

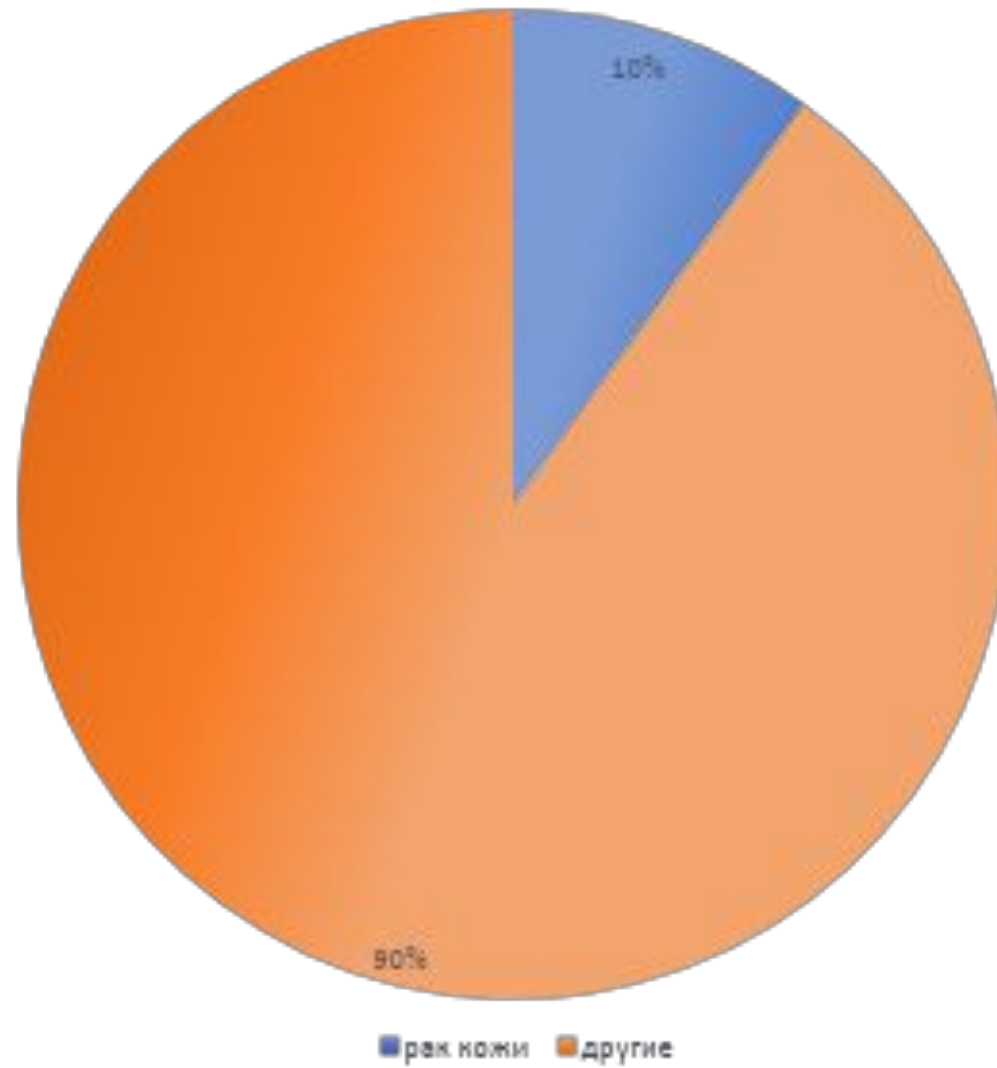
# Рак КОЖИ

---

Дарашкевич Любовь, 3 курс

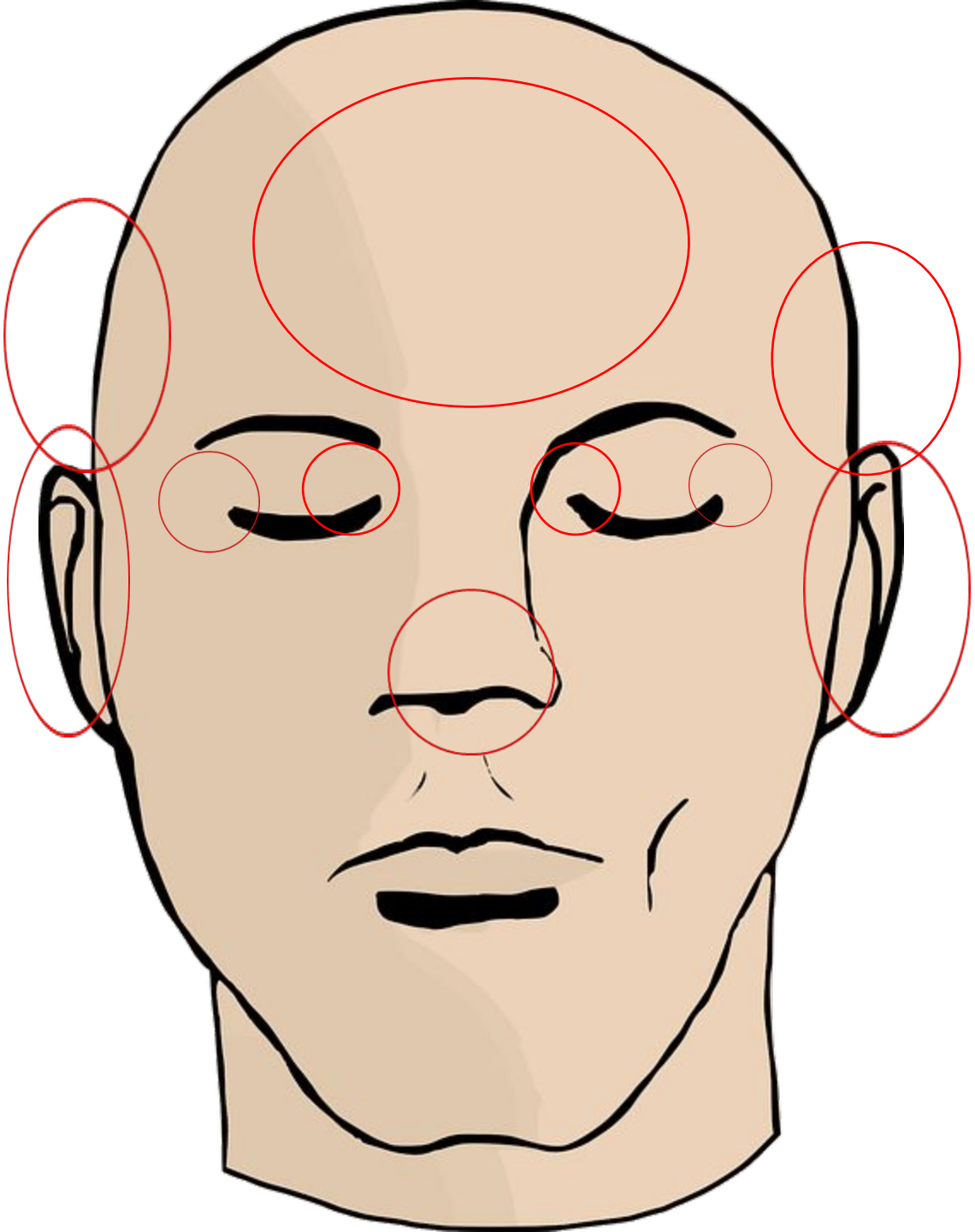
Рак кожи — это эпителиальные злокачественные новообразования, среди которых собственно рак кожи составляет до 90 %.

