

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования «Красноярский
государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.
Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской
Федерации**

Кафедра поликлинической терапии и семейной медицины с курсом ПО

Зав. кафедра: д.м.н. профессор Петрова М.М.

Реферат на тему:

" Злокачественные новообразования кожи"

Выполнил:

Врач - ординатор первого
года обучения кафедры
поликлинической терапии и
семейной медицины с
курсом ПО
Тодоякова Анна Олеговна

Красноярск 2019 г.

Оглавление

Введение.....	3
Рак кожи - общее описание	3
2. Предраковые заболевания и виды рака кожи.....	5
3. <i>Диагностика, лечение и профилактика болезни</i>	9
Заключение	13
Список использованной литературы:.....	15

Введение

Кожа является органом, контактирующим с внешней средой, и поэтому подвергается многообразным внешним воздействиям. Это способствует возникновению на коже злокачественных опухолей и множества доброкачественных опухолей и неопухолевых заболеваний.

Разнообразие кожной патологии, вариабельность течения злокачественных процессов приводят к тому, что злокачественные опухоли кожи не всегда распознаются своевременно, хотя являются опухолями визуальной локализации.

Актуальность темы реферата заключается в широком распространении рака кожи в России в последние годы, а также в высоком уровне летального исхода, особенно в случаях несвоевременной диагностики заболевания. Рак кожи является злокачественной опухолью, которая, на сегодняшний день, занимает в структуре онкопатологии в России второе место и у мужчин и у женщин. В связи с широкой распространенностью болезни, возникает необходимость информирования людей о ее симптомах и стадиях, чтобы мотивировать людей к самообследованию и своевременному обращению в медицинские учреждения в случае обнаружения подозрительных симптомов.

Рак кожи - общее описание

Рак кожи на сегодняшний день - одна из самых распространенных злокачественных опухолей. Рак кожи возникает, в основном, на открытых участках кожи, при этом большая часть опухолей развивается на лице, особенно часто рак появляется в области лба, носа, уголков глаз, височных областей и ушных раковин. На туловище и конечностях раковая опухоль появляется значительно реже.

Кожа человека представляет - это естественный живой барьер, который предохраняет организм от внешнего воздействия, поэтому она более чем другие ткани, подвержена неблагоприятному влиянию различных факторов - экологического, профессионального.

Развитие раковой опухоли зависит от многих жизненных привычек, но, при этом, невозможно предотвратить ни случайные, ни унаследованные изменения генов, которые приводят к непрерывному делению клеток. Рак является в этих случаях неизбежным.

Рак имеет несколько стадий развития. Далее подробно опишем каждую из стадий рака кожи.

Нулевая стадия характеризуется появлением раковых клеток и их расположением в поверхностном слое кожи. На этой стадии болезнь может быть выявлена случайно, при обследовании подозрительных элементов на

коже, при этом эффективность лечения болезни на этой стадии составляет 100%. [5]

Первая стадия рака диагностируется в случаях, когда новообразование не превышает в диаметре двух сантиметров. Оно постепенно прорастает в глубокие слои эпидермиса. Опухоль не вызывает появления метастазов в лимфатических узлах. На этой стадии рак можно полностью вылечить в случае, если лечение будет подобрано правильно.

На второй стадии рака кожи диаметр опухоли увеличивается, ее размер на этой стадии может составлять от двух до пяти сантиметров. Опухоль прорастает во все слои кожи и вызывает неприятные ощущения (зуд, жжение, боль). Образуется одиночный метастаз в лимфатическом узле. Признаки рака на новообразовании видны невооруженным глазом. После лечения рака кожи на этой стадии пациенты выживают лишь в половине случаев.

На третьей стадии диаметр опухоли становится больше пяти см. Она вызывает неприятные ощущения. На ее поверхности появляются язвы. Рак поражает мышцы, хрящи и кости над которыми находится. Периодически поднимается температура, ухудшается общее состояние. Метастазы образуются в ближайших (региональных) лимфатических узлах, отдаленные органы не поражаются. Больше пяти лет после лечения живут около 30% людей. [6]

На четвертой стадии опухоль становится крупной, имеет неровные края, покрывается кровоточащими язвами и корками. Рак вызывает сильную интоксикацию, которая проявляется в снижении веса пациента, слабости, тошноте и головных болях. Образуются метастазы в жизненно важных органах легких, печени, костях. Средняя выживаемость после лечения составляет 20%. [4]

Вышеперечисленные стадии развития рака относятся ко всем формам рака, кроме базальноклеточного. Этот вид рака не имеет стадий, при базальноклеточном раке происходит увеличение опухоли в размерах и разрушение окружающих её тканей.

