

Семей мемлекеттік Медицина Университеті.

*Тақырыбы: Тері обыры. Меланома.*

Орындаған: Сейтқанова А.А.  
625 топ ЖМФ

Семей 2017 ж

Опухоли кожи относятся к «визуальным» локализациям. Ранняя диагностика этих опухолей во многом зависит от того, насколько внимательно сам больной относится к своему здоровью, насколько осведомлен о болезни, а врач, к которому он обратился, насторожен в отношении онкологических заболеваний.

Опухолевые поражения кожи вызывают косметические дефекты, особенно при локализации на лице.

## **Базальноклеточный рак**

(базалиома, базоцеллюлярный рак Кромпехера, Basal-cell epithelioma, Rodent carcinoma) – наиболее часто встречающаяся злокачественная опухоль кожи, как правило, у лиц старше 50 лет. Характерная локализация – кожа головы и шеи (94 – 97%).

# Типы базальноклеточного рака:

- внутриэпидермальный;
- поверхностный;
- солидный;
- пигментированный;
- склеротизирующий;
- аденоидный;
- кистозный;
- кератотический;
- переходный;
- смешанный.

# Факторы возникновения рака кожи:

1. Факторы внешней среды – физическая травма, тепловое воздействие, инсоляция, рентгеновские лучи и др. канцерогенные факторы.
2. Хронические воспалительные процессы специфической и неспецифической природы с явлениями патологической регенерации – в первую очередь, хронические воспалительные явления при длительно незаживающих язвах, рубцах и свищах.
3. Патологические состояния кожи – облигатные предраки: пигментная ксеродерма, болезнь Боуэна, эритроплазия Кейра

# Плоскоклеточный рак

Возникает почти во всех случаях на почве предраковых состояний кожи. В большинстве случаев локализуется на непокрытых участках кожи. Чаще встречается в виде одиночного узла. Множественный узлы чаще бывают на лице. Заболевают преимущественно лица старше 40 лет. Чаще поражает лиц мужского пола, у детей встречается крайне редко.

Начальные проявления напоминают базалиому, однако опухоль характеризуется более быстрым ростом. Опухоль плотная, хрящевой консистенции, местами покрыта корками или роговыми пластинами. В дальнейшем развитие плоскоклеточного рака идет по двум основным направлениям: образуется язвенно-инфильтрирующий тип опухоли (эндофитный) или папиллярный (экзофитный)

# Диагностика

1. Взятие отпечатка
2. Соскоб
3. Биопсия

# Различают три вида пигментных невусов:

1. **Эпидермо-дермальные невусы.** Наиболее частой локализацией является голова, шея, ладони, стопы. Эти невусы обладают наибольшей склонностью к малигнизации. Обычно это небольшой, плоский и слегка выступающий над поверхностью кожи узелок, от светло-коричневого цвета до черного. Поверхность гладкая, почти всегда без оволосения.
2. **Комбинированные, смешанные невусы.** В настоящее время рассматривается как доброкачественная ювенильная меланома, возникающая как у детей, так и у взрослых, чаще всего в период полового созревания. Новообразование может быть розовато-красного цвета и напоминает гематому или ангиокератому. Обычно его поверхность гладкая, но может быть папилломатозной. Диагноз окончательно устанавливают только на основании результатов гистологического исследования.



### 3. Дермальные невусы.

Наиболее часто встречающимся представителем этих невусов является синий (голубой) невус. Он обычно представляет собой гладкий округлый, четко ограниченный узелок размером от 4 мм до 2 см. Его классическая синяя окраска может иметь серо-синий или угольно-черный оттенок. Голубой невус располагается на коже лица и верхней конечности. Его характерной чертой является раннее прекращение развития и роста. Отличить голубой невус от злокачественной меланомы по внешнему виду опухоли довольно трудно. Часто только с помощью гистологического исследования можно решить вопрос о характере заболевания, хотя многолетнее существование опухоли свидетельствует в пользу невуса.

Несмотря на то, что врожденные пигментные невусы встречаются редко, они рассматриваются как один из существенных патогенетических факторов в развитии злокачественных меланом. Частота малигнизации врожденных пигментный невусов, по данным мировой литературы, широко варьирует от 2 до 31%.

# Меланома кожи

Меланома – особый, весьма злокачественно протекающий опухолевый процесс, который рано дает лимфогенные и гематогенные метастазы и клинически проявляется крайним разнообразием.

# Патогенез

В патогенезе основную роль играет солнечная радиация. Кроме того, особую роль имеют ионизирующее излучение, генетические факторы этнического порядка, эндокринная зависимость, вирусные заболевания, травма невусов.

