

Казахстанско-Российский медицинский
университет
Кафедра онкологии

Презентация на тему: Рак кожи

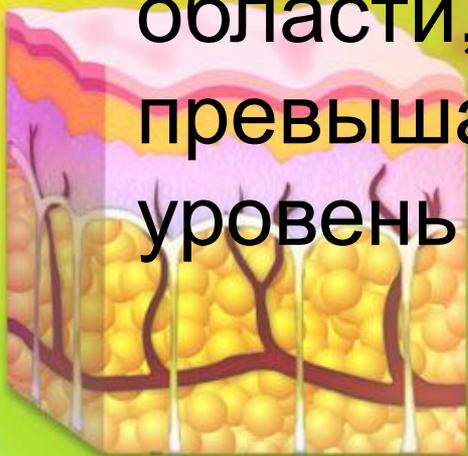


Выполнила: Удербаева К.
врач-интерн 725 группа ВОП

Алматы 2016

Актуальность темы

- Ежегодно в Казахстане выявляется около 28-30 тысяч онкологических больных. Лидеры по уровню заболеваемости и числу смертельных исходов – Павлодарская, Восточно-Казахстанская и Северо-Казахстанская области, где показатели смертности превышают средний республиканский уровень на 30-40 процентов.



Актуальность темы

В РК в структуре заболеваемости лидируют:

- рак легкого (12,3 %),
- рак молочной железы (11,3 %),
- **рак кожи** ! (10,6%),
- рак желудка (9,2 %),
- рак шейки матки (4,65 %).



Строение кожи



- **Эпидермис**
- 1. Роговой слой
- 2. Блестящий слой
- 3. Зернистый слой
- 4. Шиповатый слой
- 5. Базальный слой
- 6. Базальная мембрана
- **Дерма.**
- сосочковый
- сетчатый (ретикулярный) слой.

Эпидемиологические закономерности

- Опухоль чаще встречается у жителей южных областей и районов.
- Рак преимущественно возникает у людей со светлой окраской кожи.
- Вероятность возникновения рака кожи выше у лиц, работающих на открытом воздухе.



Предрасполагающие факторы

- Ультрафиолетовое и рентгеновское излучение
- Термические ожоги и рубцы
- Профессиональные вредности
- Семейная предрасположенность
- Курение



Облигатные предраковые заболевания

- Пигментная ксеродерма
- Болезнь Педжета
- Болезнь Боуэна
- Эритроплазия Кейра



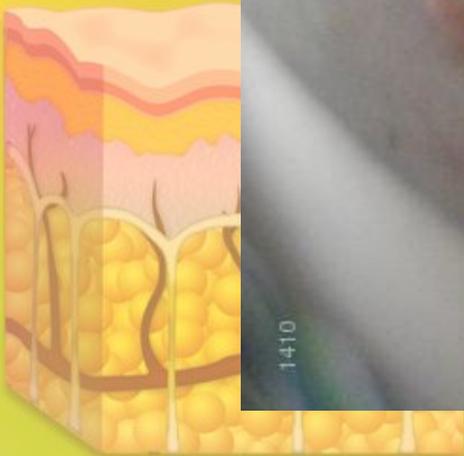
Облигатные предраковые заболевания

- 1. пигментная ксеродерма



Облигатные предраковые заболевания

- 2. Болезнь Педжета



Облигатные предраковые заболевания

- 3. Болезнь Боуэна



Облигатные предраковые заболевания

- 4. Эритроплазия Кейра



Факультативные предраковые заболевания

- Актинический старческий кератит
- Кожный рог
- Кератоакантома



Факультативные предраковые заболевания

- 1 Актинический старческий кератит



Факультативные предраковые заболевания

- 2 Кожный рог



Факультативные предраковые заболевания

- 3 кератоакантома



Рак кожи

Рак кожи возникает преимущественно на открытых частях тела, более 70% опухолей развивается на лице.

Излюбленными местами расположения опухоли является лоб, нос, углы глаз, височные области и ушные раковины.

На туловище опухоль возникает в 5-10%, с той же частотой рак кожи поражает конечности.