Можно выделить некоторые факторы риска, которые способствуют развитию рака кожи. К таким факторам относятся [9]:

1. Действие ультрафиолетовых лучей, повреждающих ДНК и нарушающих ее репарацию. Этим фактором можно объяснить тот факт, что раковые опухоли в большинстве случаев возникают на открытых, выступающих частях лица, и то, что более высокая заболеваемость раком кожи наблюдается среди жителей южных регионов и лиц, длительное время пребывающих на солнце (сельскохозяйственные рабочие, рыбаки). В особенности способствует

вредному воздействию солнечной радиации влияние холодного, морского (соленого) ветра, вызывающего сухость кожи. Люди с темной кожей - коренные жители южных стран (средняя Азия, Закавказье, Африка) менее подвержены действию солнечной радиации, и среди них рак кожи встречается крайне редко.

2. Влияние химических канцерогенов, которые содержатся в продуктах переработки органического топлива (мазут, сажа и др.). Это объясняет возникновение рака кожи мошонки у английских трубочистов, рак кожи ткачей вследствие контакта со смазочными маслами и др. Подтверждают канцерогенное действие полициклических ароматических углеводородов классические опыты Ямагивы и Ичикавы, получивших экспериментальный рак уха кролика после многократного смазывания каменноугольным дегтем.

3. Действие ионизирующей радиации стало известно вскоре после открытия рентгеновских лучей (рак кожи рентгенологов, работавших без защиты).

4. Длительное термическое действие. Примером может служить рак кангри, возникающий на коже живота у жителей северных районов Индии и в Непале, носящих для согревания горшочки с раскаленным углем.

5. Есть также предположение о дисэмбриогенетическом происхождении рака кожи на основании того, что опухоль часто возникает по линиям схождения эмбриональных лицевых складок.

2. Предраковые заболевания и виды рака кожи

2.1 Предраковые заболевания

Предраковые заболевания кожи делятся на два вида: облигатные - заболевания, которые всегда переходят в рак, факультативные, имеющие высокую степень риска малигнизации, но далеко не всегда переходящие в рак. К облигатным предраковым заболеваниям кожи относятся: пигментная ксеродерма, болезнь Боуэна, болезнь Педжета и эритроплазию Кейра.

Пигментная ксеродерма - наследственное заболевание, обусловленное врожденной дистрофией кожи, проявляется в форме повышенной чувствительности к ультрафиолетовому облучению. Под действием инсоляции появляется дерматит, появляются пигментные пятна, наступает атрофия кожи с очагами гиперкератоза и расширением сосудов.

Бородавчатые разрастания переходят во множественные очаги рака.[14]

Болезнь Боуэна - внутриэпидермальное новообразование кожи и слизистых, которое может прогрессировать в инвазивный рак. Представляет собой ярко-красную бляшку с неровными контурами, выраженным шелушением, гиперкератозом, бородавчатыми разрастаниями. Патологические очаги могут располагаться на голове, конечностях, половых органах. Диагностика

болезни Боуэна осуществляется путем визуального осмотра и дерматоскопии, подтвержденных результатами биопсии новообразования. В лечении болезни Боуэна применяют криодеструкцию (метод локального воздействия низких температур), электрокоагуляцию (прижигание скоординированным электрическим током), рентгенотерапию, хирургическое иссечение очага.

Болезнь Педжета - околососковый рак молочной железы, но может возникать на коже промежности и половых органов. Лечение хирургическое.

Эритроплазия Кейра (второе название заболевания - эпителиома бархатистая) является предраковым поражением слизистых оболочек. В подавляющем большинстве случаев эритроплазия Кейра возникает на головке полового члена, поэтому это заболевание считается мужским. Намного реже болезнь Кейра поражает слизистые женских половых органов, перианальную области и слизистые ротовой полости.