К облигатному предраку относится меланома Дюбрея.

Данные клинико-морфологического исследования больных с первичной злокачественной меланомой позволили утверждать, что около 4% всех злокачественных меланом кожи развивается на месте **лентиго-малигна (пятно Гетчинсона, предраковый меланоз Дюбрейля).**

Лентиго-малигна и лентиго-малигно-меланома представляют собой раннюю и позднюю стадии одного и того же процесса. Лентиго-малигна обнаруживаются с частотой 3 на 1000 человек старше 50 лет.

# 1. Себорейная (старческая) бородавка

Это доброкачественная эпителиальная опухоль, наблюдающаяся обычно у лиц пожилого возраста и характеризующаяся разрастанием эпидермиса. В литературе эту опухоль называют также себорейной кератомой. Она встречается одинаково часто у мужчин и женщин, локализуется главным образом на закрытых частях тела (спина, грудь, плечи), хотя может встречаться на волосистой части головы, реже на лице. Начинается с появлением желтого пятна, которое постепенно увеличивается, поднимается над поверхностью кожи. Опухоль растет медленно, с длительными ремиссиями, и лишь изредка отмечается довольно быстрый рост. Размеры бородавки колеблются от 3-4 мм до 3-4 см. Опухоль имеет округлую или овальную форму, нередко располагается на ножке.

## 2. Болезнь Боуэна

Заболевание проявляется в виде медленно растущего образования кожи, по современным представлениям являющегося внутриэпидермальным раком «carcinoma in situ». Клиническая картина болезни Боуэна довольно разнообразна. Обычно определяются приподнятые над поверхностью кожи бляшки, четко ограниченные от окружающих тканей, чаще одиночные. Бляшки покрыты сероватой шелушащейся коркой. Иногда в центре бляшек наблюдается атрофия эпидермиса, папулезные высыпания и сосочковые разрастания. Бляшки могут существовать много лет без существенных изменений, но затем возможно их озлокачествление. Они могут локализоваться на любом участке кожи, но чаще возникают на коже туловища, лица, шеи, нередко в виде множественных очагов. Болезнь встречается в возрасте от 20 до 80 лет.

### 3. Предраковый меланоз Дюбрейля

МД обычно развивается на коже у пожилых людей, несколько чаще у женщин, встречается на слизистых оболочках. Хотя МД чаще возникает на коже лица, озлокачествление и переход в меланому обычно происходит при локализации его на туловище и конечностях. Вначале появляется одно или несколько едва заметных небольших пятнышка светлорычневого цвета. Постепенно они темнеют, иногда сливаются в одно неравномерно окрашенное пятно рычневых тонов, иногда черного цвета с сероватыми, голубоватыми участками. Пятно очень медленно увеличивается. Оно имеет гладкую поверхность, не пальпируется, в отличие от ПРМ, при пальпации которой ощущается некоторое уплотнение кожи. Лишь с течением времени, при прогрессировании процесса, на фоне пятен, чаще у краев, появляются участки уплотнения. Этому предшествуют заметные изменения цвета, появление чешуек и трещин; затем очень скоро возникает узелок, что означает, как правило, переход пятна в меланому. Озлокачествление пятна происходит у 30 – 40% больных, по некоторым данным – у 75%. 16



# Симптомы злокачественного невуса

1. Быстрый рост невуса
2. Изменение окраски в сторону усиления или ослабления ее интенсивности
3. Изъязвление, кровоточивость, краснота, появление застойной ареолы вокруг невуса
4. Зуд и жжение в области невуса
5. Образование саттелитов (более поздний симптом, связанный с распространением меланомы по лимфатическим путям)

Меланомой называется опухоль, клетки которой обладают способностью образовывать пигмент меланин, поэтому она в большинстве случаев имеет темную окраску. Опухоль развивается из клеток меланоцитов.

Меланомой страдают чаще всего люди в возрасте от 30 до 50 лет. Частота заболеваемости растет у лиц белой расы.

# Три основных типа меланом

- меланома типа злокачественного лентиго, лентиго-меланома;
- поверхностно распространяющаяся меланома;
- узловая меланома.

## Меланома типа злокачественного лентиго

Этот тип составляет около 10% всех первичных меланом кожи. Более 90% всех случаев локализуется в области головы, шеи, и тыла кисти. Кроме локализации на открытых участках тела наблюдаются отдельные поражения на коже спины, бедер и голени. Меланома типа злокачественного лентиго в 2 раза чаще встречается у женщин и является наиболее благоприятной формой заболевания. В развитии меланомы этого типа наблюдается две фазы. Фаза радиального роста является очень длительной – до 10-20 лет. Фаза вертикального роста может развиваться в течение ряда лет, а не месяцев при поверхностно-распространяющейся меланоме. В очаге редко наблюдается клеточный полиморфизм и связанные с ним изменения по типу внутриочаговой трансформации. Опасность возникновения метастазов при этом типе меланомы невысока.