## Онкологические заболевания

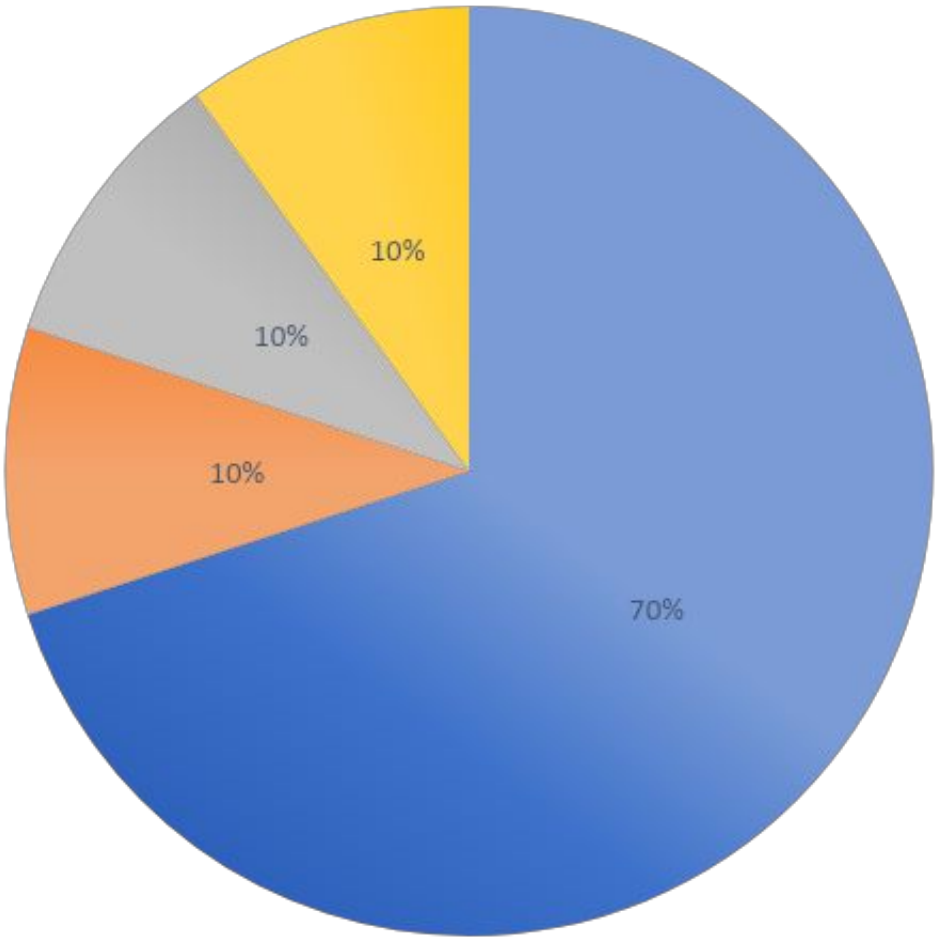


26:100000 - М

21:100000 - Ж



### Распространенность рака кожи



■ голова ■ туловище ■ конечности ■ другие

# ***Три закономерности:***

1. Опухоль чаще встречается у жителей южных областей и районов.
2. Рак, преимущественно, возникает у людей со светлым цветом кожи, у темнокожих эта опухоль встречается в 6–10 раз реже, чем у белых.
3. Вероятность возникновения рака кожи выше у лиц, работающих на открытом воздухе.

# ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ РАЗВИТИЮ РАКА КОЖИ

1. Экзогенные: загар, радиация, химические агенты, хроническая физическая травма, рубцы.
2. Хронические воспалительные заболевания кожи, сопровождаемые явлениями пролиферации: свищи, карбункулы, фурункулы, хронические язвы.
3. Исходные наследственно-конституциональные состояния кожи: пигментная ксеродерма, старческие изменения, поздние лучевые язвы, актинические или старческие кератозы, туберкулезная волчанка.
4. Длительное термическое воздействие.



Примером может служить **рак кангри**, возникающий на коже живота у жителей Непала, северных районов Индии, носящих для согревания горшочки с раскаленным углем.

# ПРЕДРАКОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КОЖИ

```
graph TD; A[ПРЕДРАКОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КОЖИ] --> B[облигатные]; A --> C[факультативные]
```

облигатные

факультативные



# Облигатный предрак кожи

1. Пигментная ксеродерма
2. Болезнь Боуэна
3. Болезнь Педжета.

# Пигментная ксеродерма

Обусловлена врожденной дистрофией кожи, проявляющейся в сверхчувствительности к солнечным лучам с раннего детского возраста. Под действием инсоляции возникает дерматит, появляются пигментные пятна, наступает атрофия кожи с очагами гиперкератоза и расширением сосудов.



# Болезнь Боуэна

(внутриэпидермальный рак)

Представляет собой очаг гиперкератоза и акантоза, имеющий вид бляшки красновато-коричневого цвета, постепенно дающего изъязвление или разрастания, свидетельствующие о переходе в рак.



# Болезнь Педжета

Околососковый рак молочной железы, но может возникать на коже промежности и половых органов.



