

С.Ж.АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ  
ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ



КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА

# презентация

## Рак и меланома кожи

Специальность: Терапия

Курс: 6

Группа: 609 -01

Выполнил: Хуссайн Али А.

Алматы

2017

## Содержания

- ✓ Книлическая анатомия и функция кожи
- ✓ Рак кожи . Заболеваемость раком кожи
- ✓ Вопросы этиологии
- ✓ Группа повышенного риска ее формирования
- ✓ Патологическая анатомия
- ✓ Стадия распространения рака кожи
- ✓ Клиническая картина рака кожи
- ✓ Диагностика рака кожи
- ✓ Дифференциальная диагностика рака кожи
- ✓ Лечение рака кожи
- ✓ Прогноз и результаты лечения
- ✓ Использованная литература

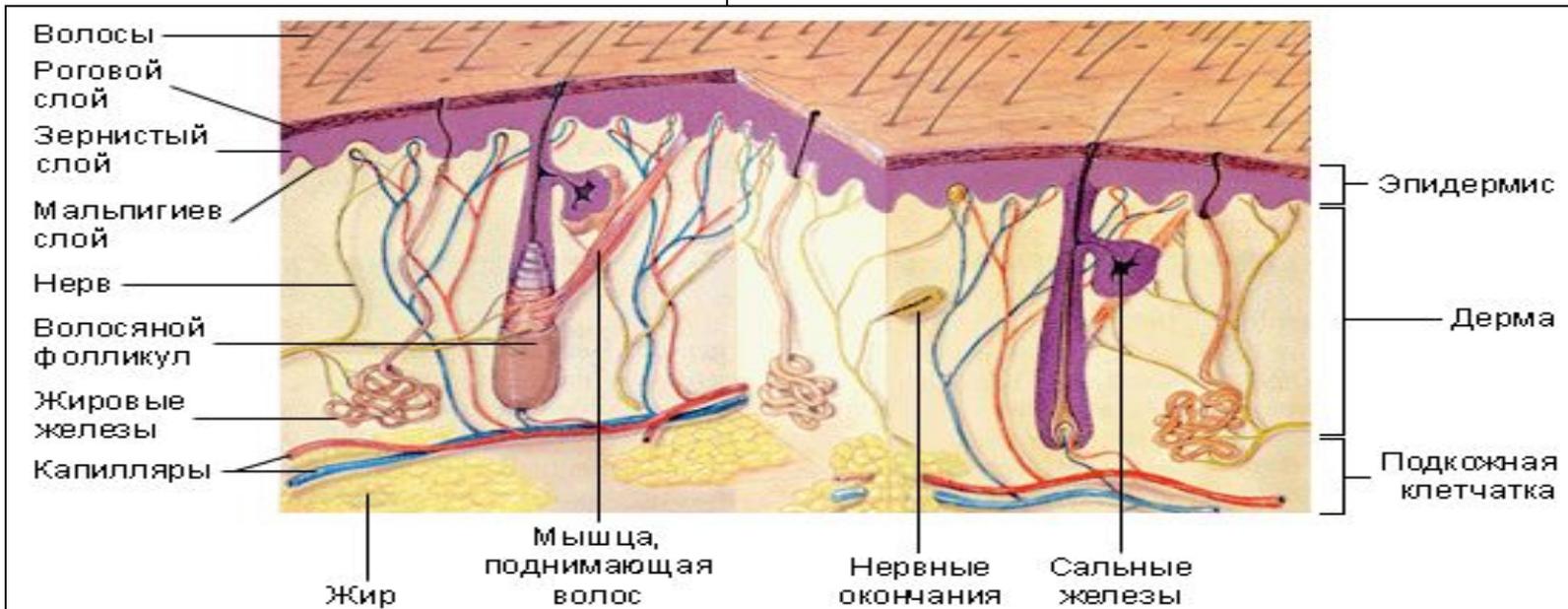
# Кожа



Кожа представляет собой сложный по своему строению орган. Общая поверхность кожного покрова составляет около 1,5-2,0 м<sup>2</sup>.

Кожа состоит из двух частей —  
1-эпителиальной (*эпидермиса*)  
2-соединительно-тканной (*дермы* или *собственно кожей*), под которой находится *подкожная жировая клетчатка*.

- Толщина кожи в различных отделах тела варьирует от 0,5-3-4 мм.



Эпидермис по гистологическому строению представляется :

- многослойным,
- плоским,
- ороговевающим на поверхности. Он состоит из пяти слоев эпителиальных клеток:

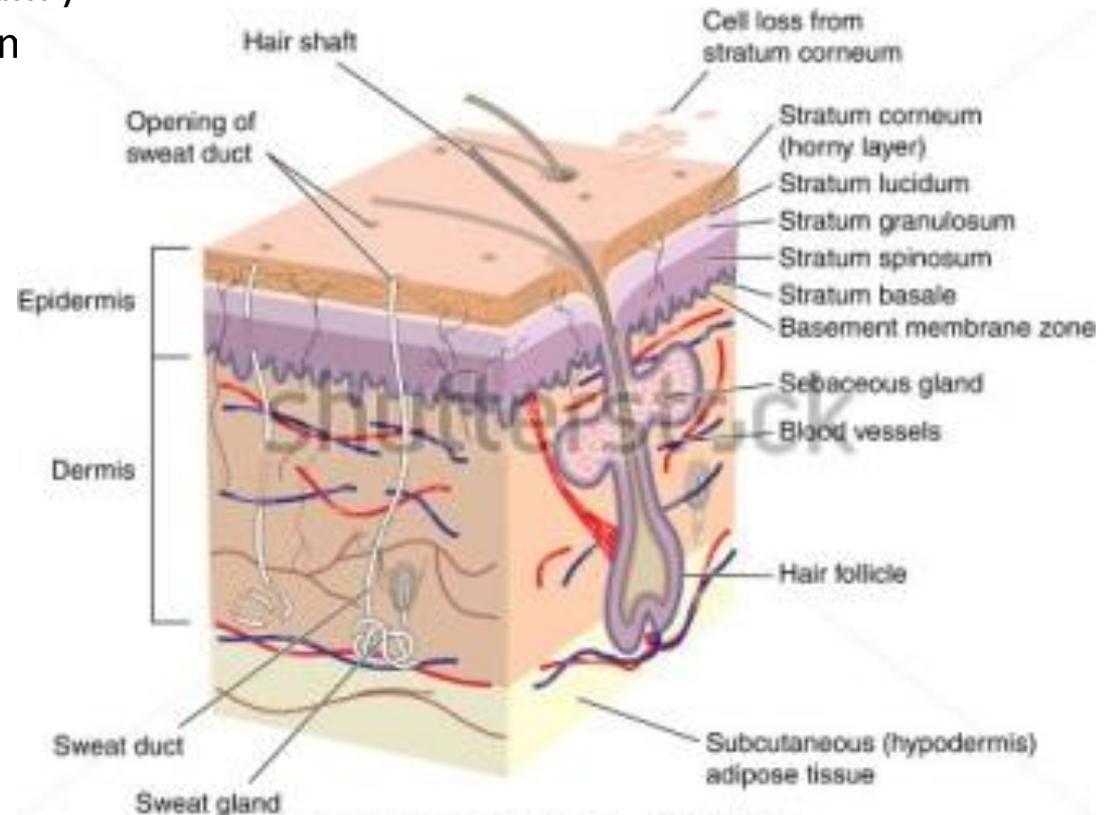
1-рогового, ( Stratum lucidum )

2-блестящего ( Stratum corneum )

3-зернистого ( stratum granulosum )

4- шиповатого ( stratum spinosum )

5- базального ( stratum basale )