Наиболее часто встречается поверхностно-распространяющаяся меланома (ПРМ). На ее долю приходится около 63 – 70% заболеваний. Она преобладает у лиц европейской расы. Пик заболеваемости приходится на пятое десятилетие. Частота опухоли почти одинакова для обоих полов.

К третьему типу относится узловая меланома. Она составляет 12 – 15% всех случаев. Средний возраст к моменту установления диагноза – 50 лет.

Узловая меланома встречается в два раза чаще у мужчин, чем у женщин при таких локализациях как спина, голова и шея.

С прогностической точки зрения это наиболее неблагоприятная форма меланомы, при которой отсутствует фаза радиального роста. В своей эволюции узловая меланома претерпевает только фазу вертикального роста, начиная с ранних этапов развития.

## Морфологическая характеристика меланомы

включает в себя следующие признаки: клеточный тип, уровень инвазии по Кларку и толщину по Бреслоу, наличие изъязвления поверхности, пигментация, выраженность лимфоидной инфильтрации в основе опухоли. Клеточное строение меланомы разнообразно.

Различают 4 вида злокачественных меланоцитов: эпителиоподобные клетки, веретенообразные, невоклеточные и смешаноклеточный тип, состоящий из комбинации описанных клеток. Существенного прогностического значения клеточный тип меланомы и количество пигмента не имеют. Лимфоидная инфильтрация рассматривается как реакция клеточного иммунитета. Снижение выраженности лимфоидной инфильтрации связывают с ухудшением прогноза. Наличие изъязвления поверхности опухоли существенно ухудшает прогноз заболевания.

Тип меланомы является важным прогностическим критерием, так как дает до некоторой степени многофакторную характеристику опухоли. При меланоме типа лентиго пятилетняя выживаемость после лечения составляет 85%, при ПРМ – 72%, при узловой снижается до 58%.

К основным прогностически значимым характеристикам меланомы относится уровень инвазии, определяемый по методике Кларка. При I уровне инвазии пятилетняя выживаемость составляет 100%, при II уровне – 72%, при III уровне – 45%, при IV - 31% и при V уровне – 12%.



К основным прогностически значимым характеристикам, помимо глубины инвазии и толщины опухоли, относится ее величина (диаметр). Так, при небольших линейных размерах опухоли (до 2 см) пятилетняя выживаемость больных колеблется от 70 до 73%. С увеличением диаметра опухоли (более 2 см) выживаемость снижается до 58%.

Таким образом, прогноз при меланоме кожи в наибольшей степени зависит от толщины опухоли и уровня инвазии. Наиболее благоприятный исход можно ожидать при меланоме толщиной до 0,75 мм и уровне инвазии I-II. С увеличением уровня инвазии и толщины более 2 мм возрастает вероятность появления метастазов от 25 до 50%.

**Цитологическая диагностика** – важный метод исследования, который применяется при изъязвленных опухолях при помощи мазков-отпечатков. Метод позволяет не только подтвердить диагноз, но и уточнить морфологическую структуру опухоли.

Пункция опухоли при отсутствии изъязвления недопустима. Однако при локализации опухоли на лице, где не всегда желательно обширное хирургическое вмешательство, приводящее к большому косметическому дефекту, и нужна точная дооперационная диагностика, пункция меланомы возможна для цитологического исследования непосредственно перед операцией или предоперационным лучевым лечением.

# МАРШРУТИЗАЦИЯ

## I. ФОРМИРОВАНИЕ ПОТОКОВ ПАЦИЕНТОВ

- В смотровых кабинетах.
- С приёмов терапевтов и других специалистов поликлиник ЛПУ.
- Из отделений стационаров.
- С профилактических и диспансерных осмотров: диспансеризация проф. вредников; лиц, пострадавших вследствие радиационных катастроф; лиц, состоящих на диспансерном учёте по поводу хронической соматической патологии.
- На этапах 1,2,3,4 – проводится АНКЕТИРОВАНИЕ (анкета – приложение 1), и пациенты направляются в зональные центры.

II. В ЗОНАЛЬНЫХ ЦЕНТРАХ: пациентам проводят СКРИНИНГ и формируют группы онкологического риска – при наличии 3-х и более факторов риска, отражённых в анкете. В группах онкологического риска – проводят углублённый профилактический осмотр.