Стадии развития рака Педжета

# К факультативным предракам

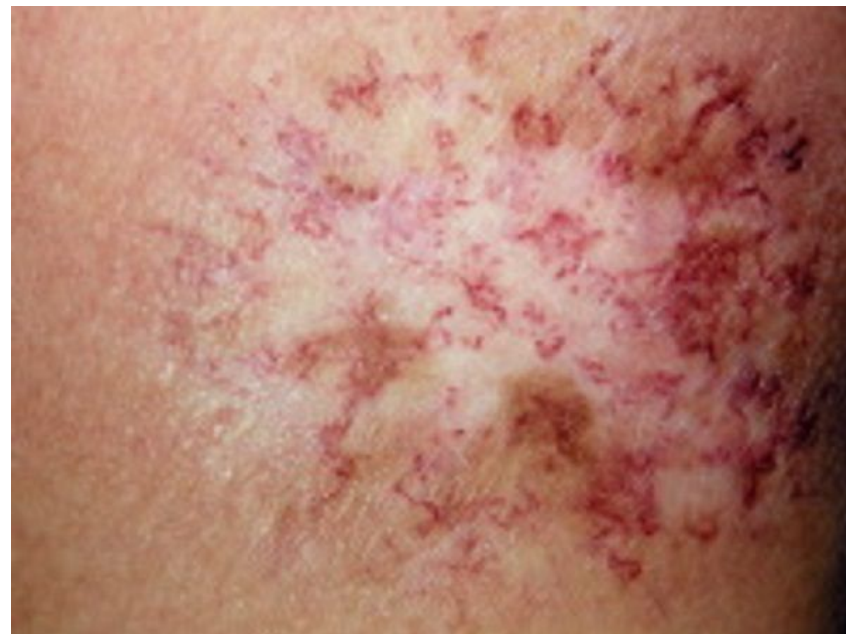
## ОТНОСЯТСЯ:

1. Старческий дискератоз, себорейный кератоз и кератоакантома, имеющие вид коричневатых бляшек на лице, шее, тыле кистей рук.

2. Хронические дерматиты, возникающие в результате рентгеновского облучения, контакта с химическими канцерогенами, препаратами мышьяка и др.



Кератоаканто  
ма



Хронический лучевой  
дерматит

3. Трофические язвы, рубцы после ожогов, перенесенной волчанки, сифилиса



Трофическая



Рубцы после волчанки

4. Кожный рог — участок избыточного ороговения в виде плотного, темно-коричневого сосочка.



Кожный рог

5. Бородавки и папилломы при их постоянной травме (бритье, прижигания ляписом), атеромы.



Папиллома



# Классификация рака кожи

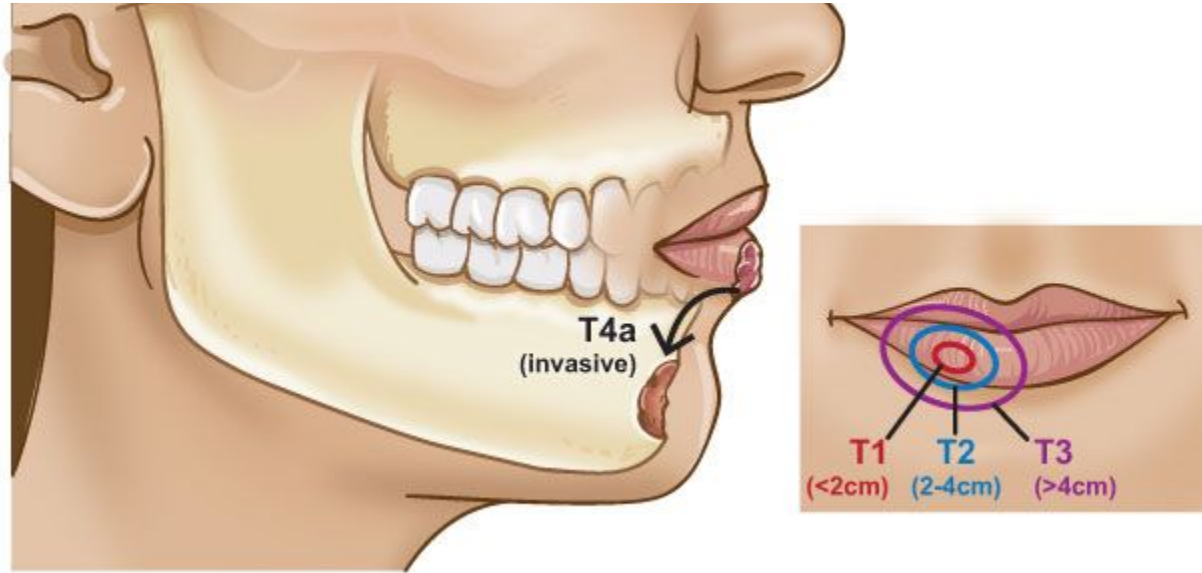
1. Опухоли нижней губы.
2. Базальноклеточный рак кожи (базалиомы или кожный карциноид).
3. Плоскоклеточный рак кожи.
4. Рак, развивающийся из придатков кожи.
5. Болезнь Боуэна.