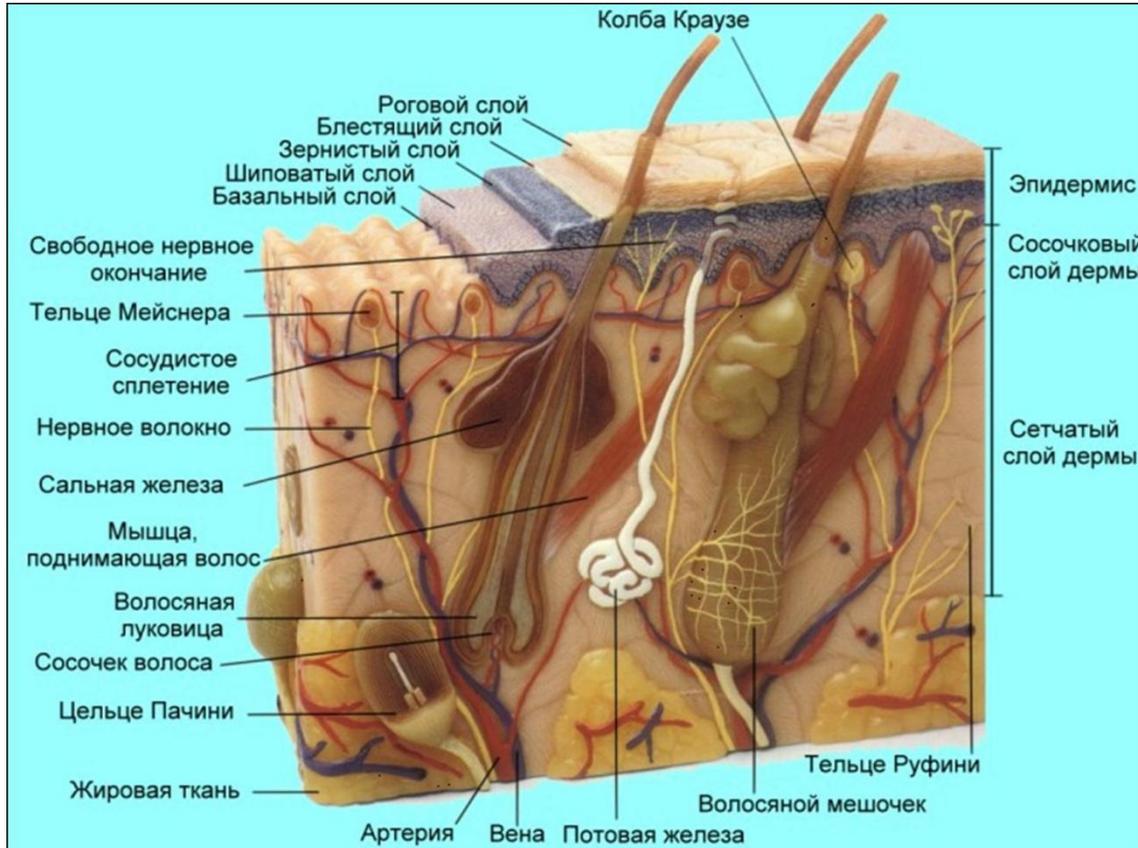
- **-рогового, ( Stratum lucidum )**— наиболее мощный слой эпидермиса, или можно сказать *роговой*, образованный мертвыми клетками, содержащими кератин.

толщина которого на разных участках кожи варьирует. В нормальных условиях клетки этого ряда ядер не содержат. Роговой слой кожи полностью обновляется в течение 7-11 дней.

(Ногти, когти, рога -кроме рогов оленей и жирафов, перья, волосы, роговая чешуя — производные эпидермиса у амниот )

- **-блестящего ( Stratum corneum )**-Блестящий слой состоит из 3-4 рядов клеток, в которых прослеживаются первые признаки ороговения. Тело клеток заполнено особым блестящим веществом — элеидином, представляющим собой расплывающиеся зерна кератогеалина.
- **зернистого ( stratum granulosum )**-состоит из 3-5 рядов уплощенных клеток, содержащих в области ядра гранулы кератогиалина, которые способствуют ороговению вышележащих слоев.
- **шиповатого ( stratum spinosum )**-состоящий из нескольких рядов кубических и веретенообразных клеток, которые между собой соединены при помощи межклеточных мостиков — шипиков.
- **базального ( stratum basale )**-в котором имеются два типа клеток: базальные клетки и меланоциты.

# Строение кожи

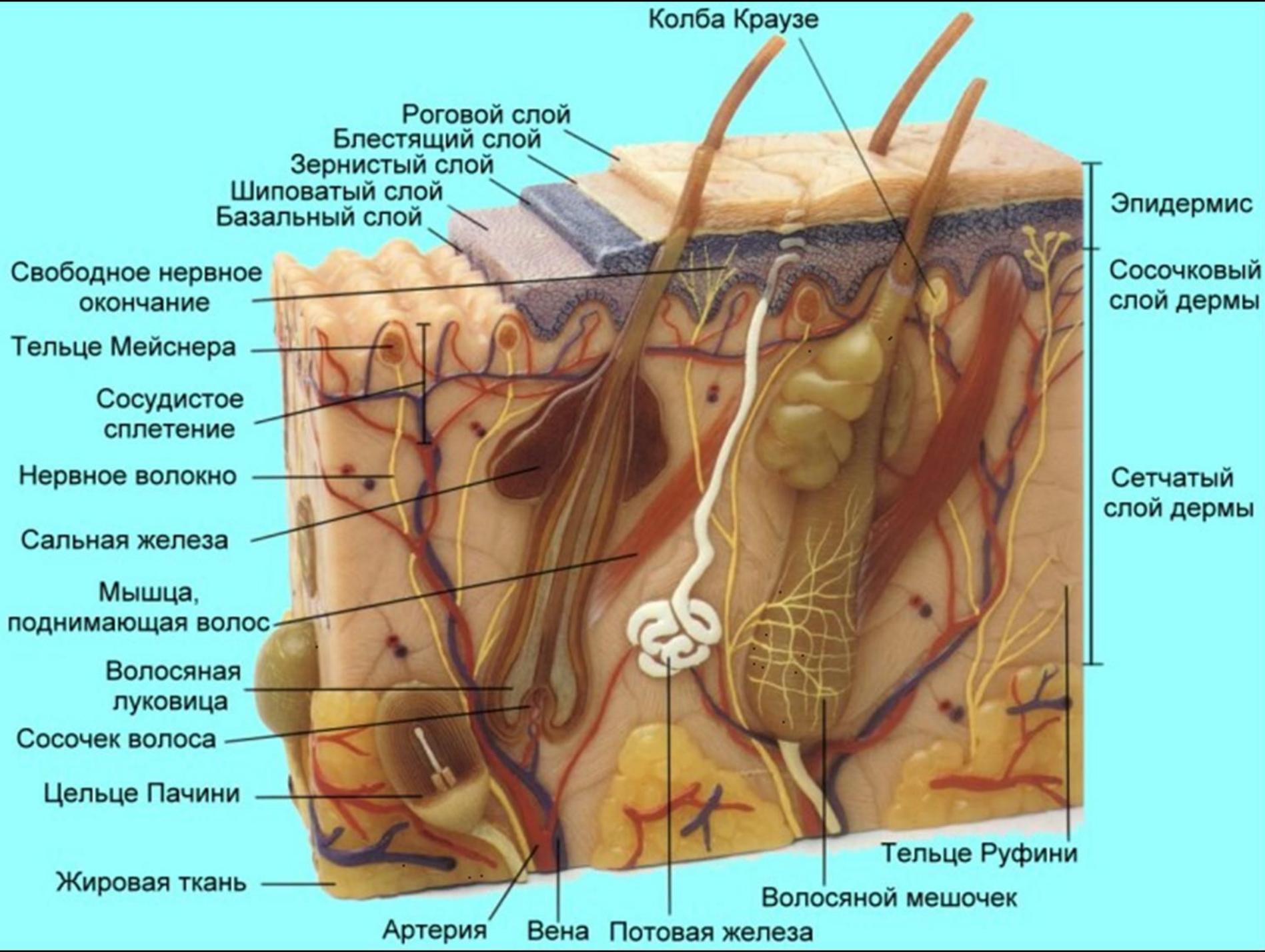


2- Дерма – различают два слоя (*сосочковый и сетчатый*) . В каждом слое имеются три типа волокон :

- 1- коллагеновые
- 2- эластические
- 3- ретикулярные

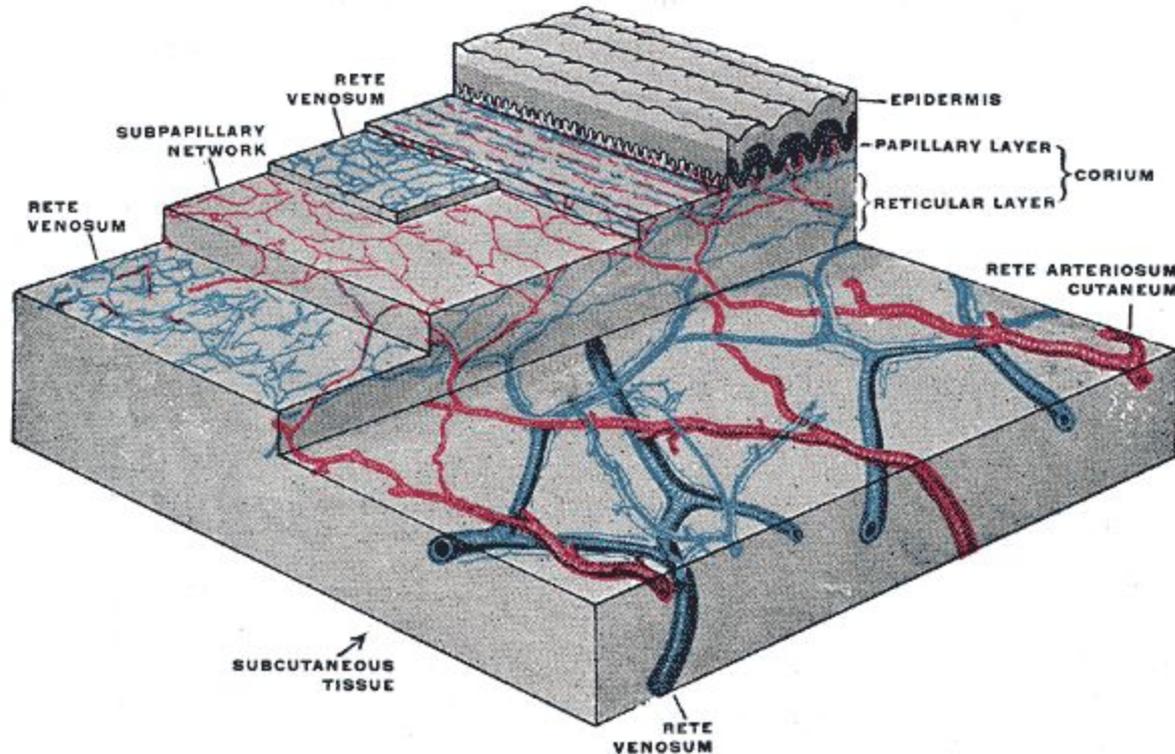
В дерме находятся *кровеносные и лимфатические сосуды, нервные окончания, потовые и сальные железы, волосы*. Ниже расположена подкожная жировая клетчатка.