Гистологическое строение рака кожи

- **Базальноклеточный рак кожи (базалиома)** составляет 70-75% опухолей кожи. Отличается медленным ростом. Может порастать окружающие ткани, разрушая их. Практически не метастазирует.
- **Плоскоклеточный рак** встречается реже. Отличается быстрым инфильтрирующим ростом и способностью метастазировать, главным образом лимфогенным путем 10% случаев.
- **Рак из придатков кожи**



Стадии рака кожи

- I стадия - опухоль (язва) не более 2 см в Д, не проникающая глубже дермы, подвижная, без метастазов в лимфатические узлы.
- II стадий - опухоль от 2 до 5 см в Д, прорастающая всю толщу кожи, или при наличии одиночного метастаза в регионарном лимфатическом узле.
- III стадия - опухоль более 5 см в Д, прорастающая подлежащие мягкие ткани, или с множественными метастазами в лимфатические узлы.
- IV стадия - опухоль прорастающая кость или хрящ, или с неподвижными метастазами в лимфатических узлах, или с наличием отдаленных метастазов.



Клиническая классификация рака кожи по TNM:

- **T – первичная опухоль**

Tis – преинвазивная карцинома

T1 – опухоль до 2 -х см в наибольшем измерении

T2 – опухоль до 5 см в наибольшем измерении

T3 – опухоль более 5 см в наибольшем измерении

T4 – опухоль, прорастающая в глубокие экстрадермальные структуры, хрящ, мышцы, кости



Клиническая классификация рака кожи по TNM:

- ***N – регионарные лимфатические узлы***

No – нет признаков метастатического поражения регионарных лимфатических узлов

N1 – регионарные лимфатические узлы поражены метастазами

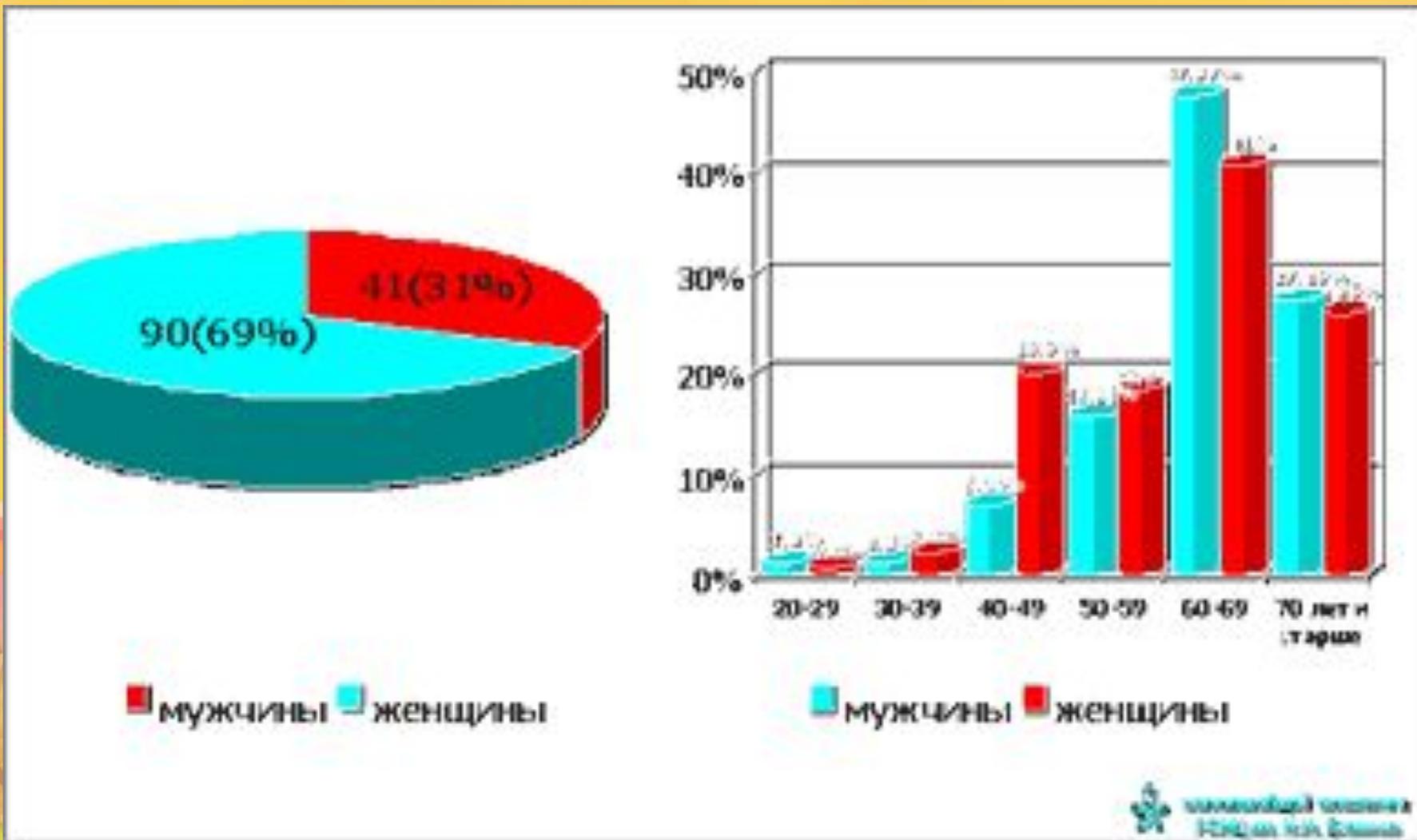
- ***M – отдаленные метастазы***

Mo – нет признаков отдаленных метастазов

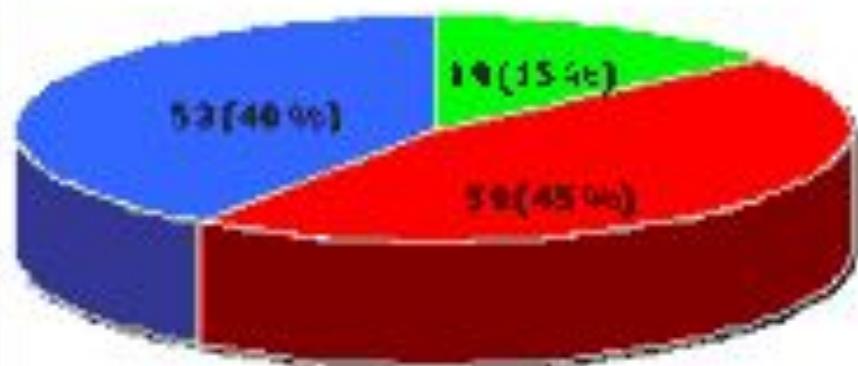
M1 – имеются отдаленные метастазы



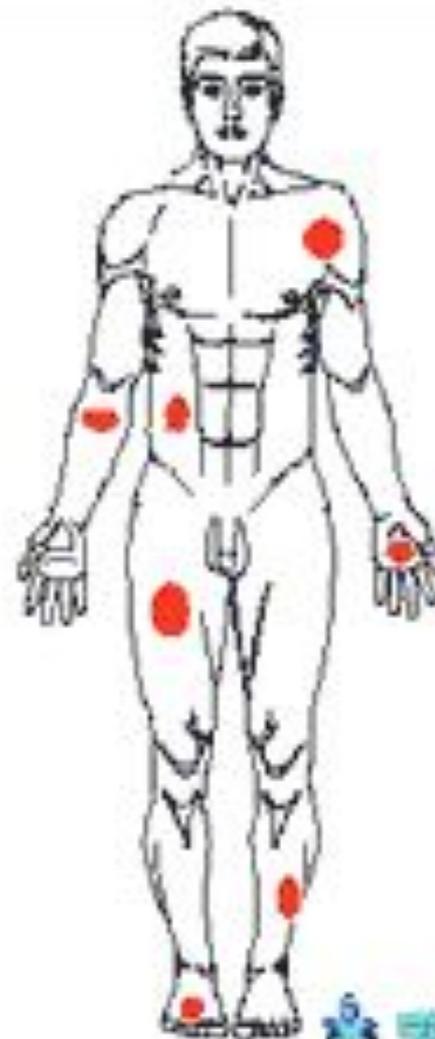
Распределение больных по полу и возрасту