- Скрининг рака кожи – массовое обследование с целью обнаружения опухоли и предопухолевых состояний.
- Клиническое обследование кожи – наиболее распространённый скрининговый тест. Чувствительность и специфичность этого метода довольно высоки (94% и 98% соответственно, если осмотр проводит квалифицированный специалист.
- Самостоятельное обследование кожи как метод скрининга не рассматривают.
- Анкетирование и опрос пациентов проводят с целью выделения групп высокого риска.

# Выделяют следующие группы риска:

- Лица, имеющие родственников с раком кожи.
- Обладатели светлого фенотипа: блондины или рыжие с голубыми глазами, трудно загорающие и легко обгорающие.
- Лица, часто находящиеся на солнце.
- Лица, имеющие кожные дисплазии и врождённые родимые пятна.
- Пациенты с перенесённым ранее раком кожи.
- Лица, находящиеся в контакте с химическими канцерогенами (углеводородами нефти и каменного угля, соединениями мышьяка и др.).
- Пациенты с длительно не заживающими хроническими язвами.
- Пациенты с рубцами, вызванными ожогами и механическими повреждениями.
- Лица после лучевой терапии.
- Люди, ежедневно длительное время пребывающие на солнце или подвергающиеся периодическому, но интенсивному воздействию солнца, входят в группу высокого риска развития немеланомного рака кожи.

# Заболевания, увеличивающие риск рака кожи

	Плоскоклеточный рак	Меланома
Облигатные предраковые дерматозы	Болезнь Боуэна, эритроплазия Кейра, болезнь Педжета, интраэпидермальная эпителиома Ядассона, поздний лучевой дерматит, пигментная ксеродерма, хейлит Манганотти, бородавчатый предрак губы, сандаловые ожоги конечностей	Пигментная ксеродерма (дебют в раннем детстве), меланоз Дюбрея, диспластический невус
Факультативные предраковые дерматозы	Верруциформная эпидермодисплазия, актинический кератоз, кожный рог, кератоакантома, карциноидный папилломатоз Готтрона, гигантская кондилома Бушке-Левенштейна, лейкоплакия, ограниченный предраковый гиперкератоз красной каймы губ.	Крупный врождённый невоцитарный невус (существующий с рождения), крупный приобретённый невус, голубой невус.
Дерматозы с патологической регенерацией	Эритематоз, туберкулёзная волчанка, псориаз, трофические язвы, обширные рубцы, хроническая язвенная и вегетирующая пиодермия.	

Базально-клеточный рак кожи обычно развивается на неизменённой коже.

# Диспансеризация предопухолевых заболеваний

Диагноз	Клиническая характеристика	Лечебные мероприятия	Профилактические мероприятия и диспансерное наблюдение	Специалист проводящий диспансеризацию
1	2	3	4	5
Пигментная ксеродерма	Генетически обусловленное заболевание. Пузыри, изъязвления, рубцы, очаги гиперпигментации по типу стойких веснушек	Общеукрепляющее лечение	Максимально воздерживаться от солнечных лучей и УФ инсоляции	Онколог дерматолог 4 раза в год
Поздние лучевые язвы	Трудно заживающие язвы кожи с очагами атрофии и телеангиоэктазии вокруг места лучевого воздействия	Консервативная терапия. При показаниях – хирургическое иссечение	Исключить повторное лучевое воздействие и УФ инсоляцию	Онколог 1 раз в год

# Диспансеризация предопухолевых заболеваний (продолжение)

1	2	3	4	5
Мышьяковые кератозы	Встречаются у лиц, длительно лечившихся препаратами неорганического мышьяка; в основном на ладонях и подошвах — ограниченные очаги гиперкератоза, часто бородавчатого типа	Электрокоагуляция или криодеструкция очагов гиперкератоза	Ограничение лечения препаратами мышьяка	Дерматолог 1 раз в год
Актинические дерматозы	Разновидность себорейных (старческих) кератозов на открытых участках дистрофически изменённой кожи (у моряков и лиц, длительно работающих на открытом воздухе)	Электрокоагуляция или криодеструкция очагов кератоза. Витамин А	Исключение неблагоприятных метеорологических воздействий	Дерматолог 1 раз в год



# Диспансеризация предопухолевых заболеваний (продолжение)

1	2	3	4	5
Предмеланомные заболевания кожи				
Ограниченный предопухолевый меланоз Дюбрея	Заболевание преимущественно пожилого и старческого возраста, основная локализация – лицо. Обычно один очаг неравномерного нарушения пигментации, шелушение, иногда эрозия	Полное иссечение в пределах здоровой ткани	Избегать травмы и воздействия солнечных лучей	Онколог 1 раз в год
Пигментный невус	Пятно (или узелок) размером от 0,1 см и более с розовой гладкой поверхностью, не пронизанное волосом, цвет от тёмно-коричневого до чёрного	Полное иссечение в пределах здоровой ткани	Избегать травмирования	Онколог 1 раз в год