*Потовые, сальные и молочные железы – производные эпидермиса.*



# Кровоснабжение кожа

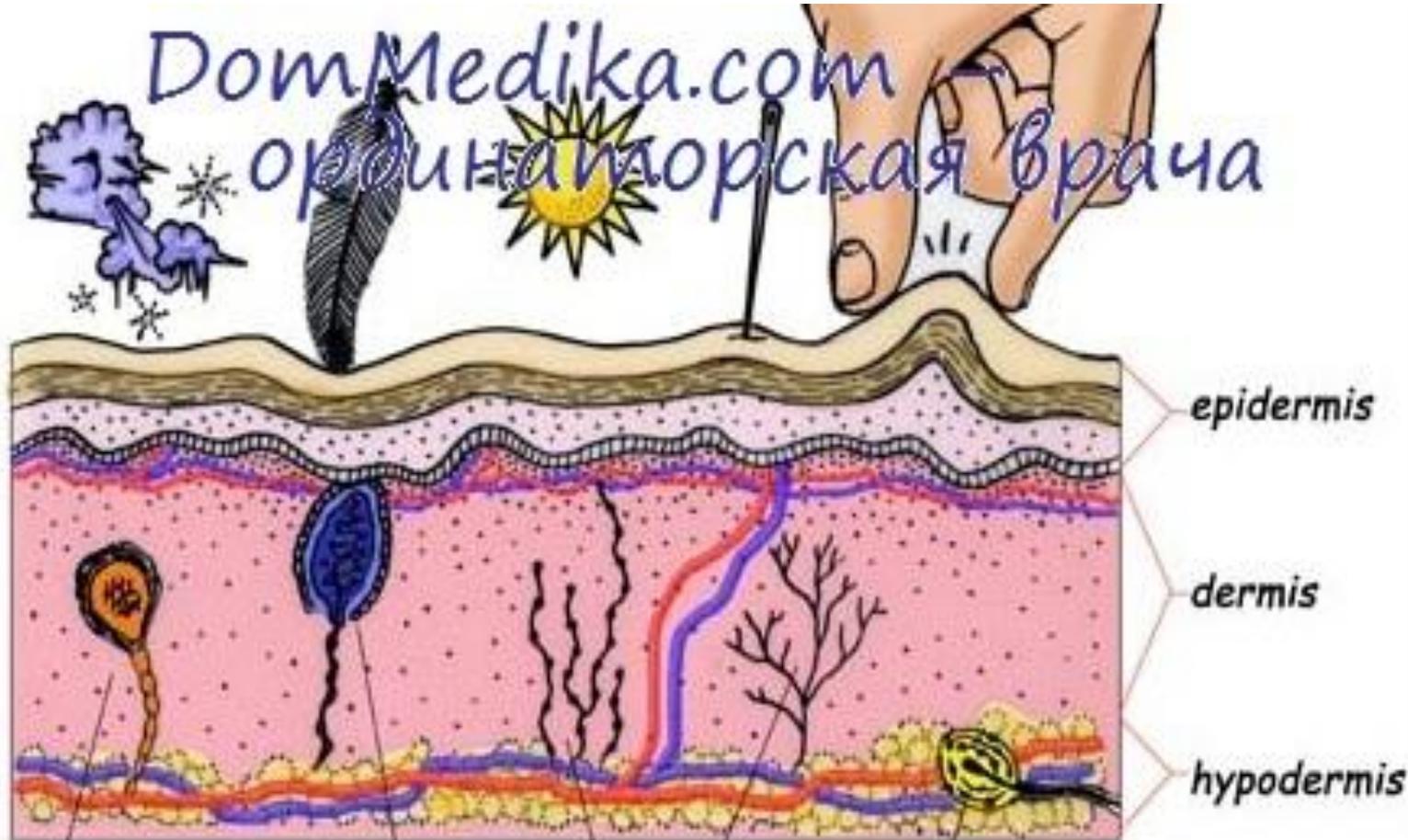
- Наличие в коже обильной сосудистой сети и многочисленных **артериовенозных анастомозов** определяет значение ее в процессах кровообращения. Наряду с такими органами, как селезенка, печень и легкие, и кожа выполняет **функцию депо крови**. У взрослого человека в сосудах кожи может заде



# иннервация кожа

- . Благодаря обильной иннервации кожный покров представляет собой огромное рецепторное поле,
  - 1- осязательные,
  - 2- температурные и
  - 3 - болевые нервные окончания.
- Нервные окончания определенных участков кожи тесно взаимосвязаны с функциями внутренних органов.