Распределение больных в зависимости от локализации опухоли



■ В/конечность ■ Н/конечность ■ туловище



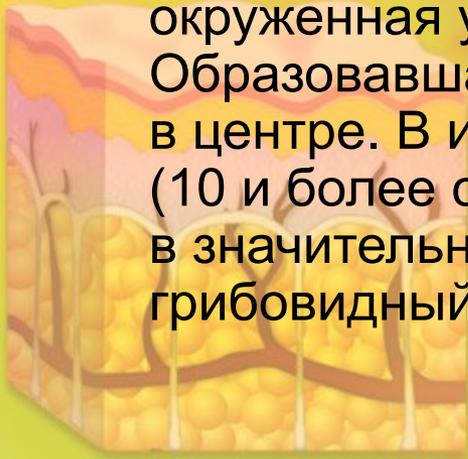
Клиническая картина

- **Поверхностная форма** — наиболее частый вариант. Характерна для базальноклеточного рака.
- **Инфильтрирующая форма** - Обычно является плоскоклеточным раком.
- **Папиллярная форма** - рака кожи встречается редко. Такая форма роста чаще наблюдается при плоскоклеточном раке.



Виды рака кожи и их проявления

- **Базалиома (базально-клеточная карцинома)** Характеризуется отсутствием склонности к метастазированию и медленным ростом, который сопровождается воспалительной инфильтрацией с разрушением окружающей ткани. Встречается преимущественно у лиц пожилого возраста. Наиболее частые места его локализации – лицо и волосистая часть головы. Начинается с возникновения одиночной плотной плоской или полушаровидной папулы диаметром от 2 до 5 мм цвета нормальной кожи либо розоватого цвета, которая в течение нескольких лет достигает 1-2 см. Центральная часть папулы распадается и покрывается кровянистой корочкой, после отторжения которой обнаруживается кровоточащая эрозия, окруженная узким валиком слегка розоватой окраски. Образовавшаяся эрозия увеличивается в размерах и рубцуется в центре. В итоге, базалиома может превратиться в большую (10 и более см) плоскую бляшку с шелушащейся поверхностью, в значительно выступающий над поверхностью кожи грибовидный узел или в глубокую язву.

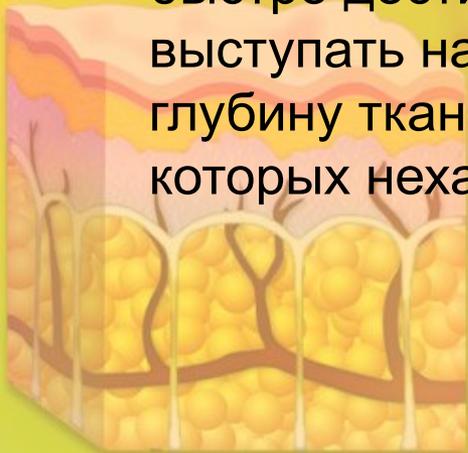


Базалиома (базально-клеточная карцинома)



Виды рака кожи и их проявления

- **Плоскоклеточный рак (эпидермоидный рак кожи, сквамозно-клеточная карцинома)** – это рак, развивающийся из кератиноцитов. Характеризуется склонностью к метастазированию. Он может возникать в любой части кожного покрова и слизистых оболочек, но наиболее часто встречается в местах их перехода друг в друга (губы, половые органы, уголки глаз). Сначала появляется небольшой инфильтрат со слегка возвышающейся гиперкератотичной поверхностью серого или желто-коричневого цвета, который по достижении размера в один сантиметр обнаруживает в себе плотный узел, который быстро достигает величины грецкого ореха. Опухоль может выступать над поверхностью кожи или, наоборот, прорасти в глубину тканей, подвергаясь распаду с образованием язв, для которых нехарактерна тенденция к заживлению.