# Опухоли нижней губы



Возникают в области красной каймы, где имеется переход от многослойного плоского эпителия в слизистую полости рта.



a

- разрастания, похожие на бородавки.
- окрашены в бледно-розовый цвет.
- рост - быстро.
- увеличиваются лимфатические узлы.
- травма при приеме пищи.
- не испытывают болевых ощущений.
- поводод - гигантский размер, препятствующий приему пищи или косметический дефект, а также кровотечения из поврежденной опухоли.



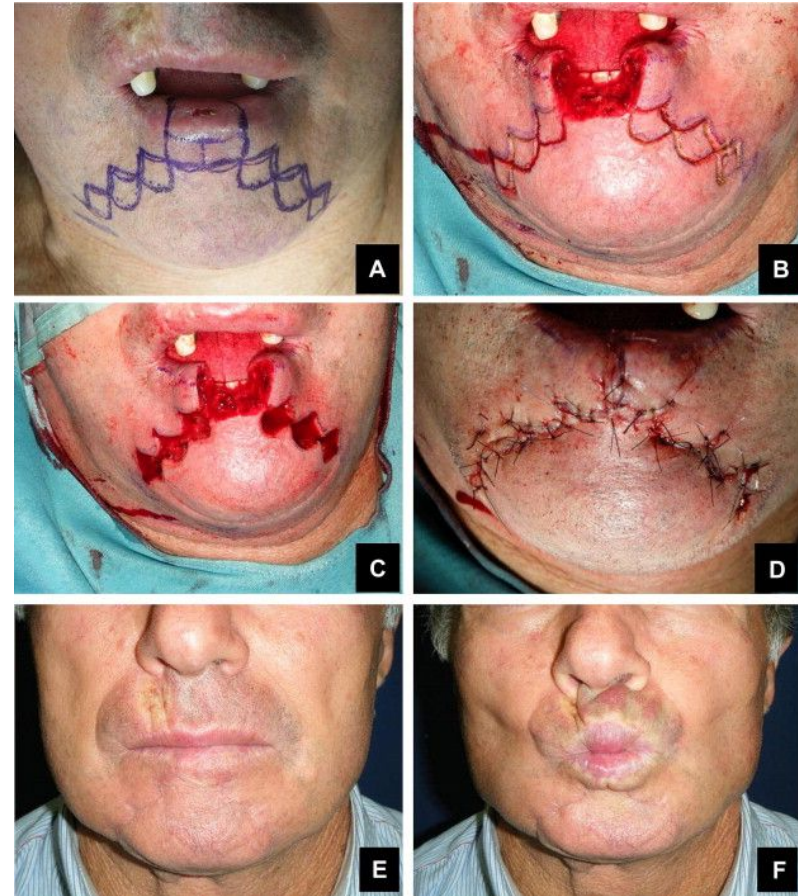


Рис. 31. Пальпация нижней губы (а, б).

**Диагностика :**

осмотр узла (характерный внешний вид новообразования),  
 пальпация,  
 соскоб,  
 иногда требуется биопсия.

**Лечение.** Применяется лучевая терапия, реже — хирургическое вмешательство.



Хирургическое  
 лечение

# Базальноклеточный рак

Базальноклеточный рак (БКР) кожи (*базалиома*) составляет 70–75 % раковых опухолей кожи. БКР обычно развивается из эпидермиса, способного к образованию волосяных фолликулов, поэтому его редко находят на красной кайме губ и наружных половых органах.

Для опухоли характерен местный инвазивный рост с разрушением окружающих тканей.