DomMedika.com  
оригинальная врача



**thermo-receptor**  
senses heat  
or cold

**Meissner's corpuscle**  
senses "touch"

**nociceptor**  
senses pain

**pacinian corpuscle**  
senses "pressure"

# Функции кожи

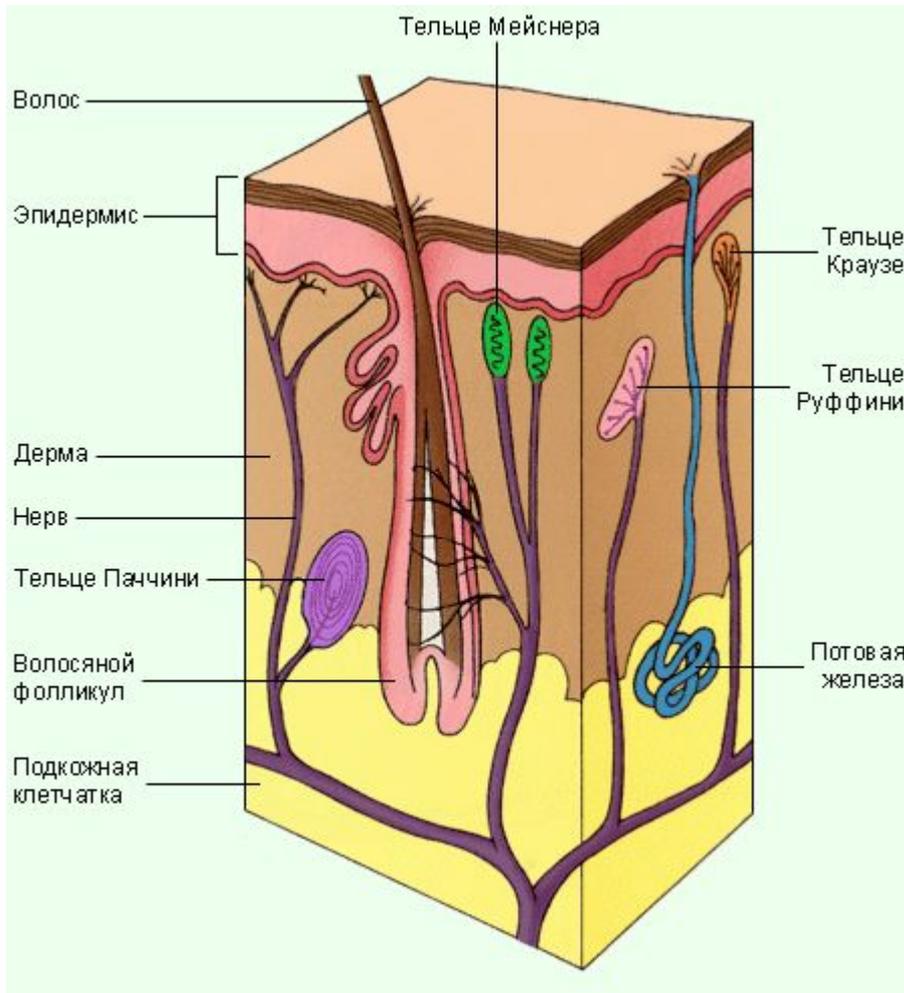
Защитная функция кожи

Обменная функция кожи

Терморегуляционная функция кожи

Запасаная функция кожи

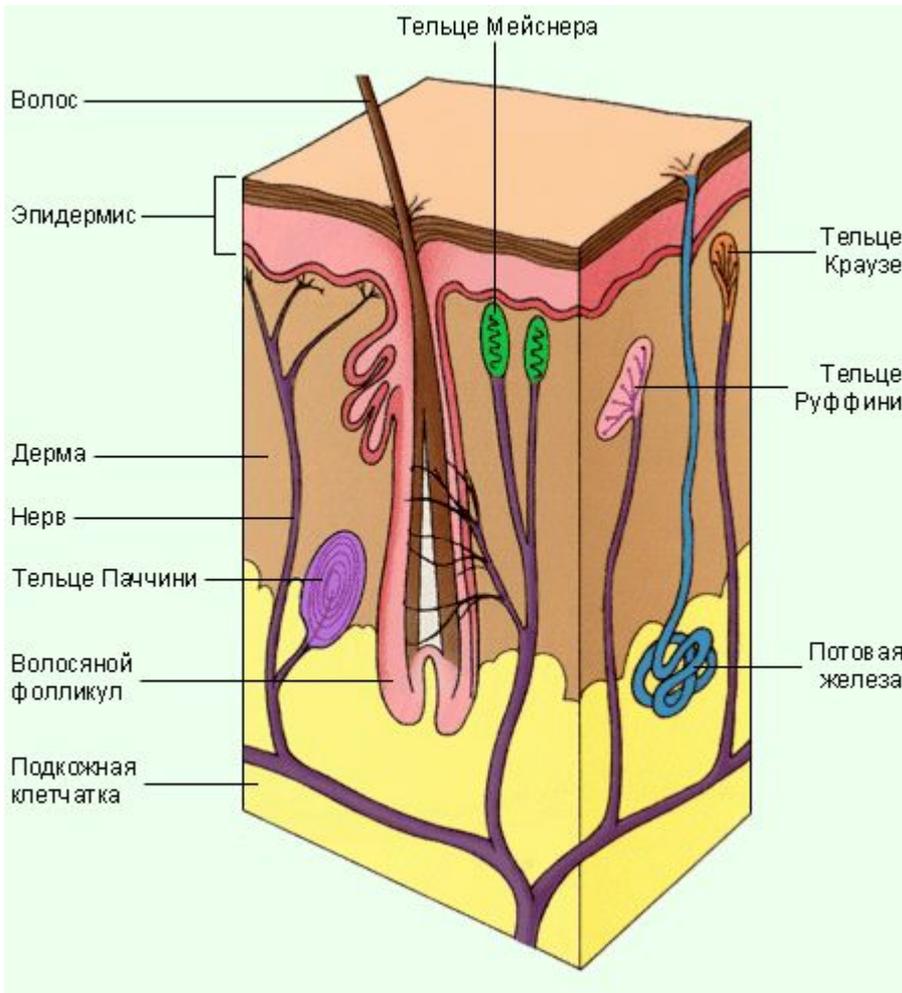
# Функции кожи



**Кожная рецепция:** на 1 см<sup>2</sup> кожи около 200 болевых рецепторов, 15 холодových, ближе к поверхности, чем тепловые, 1-2 тепловых, 25 осязательных.

**Защитная:** защита от механических повреждений, непроницаема для микроорганизмов, защита от избытка ультрафиолета путем образования меланина.

# Функции кожи

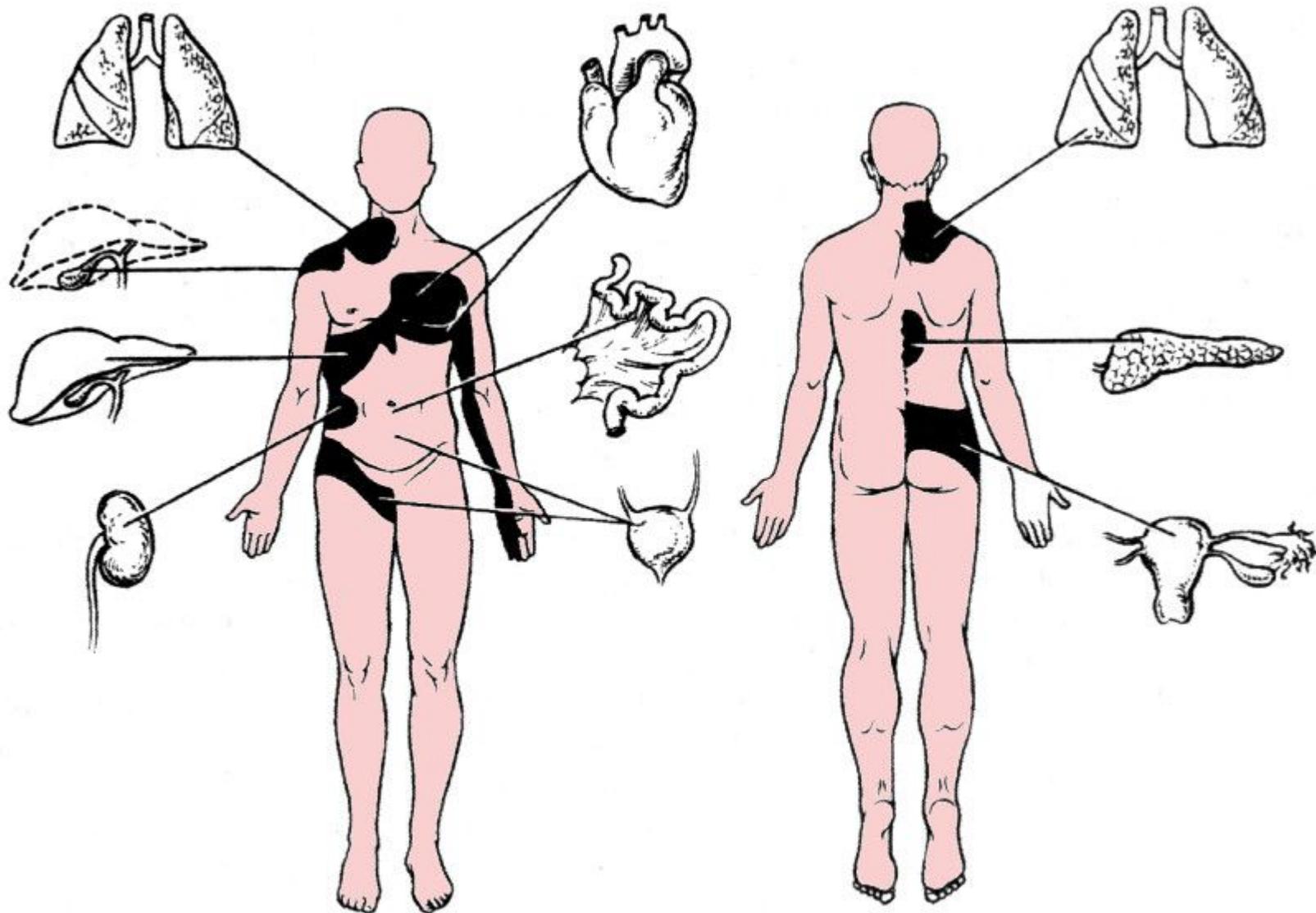


**Обменная функция** – диффундируя кислород из окружающей среды .  
Особенно велика ее роль в регуляции водо- и теплообмена  
**Выделительная** функция осуществляется за счет работы потовых и сальных желез. В сутки через кожа человек может выделять около 500мл и больше

**Образование витамина D** под действием ультрафиолетовых лучей.

**Запасание** энергетических материалов в подкожной жировой клетчатке.

# Чувствительная функция кожи



# Рак кожи

- Рак кожи является одной из наиболее распространенных злокачественных опухолей и встречается во всех странах мира и особенно распространен среди населения стран где наиболее высока инсоляция .
- Чаще рак кожи встречается у людей белой расы . Напримр – в Австралии где рак кожи занимает первое место среди всех злокачественных опухолей .
- По данным некоторых исследователей рак кожи у жителей Центральной Африки составляет около 90 % заболеваний раком другой локализации .

# Рак кожи в РК

- На протяжении поледних 35 лет ( 1970-2005 ) в республике Казахстан в структуре онкологической заболеваемости рак кожи почти постоянно занимает 2-3-е место .
- Если заболеваемость в 1970 году равнялась 15,3% то она в 2005 году составла 18,4% .
- В 2005 году высокие показатели чатоты рака кожи имели место в Восточно-Казахстанской (42,6%)
- Карагандинской области( 30 ,1%)
- Павлодарской области ( 24,4%)
- Северо-Казахстанской области( 21,6%)
- Алтаты (26,6%)
- А низкие показалтели зарегистрированы а Мангистауской ( 6,0%) , Атырауской ( 6,4%) , Кызлординской (5,7%) обслатях .
- Уделный вес больных диагностированных в I-II стади составил 94,1% , IV стади – 0,7% .