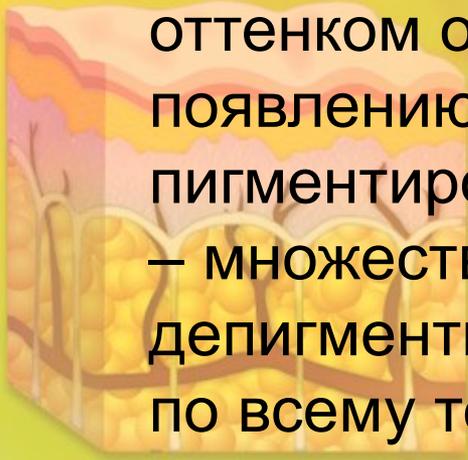


Плоскоклеточный рак



Виды рака кожи и их проявления

- **Меланома (нейроэктодермального происхождения)** – Характеризуется склонностью к быстрому метастазированию. Она может возникнуть на любом участке кожи первично или вторично (30 %) в результате малигнизации пигментного невуса (хронической травматизации). Меланома представляет собой легко кровоточащую папулу или слегка приподнятый, куполообразный или бугристый узел с темно-коричневой или черной с голубоватым оттенком окраской. Ранние метастазы приводят к появлению около первичного узла плотных пигментированных полушаровидных узелков, а затем – множественных пигментированных и депигментированных узелков и узлов, разбросанных по всему телу.