# Диспансеризация предопухолевых заболеваний (продолжение)

1	2	3	4	5
Синий (голубой) невус	То же, что и пигментный невус, но цвет от голубого до синюшного	Полное иссечение в пределах здоровых тканей	Избегать травмирования	Дерматолог 1 раз в год
Гигантский пигментный невус	Врождённый пигментный волосистой невус	Желательно оперативное иссечение	Избегать воздействия солнечных лучей	Дерматолог 1 раз в год

# Волосатый невус



# Пигментная ксеродерма - рак

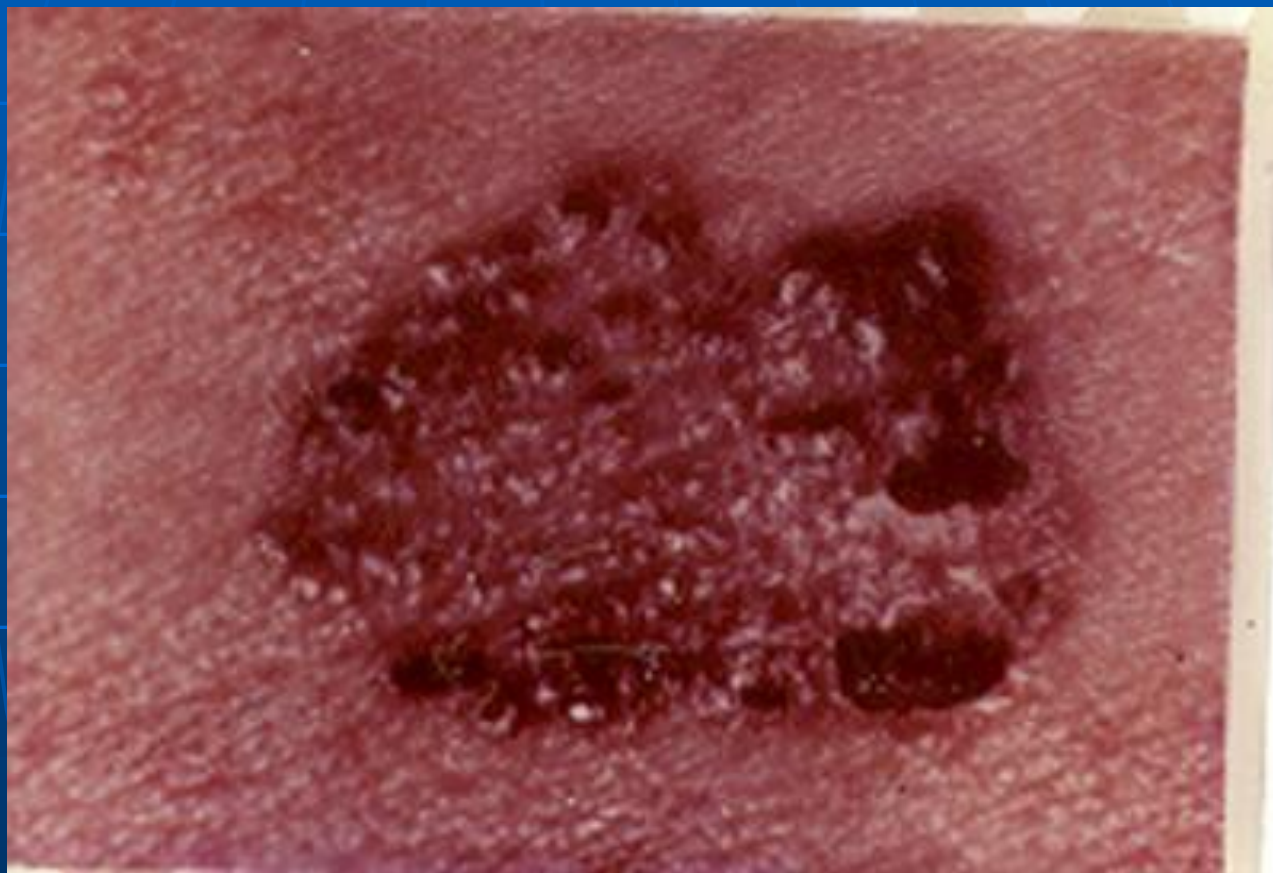


# Плоскоклеточный рак





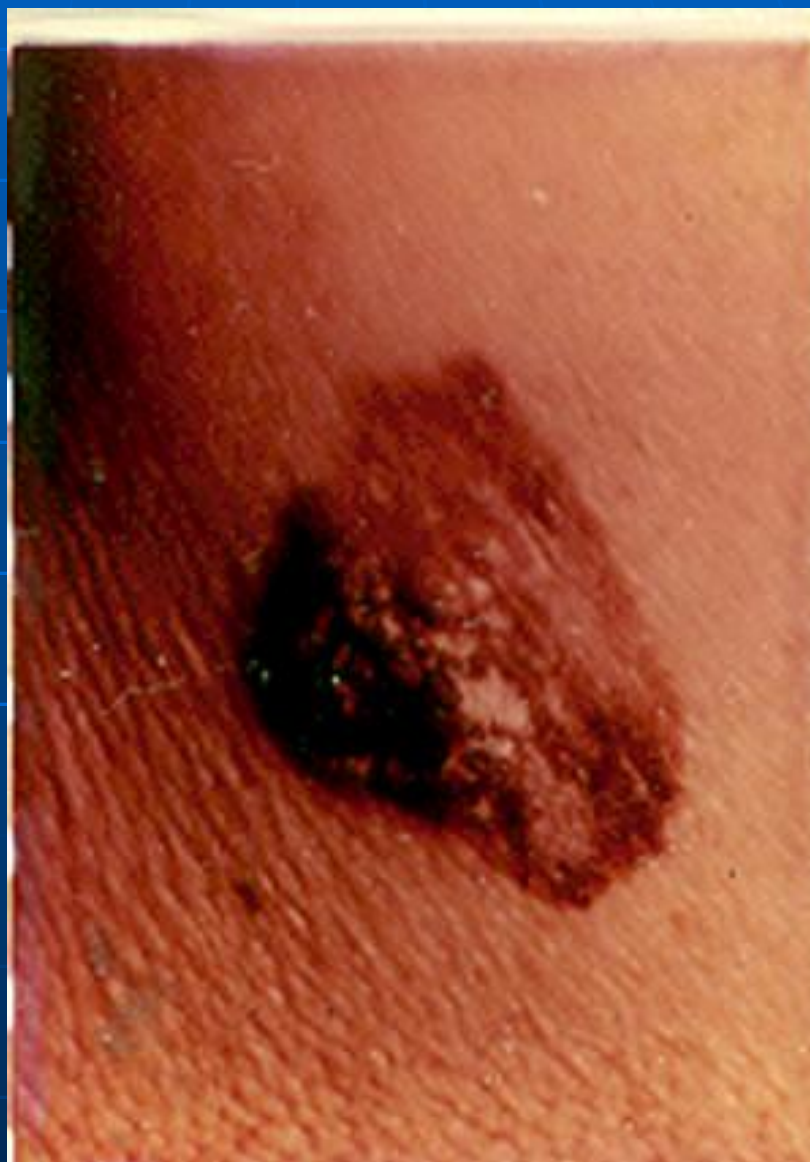
# Базально-клеточный рак



# Меланоз Дюбрея



# Меланоз Дюбрея. Малигнизация

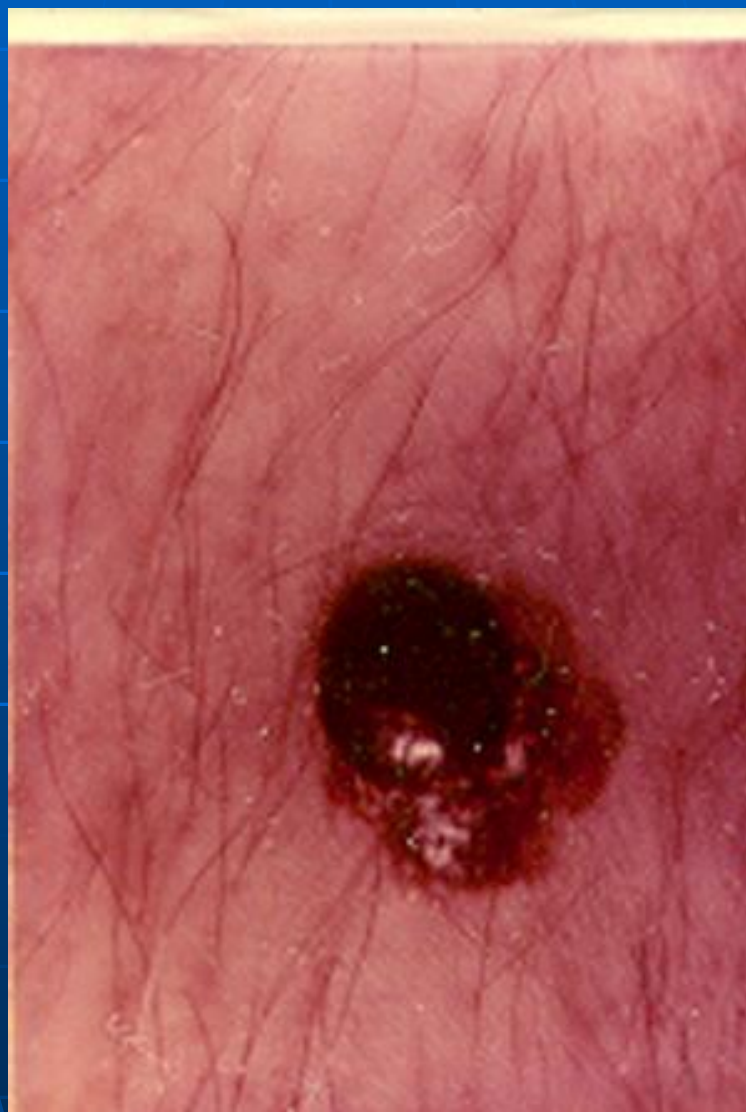




# Меланоз Дюбрея



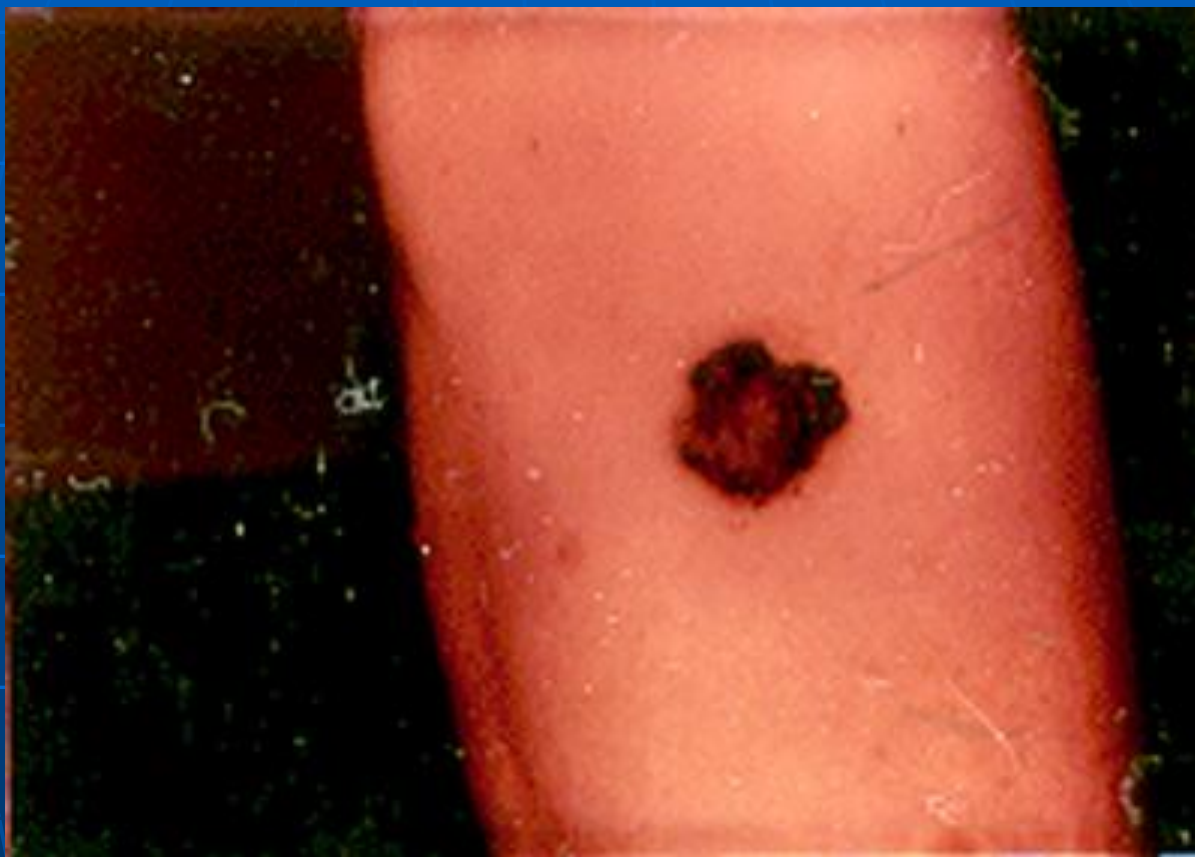
# Пигментная меланома



# Пигментная меланома



# Пигментная меланома



# Безпигментная меланома







**Меланома, возникшая в интрадермальном невусе.**



**Типичная меланома кожи, характеризующаяся  
асимметрией, неравномерной пигментацией.  
неправильными очертаниями**





**«Маленькая» меланома ( менее 3мм) – характеризуется относительно симметричными краями, ровной пигментацией, слегка возвышается над кожей.**