# Рак кожи в РК

- В структуре смертности населения РК от злокачественных опухолей в 2000 году рак кожи занимал одиннадцатое место .
- Заболеваемость несколько выше у мужчин чем у женщин .
- Наиболее чаще встречается рак кожи у людей старше 70 лет .

# Вопросы этиологии и патогенеза рака кожи

- В настоящее время имеется достаточное количество данных позволяющих объяснить этиологию рака кожи .
- Три факторы играют роль во возникновении рака кожи
  - 1- группа – факторы внешней среды
  - 2- группа – хронические воспалительные процессы специфической и неспецифической природы с явлениями патологической регенерации
  - 3-группа – облигатные предраковые заболевания

# Ко I группе относятся

- Физическая травма
- Интенсивная длительная инсоляция
- Воздействие ионизирующего излучения ( рентгеновского , радия , радиоактивных изотопов )
- Канцерогенные вещества
- Термические воздействия

# Ко II группе относятся

- Специфические и неспецифические воспалительные процессы
- Факультативные предраковые заболевания (актинический и себоройный кератоз , радиационный дерматоз , туберкулезная волчанка , сифилис , трофическая язва )
- Обызвествленная эпителиома Малерба
- Кожный рог или кератическая папиллома
- Радиационный дерматоз
- Красная волчанка



## **Факультативные предраковые заболевания**

- 2 Кожный рог



# Ко III группе относятся

- Облигатные предраковые состояния (заболевания – пигментная ксеродерма , болезни Боуэна и Педжета , эритроплакия Кейра )

## **Факультативные предраковые заболевания**

- **3 кератоакантома**



## Облигатные предраковые заболевания

- 2. Болезнь Педжета



1410

1411

## **Облигатные предраковые заболевания**

- **1. пигментная ксеродерма**



## **Облигатные предраковые заболевания**

- **3. Болезнь Боуэна**



## **Облигатные предраковые заболевания**

- 4. Эритроплазия Кейра



## **Факультативные предраковые заболевания**

- 1 **Актинический старческий кератит**



# К группа повышенного риска относятся

1. Частой физической травме
2. Длительной интенсивной солнечной инсоляции , особенно ультрафиолетовой части спектра с длиной волны ,
3. Частому воздействию ионизирующей радиации
4. длительному воздействию продуктов нефти , каменноугольного дегтя , сланца
5. Канцерогенных веществ ( мышьяк , ртуть и др )
6. Термическим воздействию – к этой группе относятся также лица , страдающие предопухолевыми заболеваниями :
  - 1- Туберкулез кожи
  - 2- красная волчанка
  - 3- сифилис
  - 4- хронические неспецифические воспалительные процессы
  - 5- трофические язвы
  - 6- пигментная ксеродерма
  - 7- эпитроплакия Кейра
  - 8- болезнь Боуэна
  - 9- болезнь Педжета

# Профилактика

1. Защита открытых участков кожи от интенсивной солнечной инсоляции , особенно у пожилых людей
2. Регулярное употребление питательных кремов с целью предупреждения сухости кожи , особенно у пожилых людей с сухой кожей и наличием кератозов
3. Защита рубцов от частых механических травм
4. Строгое соблюдение мер личной гигиены при работе со смазочными материалами и веществами , содержащими канцерогены а также источниками ионизирующей радиации
5. Своевременное излечение больных с предраковыми заболеваниями кожи

# Патологическая анатомия

- Локализация – рак кожи возникает преимущественно на открытых частях тела и из них более 80% развивается на лице и волосистой части головы и шеи .
- Излюбленными местами расположения рака являются :
  - лоб
  - крылья носа
  - углы глаз
  - височные области и раковины
  - носогубные складки

# Патологическая анатомия

- **Характер роста** :- рак кожи характеризуются экзофитным или эндофедным ростам .
- **Экзофитные** опухоли могут расти над поверхностью кожи в виде узла ,
- При **эндофедном** росте опухоль распространяется по поверхности и вглубь , проникая в подлежащие ткани и как правило изъязвляясь .

# Патологическая анатомия

- **Гистологическое строение** :- по гистологическому строению различают :
- Базально-клеточный рак ( базалиома )
- Плоскоклеточный рак со ороговением и без ороговения .

# Патологическая анатомия

- Метастазирование : - как правило происходит :

1- лимфогенным путем

2- гематогенным путем

Отдаленные метастазы по внутренним органам чаще возникают в кости и легкие .

Это метастазы чаще дает

плоскоклеточный неороговевающий рак

# Стадии распространения рака КОЖИ

- По системе TNM

I стадия – опухоль или язва диаметром до 2 см , ограниченная эпидермисом или незначительной инфильтрацией дермы ( без инфильтрации соседних тканей ) и без метастазов ( T1N0M0 )

II а-стадия – опухоль или язва более 2 см в диаметре но менее 5 см , прорастающая всю толщу кожи без распространения на подлежащие ткани . Регионарные метастазы не определяются ( T1N0M0 )

II б-стадия – опухоль или язва той же или меньшей степени местного распространения что при II а стадии . Определяется одиночный смещаемый метастаз в регионарных лимфатических узлах ( T1-2N1M0 )

III а- стадия – ограниченно подвижная опухоль значительных размеров ( более 5 см в диаметре ) проросшая всю толщу кожи и подлежащие ткани но не перешедшая еще на хрящ или кость , без определяемых метастазов ( T3N0M0 )

III б- стадия – опухоль такого же или меньшего размера что при III а-стадии , но с наличием множественных подвижных и одного малоподвижного метастаза в регионарных лимфатических узлах (T3N2M0 , T1-2N3M0 )

- IV a- стадия – опухоль или язва широко распространяющаяся по коже проросшая подлежащие мягкие ткани хрящевой или костный скелет но без метастазов в регионарных лимфатических узлах ( T4N0M0 )
- IV a- стадия – опухоль такого же или меньшего размера что при IV a- стадии , при наличии либо неподвижных регионарных метастазов ( T4N3M0 ) либо в отдаленных органах ( T2-3N1-3M1 )

# Клиническая картина рака КОЖИ

- Клинические проявления и течение базально-клеточного рака несколько отличается от плоскоклеточного рака при базально-клеточном раке по характеру роста и клиническому течению различают две основные формы :
  - 1- поверхностную или эпидермальную
  - 2- дермальную

# Клиническая картина рака КОЖИ

- **Поверхностная форма** его отличается от дермальной формы своеобразной клинической картиной и нередко одновременным возникновением в ряде соседних участков кожи .
- Процесс протекает крайне медленно 10-15 лет. Она чаще возникает на коже туловища значительно реже на лице . Первоначально появляются плоские плотноватые величиной с булавочную головку бледно-красного цвета узелки. Они увеличиваются по периферии и сливаясь друг с другом , образуют большей или меньшей величины бляшки , округлой или неправильной формы.
- Нередко узелки поверхностной формы базально-клеточного рака кожи подвергаются обратному развитию оставляя на своем месте атрофические или рубцовые изменения кожи

## **Плоскоклеточный рак**



# Клиническая картина рака КОЖИ

- **Клиническая картина дермальной формы базально-клеточного рака** более разнообразна чем поверхностей формы . Различают следующие картины:
  - 1 узелковую ( мелко – и крупноузелковую форму )
  - 2- первично язвенную
  - 3- кистозную базалиому
  - 4- пигментную базалиому







## **Базалиома (базально-клеточная карцинома)**



Из коллекции Сергеева Ю. В.