Меланома

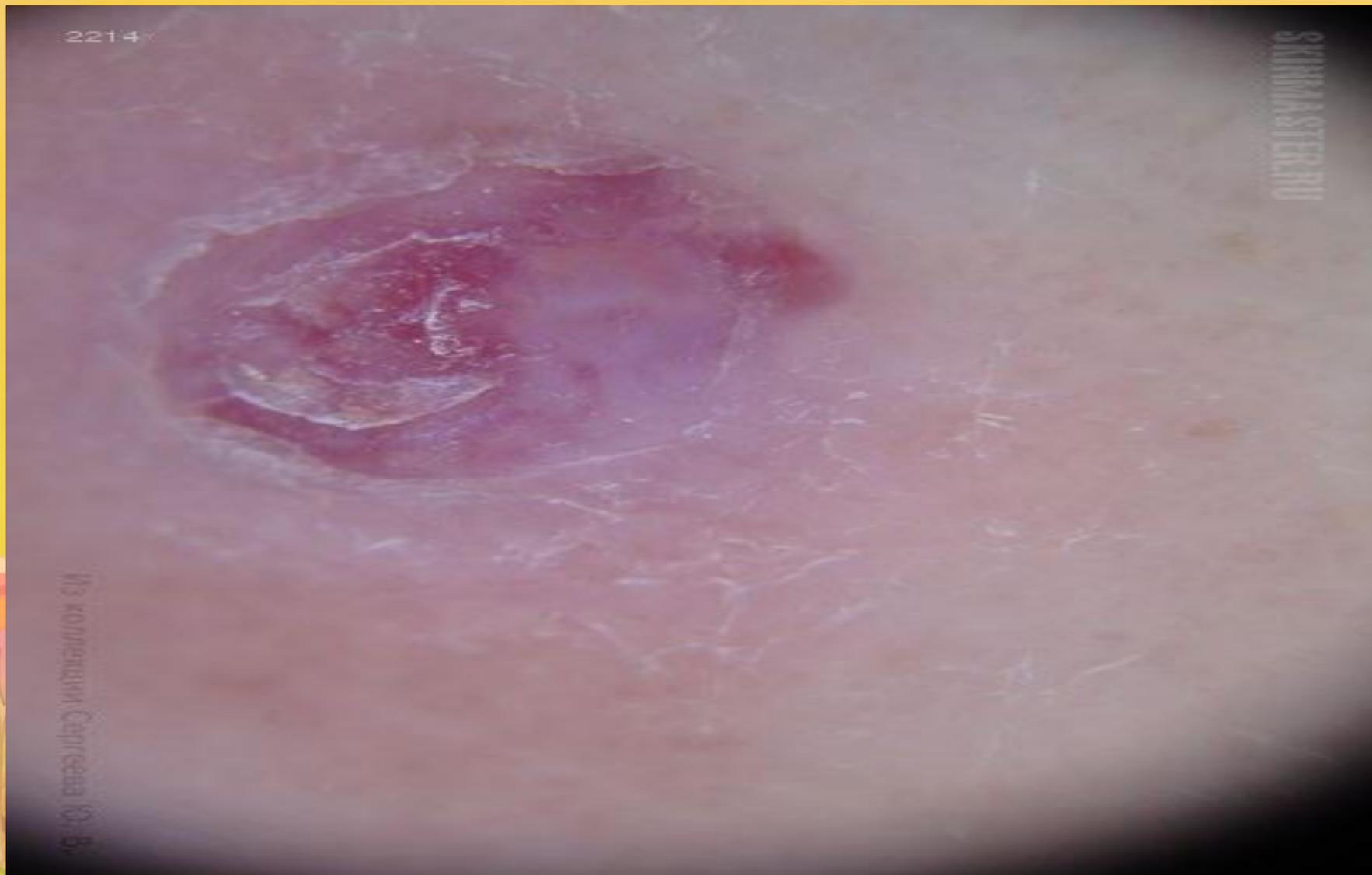


Виды рака кожи и их проявления

- **Саркома Капоши** – это рак, вызванный многоочаговой пролиферацией в коже и внутренних органах околососудистых соединительнотканых клеток. Поражается кожа нижних конечностей, реже - кистей и предплечий. Высыпания представляют собой симметричные слегка отечные красно-коричневые или голубовато-фиолетовые пятна и узелки, превращающиеся в плоские инфильтрированные бляшки и болезненные узлы. По краям первичных очагов образуются новые узлы, которые при слиянии с первичными очагами образуют разной степени плотности более крупные бугристые опухолевые инфильтраты. Постепенно вокруг узлов развивается выраженный отек окружающих тканей, приводящий к слоновости конечностей. Далее наступает диссеминация высыпаний, увеличиваются лимфатические узлы, поражается кожа туловища, половых органов, лица, слизистые оболочки носа и полости рта, внутренних органов.



Саркома Капоши



Виды рака кожи и их проявления

- **Лимфома кожи** – это рак, вызванный пролиферацией в коже злокачественных лимфоидных клеток. Лимфомы бывают разной степени злокачественности и обладают весьма разнообразной клинической картиной, зависящей от типа пролиферирующих опухолевых клеток и стадии развития болезни. Наиболее распространены грибовидный микоз, лимфоидный папулез, фолликулярная лимфома.



Лимфома кожи



Диагностика рака кожи

- Опрос.
- Осмотр и пальпация.
- Радиоизотопное исследование (определяется накопление радиоактивного фосфора,).
- Гистологическое исследование.
- УЗИ, рентгенография и КТ проводятся с целью исключения наличия метастазов во внутренних органах.



Лечение рака кожи

- Лучевая терапия.
- Хирургическое лечение.
- Криогенное воздействие.
- Фотодинамическая терапия
- Химиотерапия.



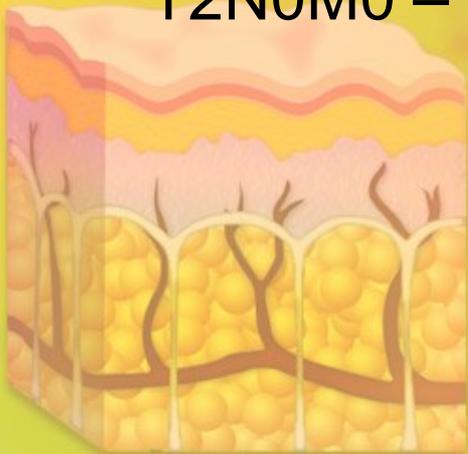
Лучевая терапия.