Фото БКР с характерным расширением сосудов, стекловидным блеском.

*БКР* представляет серьезную опасность только при локализации вокруг глаз, в носогубных складках, в окружности наружного слухового прохода и в задней борозде ушной раковины. В этих случаях опухоль глубоко прорастает в подлежащие ткани, разрушая мышцы и кости, и иногда достигает твердой мозговой оболочки. Смерть наступает от кровотечений из разрушенных крупных сосудов или от инфекционных осложнений (менингит).





На фото пигментный БКР виске.  
Пигментная форма роста плавно переходит в язвенную.



На фото БКР кожи шеи склерозирующей разновидности, напоминает шрам.

## Провоцирующие факторы:

- длительная инсоляция у людей со светлой,
- плохо загорающей кожей и у альбиносов,
- предшествующая рентгенотерапия обыкновенных угрей на лице, даже у хорошо загорающих людей.

Описаны случаи развития поверхностной формы БКР через 30–40 лет после отравления или длительного лечения препаратами мышьяка.

В настоящее время считается, что при БКР, так же как и при меланоме, интенсивное солнечное облучение в детстве и юности способно через много лет привести к развитию опухоли.

# Выделяют следующие формы БКР:

## 1. Нодулярная.

Классической, наиболее часто встречающейся ее разновидностью, является микронодулярная (узелковая) разновидность, составляющая до 75 % всех случаев заболевания. Она характеризуется образованием первичных элементов опухоли — плотных узелков диаметром 2–5 мм, которые в результате длительного времени существования сливаются между собой.



## 2. Поверхностная.

Наименее агрессивная форма БКР, характеризуется округлым поверхностным очагом диаметром от одного до нескольких сантиметров.



### **3. Склеродермоподобная (морфеаподобная, склерозирующая).**

Редкая агрессивная форма БКР. Отличается эндофитным ростом, в начале плоский, слегка приподнятый очаг становится вдавленным наподобие грубого рубца. В поздних стадиях возможно изъязвление. Опухоль часто рецидивирует.

### **4. Фиброэпителиальная (фиброэпителиома Пинкуса).**

Встречается очень редко, протекает доброкачественно. Клинически это солитарный, плоский или полушаровидный узел плотноэластической консистенции, диаметром 1–2,5 см. Локализуется обычно на туловище, чаще в области спины и пояснично-крестцовой зоны.





**Диагностика** базируется на клинической картине и, в основном, на цитологическом или гистологическом исследованиях. БЗР кожи развивается из базальных кератиноцитов или герментативного эпителия придатков кожи.

**Клиническая картина.** Вначале возникает плотный узелок перламутрового цвета. Иногда их образуется сразу несколько, и они сливаются. Через некоторое время в центре поражения образуется язва под корочкой. Впоследствии язва растет и не заживает. Вокруг язвы образуются новые узелки-сателлиты.

**Лечение.** Основной метод — *лучевой*. Применяется короткофокусная Rg- терапия. Хирургический метод.

# Плоскоклеточный рак

**Плоскоклеточный рак** — злокачественная опухоль, развивающаяся из кератиноцитов и способная вырабатывать *кератин* — встречается реже, часто возникает на фоне предраковых заболеваний кожи.

Опухоль одиночная, на любых участках тела. Быстрый инфильтрирующий рост и способность метастазировать (лимфогенным путем). Гематогенные метастазы (редко).



Плоскоклеточный рак кожи на фото (второй стадии).  
На височной области в виде мокнущей язвы со стекловидной поверхностью. Очертания неровные, нечеткие. Видны отдельные кровянистые корки.



На фото рак кожи сразу двух разновидностей: базалиома на носу ранней стадии и плоскоклеточный на щеке слева. На спинке носа рубец от ранее проведенного оперативного лечения.

# Основные типы:

1. **Болезнь Боуэна:** эритематозное пятно или бляшка, часто с чешуйками, без инвазивного роста, процесс ограничивается вовлечением эпидермиса и его придатков.

2. **Рубцовая карцинома:** подозрение возникает при внезапном изменении предшествующего стабильного течения рубца, особенно, если появляется изъязвление или образуются узлы.

3. **Бородавчатая карцинома:** наиболее часто располагается на подошвенной части стоп; низкая степень озлокачествления, но может быть ошибочно принята за обычную бородавку.