## ***Саркома Капоши***



## ***Лимфома кожи***



# Диагностика рака кожи

Рак кожи распознается на основании :

- Анамнез
- Объективное исследование
- Специальные методы исследования
  - a) цитологическое исследование
  - b) Гистологическое исследование

# Дифференциальная диагностика рака кожи

- Туберкулез кожи
- Сифилис
- Грибовидный микоз
- Фибросаркома
- Ангиосаркома
- Гемангиоэндотелиома
- Гемангиоперицитомы

# Лечение рака кожи

- В настоящее время для лечения рака кожи применяются
  - I. Хирургические методы
  - II. Лучевые методы
  - III. Комбинированное лечение (хирургическое и лучевое )
  - IV. Химиотерапевтическое лечение

# Прогноз и результаты лечения

- Прогноз и результаты лечения зависят от стадии распространенности локализации клинической и гистологической формы опухоли а также от темпов роста новообразования

# Меланома



# Меланома кожи

- Заболеваемость в дальнем , ближнем зарубежье и в РК
- Этиология меланомы кожи
- Клинические признаки активации невуса
- Патогенз меланомы кожи
- формирование группы риска возникновения меланомы кожи
- Патологоанатомическая характеристика меланомы
- Метастазирование меланомы кожи
- Стадии распространения меланомы кожи
- Клиника меланомы кожи
- диагностика меланомы
- дифференциальная диагностика первичной меланомы кожи
- Лечение меланомы кожи
- Использованная литература

# Заболеваемость в дальнем , ближнем зарубежье и в РК

- Меланома является одной из самых злокачественных опухолей человеческого организма частота которой в различных странах мира существенно отличается .
- Среди стран дальнего зарубежья в 2000 году наиболее высокие стандартизованные показатели заболеваемости меланомы были зарегистрированы в :
  - ✓ Австралии ( 34,8% )
  - ✓ Норвегии ( 29,4% )
  - ✓ Австрии ( 28,0% )
  - ✓ США ( 23,3% )
  - ✓ Финляндии ( 14,5% )
  - ✓ Нидерландах ( 16,7% )
  - ✓ Канде ( 17,4% )
- Самые низкие показатели выявлены в :
  - ✓ Японии (0,4%)
  - ✓ Китае ( 0,6% )
  - ✓ Индии ( 0,7% )
  - ✓ Флиппинах ( 1,3% )
  - ✓ Бразилии( 2,3% )
  - ✓ Мальте ( 2,4% )

# Заболеваемость в дальнем , ближнем зарубежье и в РК

- В республике казахстан за период 1990-2005 гг. Заболеваемость населения меланомной имела тенденцию к росту как у мужчин так и у женщин .
- Если в 1990 году стандартизованные показатели заболеваемости составили 1,6% в 2005 году 1,7% ,
- В 2005 году абсолютное число заболевших меланомой в РК составило 260 человек . Среди 260 больных меланомы диагностирована в I-II стадии у 66,4% , IV стадии- у 8,9% . В республике в 2005 году максимальные показатели заболеваемости были в городе Алматы ( 3,8%) , в западно-Казахстанской ( 2,6% ) , Восточно – Казахстанской ( 3,0%) областях , минимальные в Атырауской (0,4%) , Кызылординской (0,2%) , Мангистауской ( 0,3%) областях

# Этиология меланома кожи

## 1. Эгзогенные факторы

### 1. Физико-химические :

1. Географическая широта места жительства человека и связанная с ней интенсивность солнечной УФ-радиации
2. Травма предшествующих невусов
3. Флуоресцентное освещение
4. Химические канцерогены включая красители волос.
5. Ионизирующая радиация
6. Электромагнитное излучение

# Этиология меланома кожи

## 2. Социально-экономические :

1. Социальный статус и профессия
2. Факт проживания человека в городе или в сельской местности
3. Работа или нахождение человека большую часть времени в помещении
4. Семейное положение

# Этиология меланома кожи

## 3. Биологические :

1. Особенности питания
2. Лекарственные препараты
3. Вирусная инфекция в анамнезе ( краснуха )

### II. Эндогенные факторы

- Расовая и этническая принадлежность
- Уровень пигментации организма
- Наследственные факторы
- Иммунологические нарушения
- Репродуктивные факторы у женщин
- Сопутствующие заболевания и оперативные вмешательства ( пигментная ксеродерма кожи , меланоз Дюбрейля , невусы )

# Клинические признаки активации невуса

- Быстрый рост невуса ранее неизмененного или медленно увеличивающегося
- Появление уплотнения или асимметрии любого участка невуса
- Появления чувства ощущения невуса ( покалывание , зуд , жжение )
- Любое изменение уровня пигментации ( увеличение , уменьшение )
- Появление венчика гиперемии вокруг невуса
- Выпадение волос с поверхности невуса
- Появление трещин папилломатозных выростов , кровоточивости невуса

# Патогенз меланомы кожи

- Повреждение → невусные клетки → воспаление и пролиферация ткани → длительная пролиферация + воздействие эндогенных канцерогенных факторов (иммунологических, эндокринных, нейrogenных и др.) → нарушение структуры ДНК клетки → нарушение дифференцировки клетки → изменение белковой структуры клетки с возникновением новых мембранных антигенов → гипореактивность → бесконечно долгое размножение (опухолевый рост)

# формирование группы риска возникновения меланомы кожи

- ***Группа крайне высокого риска (риск увеличен более чем в 50 раз)***
- - изменение внешнего вида пигментного образования
- - диспластический невус у больного с двумя случаями меланомы в семейном анамнезе
- - зрелый возраст (по сравнению с детским)
- - более 50 пигментных невусов диаметром  $\geq 2$ мм
- ***Группа высокого риска (риск увеличен примерно в 10 раз)***
- - меланома в семейном анамнезе
- - спорадические диспластические невусы
- - врожденные невоклеточные невусы
- - принадлежность к европеоидной расе (по сравнению с негроидной и монголоидной)
- - меланома в анамнезе
- ***Группа умеренного риска (риск увеличен в 2-4 раза)***
- - иммунодефицит
- - светлая кожа или избыточная инсоляция

# Патологоанатомическая характеристика

**Локализация** . В отличие от рака кожи преимущественное расположение меланомы на лице не наблюдается .

- Она локализуется почти на любом участке кожного покрова иногда в слизистой оболочке губы , склер и кишечника .
- Почти у половины больных опухоль возникает на коже нижних конечностей туловища а в верхних конечностях в области головы и шеи от 30 до 40% .

# Патологоанатомическая характеристика

**Рост меланомы .** Меланома растет в трех направлениях :

1. Над кожей
2. По слою кожи
3. Подлежащие ткани

# Стадии меланомы кожи

- **Микростадии по Clark 1967 г.**
- **Уровень I:** все опухолевые клетки находятся в эпидермисе, до базальной мембраны
- **Уровень II:** клетки опухоли инфильтрируют сосочковый слой дермы
- **Уровень III:** опухоль достигает границы между сосочковым и сетчатым слоями дермы
- **Уровень IV:** опухолевые клетки обнаруживаются в сетчатом слое дермы
- **Уровень V:** опухоль прорастает в жировую клетчатку

# Стадии по Breslow

- **1970 г.**
- **Тонкая:** глубина инвазии меньше 0,75 миллиметров
- **Промежуточная:** глубина инвазии 0,76 — 3,99 миллиметров
- **Толстая (глубокая):** глубина инвазии больше 4 миллиметров

# Классификация по системе TNM[

- Первичная опухоль (T)
  - $T_{is}$  — меланома in situ
  - $T_{1a}$  — меланома толщиной  $\leq 1$  миллиметр, уровень Clark II—III, без изъязвления
  - $T_{1b}$  — меланома толщиной  $\leq 1$  миллиметр, уровень Clark IV—V или с изъязвлением
  - $T_{2a}$  — меланома толщиной 1,01 — 2,0 миллиметра без изъязвления
  - $T_{2b}$  — меланома толщиной 1,01 — 2,0 миллиметра с изъязвлением
  - $T_{3a}$  — меланома толщиной 2,01 — 4,0 миллиметра без изъязвления
  - $T_{3b}$  — меланома толщиной 2,01 — 4,0 миллиметра с изъязвлением
  - $T_{4a}$  — меланома толщиной  $> 4,0$  миллиметров без изъязвления
  - $T_{4b}$  — меланома толщиной  $> 4,0$  миллиметров с изъязвлением

# Классификация по системе TNM

- Регионарные лимфоузлы (N)N<sub>0</sub> — метастазы в регионарные лимфатические узлы отсутствуют
- N<sub>1</sub> — метастаз в 1 лимфоузел
- N<sub>1a</sub> — определяется только микроскопически
- N<sub>1b</sub> — виден невооружённым взглядом
- N<sub>2</sub> — метастазы в 2 — 3 лимфоузла
- N<sub>2a</sub> — определяется только микроскопически
- N<sub>2b</sub> — видны невооружённым взглядом
- N<sub>2c</sub> — спутниковые (\*) или транзиторные метастазы
- N<sub>3</sub> — метастазы в 4 лимфоузла, транзиторные или спутниковые метастазы

# Классификация по системе TNM

- Отдалённые метастазы  $M_0$  — отдалённые метастазы отсутствуют
- $M_{1a}$  — метастазы в кожу, окружающие ткани или отдалённые лимфоузлы
- $M_{1b}$  — метастазы меланомы в лёгкие
- $M_{1c}$  — отдалённые метастазы с подъёмом ЛДГ (Лактатдегидрогеназа)

# Стадии по TNM и AJCC[

- IA — T1a
- IB — T1b, T2a
- IIA — T2b, T3a
- IIB — T3b, T4a
- IIC — T4b
- IIIA — N1a, N2a
- IIIB — N1b, N1b
- IIIC — N3
- IV — M1a, M1b, M1c

# Клиническая картина меланомы КОЖИ

Основными клиническими формами меланомы являются:

1. поверхностно-распространяющая (39-75%),
2. узловая
3. злокачественная лентиго-меланома и
4. акральная меланома.

