A. Gerk

<https://orcid.org/0009-0007-6393-7561>

Р. В. Орлова / R. V. Orlova

<https://orcid.org/0000-0003-4447-9458>

И. М. Иткин / I. M. Itkin

<https://orcid.org/0009-0007-3344-9022>

В. Ю. Погребняков / V. Yu. Pogrebnyakov

<https://orcid.org/0000-0002-4587-4153>

М. И. Хрусталеv / M. I. Khrustalev

<https://orcid.org/0000-0002-1899-554X>

Т. С. Ермакова / T. S. Ermakova

<https://orcid.org/0000-0002-1899-554x>

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interests: the authors declare no conflict of interest.

Финансирование: исследование проведено без спонсорской поддержки.

Funding: this study was not sponsored.

Соблюдение прав пациентов и правил биоэтики. Пациент подписал добровольное информированное согласие на участие в исследовании.

Compliance with patient rights and bioethical standards. The patient signed voluntary informed consent to participate in the study.

Статья поступила / Received to the editor: 01.10.2025 г.;

Прошла рецензирование / Was reviewed: 10.10.2025 г.;

Принята в печать / Accepted for publication: 18.10.2025 г.