Болезнь  
Боуэна



Подошвенная веррукозная карцинома.  
Диагноз не установлен в начальной стадии  
из-за выраженной схожести с бородавкой.

## ***Клиническая картина.***

***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. Как правило, в этот период больные к врачу не обращаются.

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. Описанные картины более характерны для базальноклеточного рака.

***Инфильтрирующая форма*** имеет вид глубокого 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. Такая форма роста чаще наблюдается при плоскоклеточном раке.

# Описаны пять основных типов плоскоклеточного рака:

- 1) узловато-язвенный (наиболее часто встречающийся);
- 2) поверхностный (напоминает экзему);
- 3) пигментированный (ошибочно принимают за меланому);
- 4) склеродермоподобный (напоминает бляшку с телеангиэктазией; наиболее агрессивная форма характеризуется кератозом);
- 5) ороговевший (базальноклеточный рак).

# Карцинома меркеля

Карцинома Меркеля относится к редким нейроэндокринным агрессивным опухолям кожи, характеризующаяся высокой частотой рецидивирования, метастазирования в регионарные лимфатические узлы, легкие, печень и кости.

Опухоль чаще развивается у мужчин в возрасте старше 65 лет. Ведущим фактором риска является повышенная инсоляция. Наиболее часто карцинома Меркеля локализуется на конечностях, лице и шее. Пятилетняя выживаемость не превышает 50-60%. Общепринятой системы стадирования опухоли в настоящее время нет.



# Последовательность диагностических мероприятий:

- осмотр кожных покровов и очага поражения, в том числе с применением методов оптического усиления (при необходимости);
- пальпаторное исследование кожи в области локализации опухоли;
- пальпация регионарных лимфатических узлов;
- рентгенографическое исследование органов грудной клетки;
- ультразвуковое исследование органов брюшной полости и регионарных лимфатических узлов (при первично-распространенных опухолевых процессах и метастатических формах опухоли);
- цитологическое исследование мазков-отпечатков или соскобов из новообразования;
- при отсутствии убедительных данных клинического и цитологического исследования производят инцизионную (на границе со здоровыми тканями) или эксцизионную (при небольших новообразованиях) биопсию опухоли;
- при наличии увеличенных регионарных лимфатических узлов выполняется тонкоигольная пункционная (аспирационная) биопсия.

## **При обширных раковых поражениях проводится дополнительное обследование:**

- рентгенография костей в проекции очага опухолевого поражения;
- компьютерная томография пораженной анатомической области.



# *Дополнительные методы обследования:*

- общий анализ крови;
- общий анализ мочи;
- группа крови, резус-фактор (при хирургическом лечении);
- реакция Вассермана (при хирургическом лечении);
- коагулограмма (при хирургическом лечении местно-распространенных опухолей);
- биохимический анализ крови (общий белок, креатинин, мочеви́на, билирубин, щелочная фосфатаза, ионы — Na, K, Ca, Cl, глюкоза) (при хирургическом лечении);
- ЭКГ;
- пальцевое исследование прямой кишки.

# Лечение

При раке кожи применяют лучевое, хирургическое, криогенное, лазерное и лекарственное лечение, а также их комбинации. Выбор метода лечения зависит от локализации, формы роста, стадии и гистологического строения опухоли, а также от состояния окружающей кожи.

# Лечение при наличии метастазов рака кожи

Обязательным условием при лечении метастазов рака кожи является излеченность первичной опухоли. Хирургическое удаление метастазов — основной метод. Оперативное вмешательство предпринимают при клинически определяемых метастазах или выявлении увеличенных лимфатических узлов, подозрительных на метастатические. При ограниченно подвижных метастазах проводят комбинированное лечение — предоперационное облучение с их последующим хирургическим удалением.

# Прогноз

При опухолях кожи пятилетняя выживаемость составляет 95–96 %, при раке нижней губы ~ 45–50 %.

Пятилетняя выживаемость при отсутствии метастазов в регионарных лимфатических узлах составляет 75–80 %.

Больные с ранними стадиями (I–II) излечиваются в 80–100 % случаев. Значительно хуже прогноз при наличии метастазов в регионарных лимфатических узлах и прорастании опухоли в подлежащие ткани: в таких случаях пятилетняя выживаемость составляет около 25 %.