- *При опухолях небольших размеров применяется близкофокусная рентгенотерапия.* Суммарная доза 45 – 50 Гр обеспечивает 95% полных излечений. Продолжительность курса 1 месяц.
- *При больших новообразованиях используют комбинированное или сочетанно – лучевое лечение.* В начале назначают дистанционную гамматерапию. Доза в 50 – 60 Гр приводит к распаду большей части новообразования. Остатки опухоли излечивают с помощью близкофокусной рентгенотерапии или удаляют хирургическим путем.



Хирургическое лечение.

- базальноклеточного и плоскоклеточного рака кожи является ведущим. Так, при T1N0M0 хирургический метод применяется в 16,4%, T2N0M0 – 26,5%, T3N0M0 – 41,8%, T4N0M0 – 15,1%. Рецидивов опухоли при T1N0M0 после иссечения опухоли не отмечено. Частота рецидивов при T2N0M0 - T3N0M0 может достигать 13,8%. Показатели пятилетней выживаемости составляют при T1N0M0 – 86,1%, T2N0M0 – 81,9%.



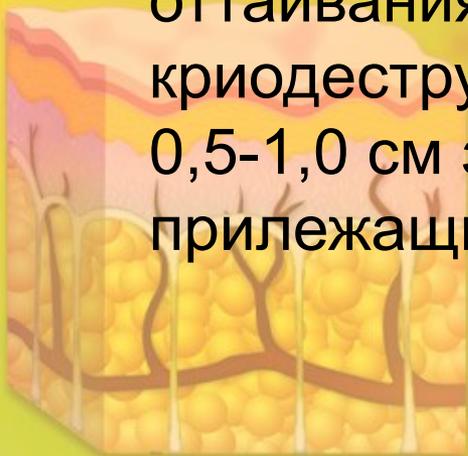
Хирургическое лечение.

- ***Метод микрографической хирургии*** разработан доктором Ф. Мохсом в 1936 г. Данный метод обеспечивает контролируемое серийное микроскопическое исследование ткани. Микрографическая хирургия по Мохсу является самым аккуратным методом удаления злокачественной опухоли. Она в настоящее время считается более эффективной при лечении опухолей лица. Этот метод идеально подходит для лечения рецидивирующих опухолей кожи. Показатель излечения чрезвычайно высок - 97,9%.



Криогенное воздействие.

- Этот метод лечения более оптимален для лечения базальноклеточного рака. Криогенное воздействие осуществляется с помощью жидкого азота. Лечение небольших по размерам и поверхностно расположенных форм рака кожи (T1) обычно проводится способом криоаппликации с одного или нескольких полей, как правило амбулаторно. Выполняется не менее трех циклов замораживания-оттаивания опухоли. Граница планируемой зоны криодеструкции должна выходить не менее чем на 0,5-1,0 см за границы опухоли, т.е. захватывать прилежащие здоровые ткани.



Фотодинамическая терапия

- **Фотодинамическая терапия** является принципиально новым методом в лечении злокачественных опухолей кожи, основана на способности фотосенсибилизаторов селективно накапливаться в ткани опухолей и при локальном воздействии лазерного облучения определенной длины волны генерировать образование синглетного кислорода и оказывать цитотоксическое действие. В качестве фотосенсибилизаторов применяются производные гематопорфирина. В качестве источника лазерного излучения могут применяться гелий - неоновый лазер, криптоновый лазер /длина волны 647-675 нм. Доза лазерного облучения за один сеанс составляет не менее 100 Дж/см² при плотности мощности 120-300 мВт/см². Полная регрессии наблюдалась в 75% случаев, частичная – до 25% наблюдений. Отсутствие эффекта было отмечено в 6% наблюдений.



Химиотерапия

- Схема лечения: Цисплатин 120мг/м² 1-й день в/в; Блеомицин 10 мг 2, 4, 6, 8-й дни в/в - всего курса 2; лучевая терапия на первичную опухоль до 44 Гр. Операция через 3-4 нед. после окончания лучевой терапии
- Схема лечения: Цисплатин 100 мг 1-й день в/в; Блеомицин 10 мг 1-5 дни в/в; 5-фторурацил 500 мг 1 и 8 дни в/в - всего 1 курс; лучевая терапия на первичный очаг до 44 Гр. Операция через 3-4 нед. после окончания лучевой терапии