**Меланома in situ. Плоское пигментированное пятно с различными оттенками коричневого цвета и слегка неправильными очертаниями.**



**Начальная инвазия меланомы. Характеризуется асимметрией и изменением цвета.**



**Узловая форма меланомы на фоне пигментного пятна.**





**Узловая пигментная меланома с выраженной пигментацией**



**Меланоз  
Дюбрейля**



**Голубой  
неvus**





**Пиогенная  
гранулема**

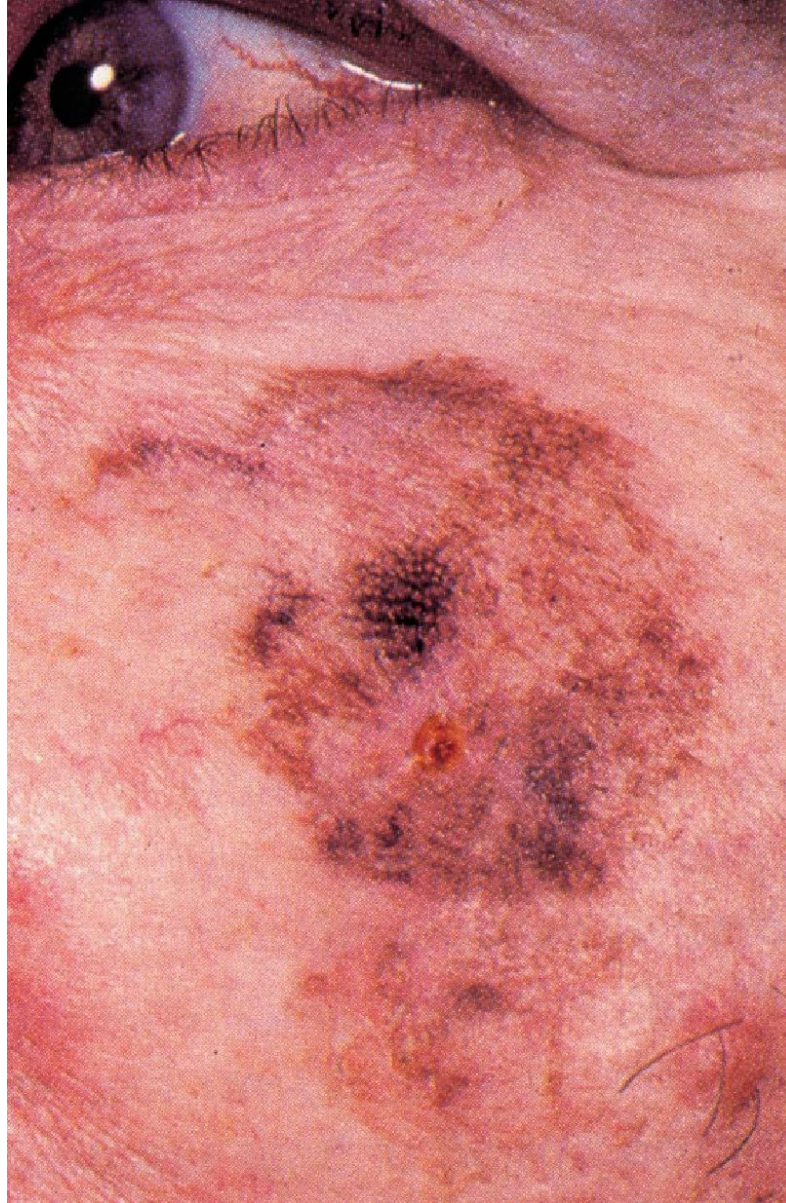


**Лентиго- меланома (меланома in situ).**





**Акральная  
меланома**



**Лентиго-  
меланома.**



**Акральная  
меланома**





**Акральная  
меланома**



**Акральная  
меланома**



**Меланома возникшая из голубого невуса с сателлитами вокруг основного очага**





**Гигантский пролиферирующий меланоцитарный невус**



**Монгольское  
пятно.**





**Невус  
Ота**

**Спасибо за внимание!**