,

# Поверхностно распространяющаяся меланома

- Поверхностно распространяющаяся меланома (плоская, радиально растущая меланома). Опухоль развивается одинаково часто как на **неизменной коже**, так и из **пигментного невуса**. Может локализоваться на открытых и закрытых участках кожного покрова, преимущественно на нижних конечностях у женщин и верхней половине спины у мужчин. Представляет собой бляшку неправильной конфигурации с фестончатым контуром, очагами регрессии и обесцвечивания, мозаичной окраски, кератозом на поверхности. В среднем через несколько лет на бляшке возникает узел, свидетельствующий о переходе горизонтального роста в вертикальный.

Поверхностно распространенная меланома.  
Отмечается некоторая неровность краев, окрашивание и  
воспаление краев.



# Поверхностно распространенная меланома кожи в фазе радиального роста



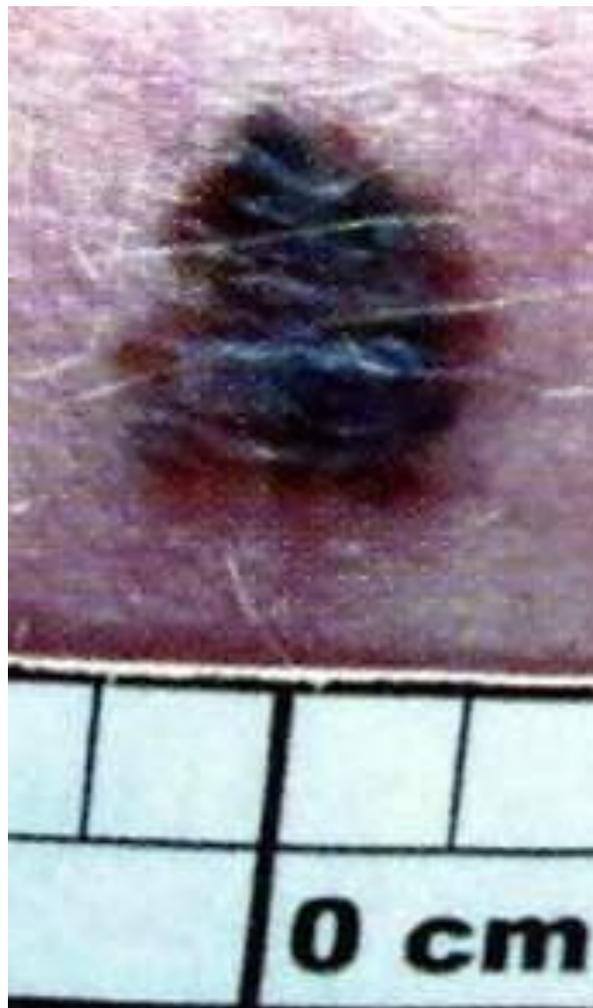
Поверхностно-распространяющаяся  
меланома кожи в фазе вертикального  
роста.



Поверхностно-распространяющаяся меланома  
кожи в стадии частичной спонтанной регрессии  
(общий план)



Поверхностно-распространяющаяся меланома  
кожи в стадии частичной спонтанной регрессии  
(крупный план)



Поверхностная распространенная меланома.  
Неправильной формы, неровные контуры и  
окрашивание.



Поверхностная распространенная меланома. Более 7 мм в поперчнике, неровные контуры и окрашивание.



# Узловая меланома

- Узловая меланома, составляющая 10-30% всех меланом кожи, является наиболее агрессивной разновидностью опухоли. Новообразование обычно появляется на неизмененной коже. Клинически представляет собой узел, реже полиповидное образование на коже. Больные отмечают быстрое, в течение нескольких месяцев, удвоение объема узла, его раннее изъязвление и кровоточивость. Наиболее частой локализацией является кожа спины, шеи, головы, конечностей. Гистологически выявляется инвазия атипичных меланоцитов на разную глубину дермы и подкожной жировой клетчатки.

# Узловая меланома



# Меланома типа злокачественного лентиго

- Меланома типа злокачественного лентиго составляет около 10-13% всех меланом. И характеризуется длительной фазой горизонтального роста. В типичных случаях возникает у пожилых людей на открытых участках кожи лица и шеи в виде пятен или бляшки черно-коричневого цвета. Этот тип меланомы менее агрессивен, чем другие плоские меланомы. Акральная меланома возникает в ложе ногтя и составляет около 8% всех меланом кожи. Обычно представляет собой темное пятно под ногтем, что крайне затрудняет ее своевременную диагностику..

# Лентиго меланома кожи



# Злокачественная лентиго.



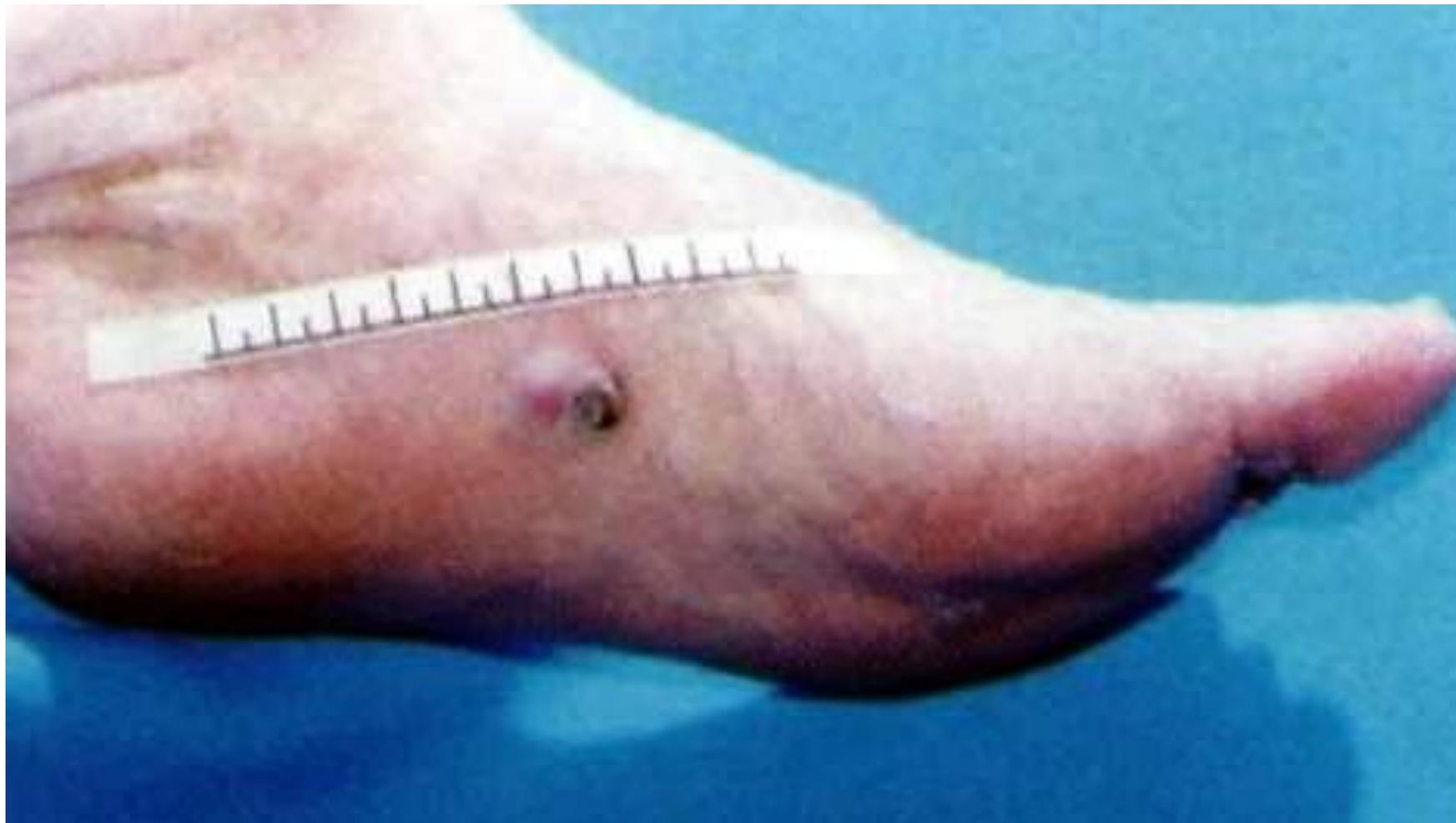
# Акральная меланома

- Акральная меланома возникает в ложе ногтя и составляет около 8% всех меланом кожи. Обычно представляет собой темное пятно под ногтем, что крайне затрудняет ее своевременную диагностику.