# Профилактика

1. Защита лица и шеи от интенсивного и длительного солнечного облучения, особенно у пожилых людей со светлой, плохо поддающейся загару кожей.
2. Регулярное применение питательных кремов с целью предупреждения сухости кожи.
3. Радикальное излечение длительно незаживающих язв и свищей.
4. Защита рубцов от механических травм.
5. Строгое соблюдение мер личной гигиены при работе со смазочными материалами и веществами, содержащими канцерогены.
6. Своевременное излечение предраковых заболеваний кожи.

**Спасибо за внимание!**

# ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ КОЖИ

## Гистологическая классификация опухолей

### ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫЕ ОПУХОЛИ КОЖИ

- Плоскоклеточная карцинома *in situ*.
- Плоскоклеточная карцинома без дополнительных уточнений, БДУ.
- Плоскоклеточная карцинома, ороговевающая, БДУ.
- Плоскоклеточная карцинома, неороговевающая, БДУ.
- Железисто-плоскоклеточная карцинома.
- Плоскоклеточная карцинома, веретенклеточная.

## *БАЗАЛЬНОКЛЕТОЧНЫЕ ОПУХОЛИ*

- Базальноклеточная карцинома, БДУ.
- Мультицентрическая базальноклеточная карцинома.
- Базальноклеточная карцинома, склеродермоподобная.
- Базальноклеточная карцинома, фиброэпителиальная.
- Метатипическая карцинома.



## *ОПУХОЛИ ПРИДАТКОВ КОЖИ*

- Карцинома придатков кожи.
- Аденокарцинома потовых желез.
- Аденокарцинома жировых желез.

## *ДРУГИЕ ОПУХОЛИ*

- Недифференцированная карцинома, БДУ.
- Болезнь Педжета, экстрамаммарная.

## TNM-классификация

Применима только для рака кожи, исключая веко, вульву, половой член, а также злокачественную меланому.

T — первичная опухоль.

TX — недостаточно данных для оценки первичной опухоли.

T0 — первичная опухоль не определяется.

Tis — преинвазивная карцинома (*carcinoma in situ*).

T1 — опухоль до 2 см в наибольшем измерении.

T2 — опухоль от 2 до 5 см в наибольшем измерении.

T3 — опухоль более 5 см в наибольшем измерении.

T4 — опухоль, прорастающая в глубокие экстрадермальные ткани: хрящ, мышцы, кости.

N — регионарные лимфатические узлы.

NX — недостаточно данных для оценки состояния регионарных лимфатических узлов

N0 — нет признаков метастатического поражения регионарных лимфатических узлов.

N1 — имеется поражение регионарных лимфатических узлов метастазами.

M — отдаленные метастазы.

MX — недостаточно данных для оценки отдаленных метастазов.

M0 — нет признаков отдаленных метастазов.

M1 — имеются отдаленные метастазы.

*Примечание.* В случае синхронного развития множественных опухолей классификация производится по наибольшей, а количество опухолей указывается в скобках, например: T2 (5).

## **pTNM патогистологическая классификация**

Требования к определению категорий pT, pN и pM соответствуют требованиям к определению категорий T, N и M. 7

pN0 — гистологическое исследование включает 6 и более регионарных лимфатических узлов.

G — гистопатологическая дифференцировка.

GX — степень дифференцировки не может быть установлена.

G1 — высокая степень дифференцировки.

G2 — средняя степень дифференцировки.

G3 — низкая степень дифференцировки.

G4 — недифференцированные опухоли.

# Группировка по стадиям

Стадия 0	Tis	N0	M0
Стадия I	T1	N0	M0
Стадия II	T2	N0	M0
	T3	N0	M0
Стадия III	T4	N0	M0
Стадия IV	любая T	N1	M0
	любая T	любая N	M1

## **R-классификация**

Отсутствие или наличие остаточной опухоли после лечения описывается символом R:

RX — наличие остаточной опухоли не может быть оценено.

R0 — нет остаточной опухоли.

R1 — микроскопическая остаточная опухоль.

R2 — макроскопическая остаточная опухоль.

## **Классификация рака кожи**

T1 ≤2 см

T2 От 2 до 5 см

T3 >5 см

T4 Глубокие экстрадермальные структуры (хрящ, скелетные мышцы, кость)

N1 Регионарные лимфатические узлы