# Запущенная подногтевая меланома



# Акрально-лентигинозная меланома кожи (общий план)



Акрально-лентигиозная меланома кожи  
(крупный план)



# Метастазы

- Опухоль метастазирует лимфогенным и гематогенным путём.

# Диагностика меланомы

- Данные анамнеза
- субъективные ощущения больных и данные анамнеза
- Осмотр
- Физикальные методы ( пальпация )
- Методы специального обследования
  - анализ мочи на реакцию Якиша
  - Дерматоскопия
  - Термометическая диагностика
  - Радиофосфорная диагностика
  - Эхография
  - Рентгенологическая диагностика
  - Морфологическая диагностика ( гистологическое и цитологическое )

# Дифференциальная диагностика первичной меланомы кожи

- Пигментное невусное образование
- От предракового меланоза Дюбрейля
- Геморрагической ангиофибромы
- Тромбированная ангиома или ангиоэндотелиома

# Лечение

выбор метода лечения меланомы кожи в значительной мере зависит от особенностей ее роста и стадии распространения опухоли

- Хирургическое лечение
- Комбинированное лечение
- Комплексный метод ( химиотерапевтические и химиоиммунологические )
- Крионенное лечение
- Лучевая терапия

- Нарушение или полное отсутствие кожного рисунка
- Гиперпигментация образования
- Неравномерная окраска, частичное (неравномерное) или полное изменение окраски невус-меланомы
- Появление блестящей глянцевой поверхности



Появление воспалительной ареолы вокруг



Изменение конфигурации по периферии, «размывание» границ контура



Возникновение дочерних пигментированных или розовых образований (сателлитов) в коже вокруг невуса-меланомы



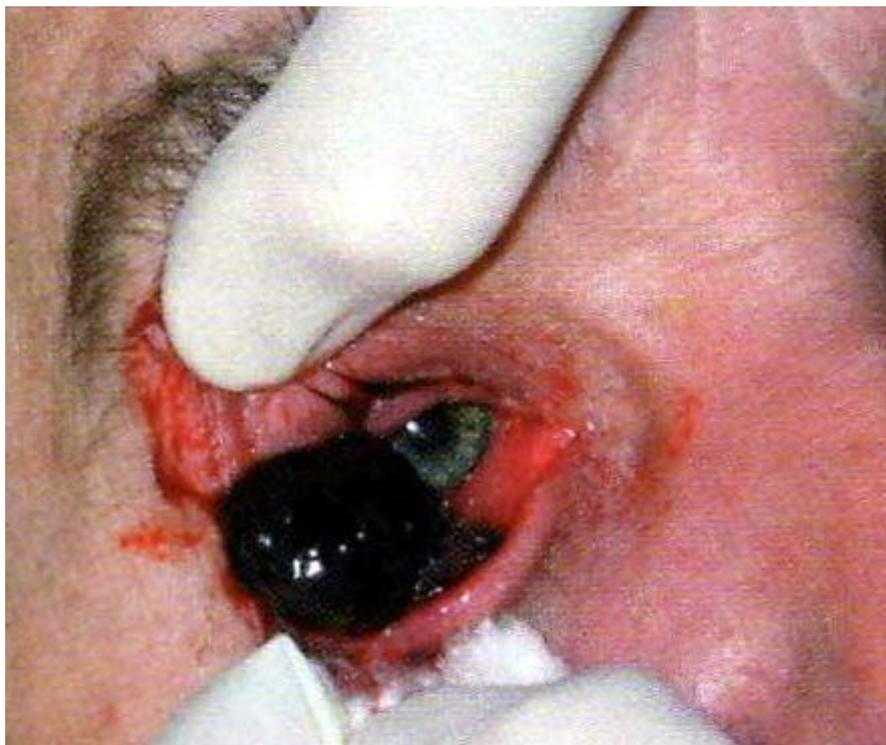
# Меланома с сателлитами



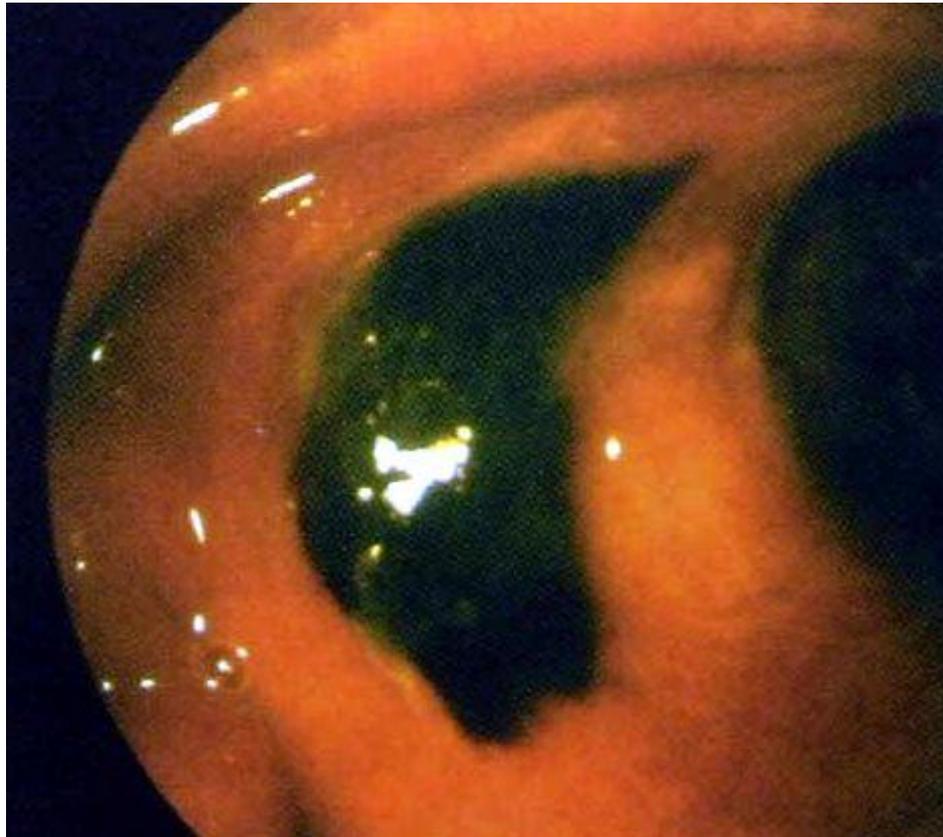
# Запущенная подногтевая меланома



# Меланома конъюнктивы



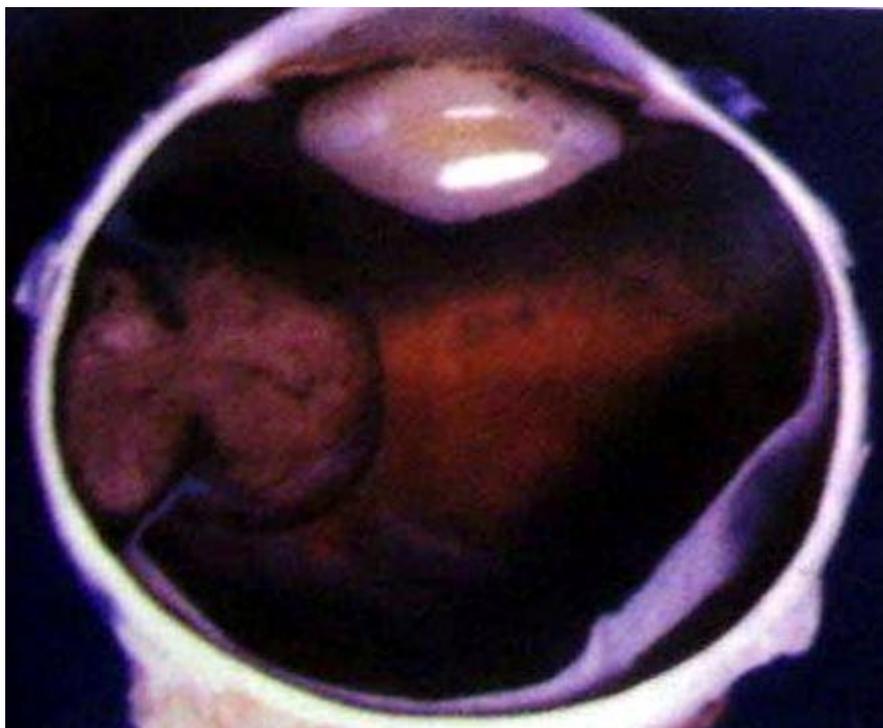
# Пигментированная меланома бульбарной конъюнктивы



# Грибовидная форма меланомы хориоидеи



# Энуклеированный глаз. Видна меланома хориоидеи



# Использованная литература

- Клиническая онкология том 2 ,афтар Хайржан Абисатов , ст.9 до 65

**спасибо за внимание**



**учите Географию**