К факультативным предракам относятся [10]:

1. Старческий дискератоз (ороговение кожи) и кератоакантома (быстро растущая доброкачественная эпидермальная опухоль волосяных фолликулов), имеющие вид коричневатых бляшек на лице, шее, тыле кистей рук.
2. Хронические дерматиты (воспаления кожных покровов), которые возникают в результате рентгеновского облучения, контакта с химическими канцерогенами, препаратами мышьяка и др.
3. Трофические язвы (длительно не заживающие дефекты кожи, которые появляются из-за нарушения кровоснабжения кожи), рубцы после ожогов, перенесенной волчанки, сифилиса.
4. Кожный рог, который представляет собой участок избыточного ороговения кожи в виде плотного, темно-коричневого сосочка.
5. Бородавки и папилломы при их постоянной травме (бритье, прижигания ляписом), атеромы (доброкачественные опухоли, образуются в результате закупорки выводного протока сальной железы).

2.2 Виды рака кожи

Существуют следующие виды злокачественных опухолей кожи[2]:

- базалиома (базальноклеточная эпителиома);
- плоскоклеточный рак (сквамозно-клеточная карцинома);

- меланома;
- саркома Капоши;
- лимфомы кожи.

Базалиома (базальноклеточный рак кожи) является самой распространенной формой рака кожи. Этот вид рака характеризуется медленным ростом. Базалиома хорошо поддается лечению. Она может глубоко прорасти в ткани, но не дает отдаленных метастазов. Встречается преимущественно у лиц пожилого и старческого возраста. Чаще всего этот вид рака кожи возникает на лице.[4] Первые признаки рака кожи - базалиомы появление безболезненного узелка или группы мелких узелков диаметром 2-5 мм, плоской или полушаровидной формы, цвет - розоватой или телесный. Узелок медленно растет, или группа узелков сливается в один. В течение нескольких лет достигает 1-2 см. Следующий признак рака кожи - базилома, вернее следующий этап развития - это когда центральная часть узелка распадается и покрывается кровянистой корочкой, при отторжении которой обнаруживается кровоточащая язвочка. По ее периферии наблюдается узкий валик, розоватой или коричневой окраски.[15] При легком натяжении видно, что утолщенные с валиком края базалиомы состоят миниатюрных опухолевидных узелочков. Базалиома может превратиться: в большую (более 10 см) плоскую бляшку с шелушащейся поверхностью или в возвышающийся над поверхностью кожи грибовидный узел, или в глубокую язву. Базилома может выглядеть так же, как грубый шрам, может принять вид красного плоского легко кровоточащего пятна или мясистой опухоли с вогнутым центром.

Клеточный рак кожи - это один из синонимов базалиомы. Поэтому он протекает по такому же типу, что и вышеописанная болезнь. Стоит отметить, что, несмотря на довольно редкое метастазирование, эта разновидность все же может давать «ростки». В таких случаях прогноз выживаемости крайне низкий и люди, страдающие от клеточного рака с метастазами, живут не более года.[7]

Плоскоклеточный рак кожи. Первые признаки плоскоклеточного рака кожи - образование твердого, узловатого или плоского нароста с корочкой, покрытой язвами или чешуйками, размером 2-3 мм. Появляется чаще на лице, ушах, шее, руках.

К признакам плоскоклеточного рака относятся [6]:

- твердая опухоль красного цвета на открытых участках кожи
- чешуйчатый участок кожи, который кровоточит или покрывается чешуйками, размер этого участка может быстро увеличиться.

- кожный нарост, который выглядит как бородавка.

- У курильщиков плоскоклеточный рак может выглядеть, как утолщение на нижней губе.

Более поздние признаки плоскоклеточного рака кожи: опухоль увеличивается, достигает размера грецкого ореха, может возвышаться над кожей, а может прорасти вглубь, разрушая мышцы и кости. Язвы на поверхности опухоли не поддаются лечению, опухоль вызывает боль. Рак кожи этого типа дает метастазы в ближайшие лимфатические узлы

Меланома -- самая злокачественная форма рака кожи, встречается довольно редко. Одной из главных причин меланомы является слишком долгое пребывание на солнце или в солярии. В группу риска входят люди, которые в детстве сильно обгорели на солнце - до появления волдырей. Чаше меланомой болеют светлокожие люди в южных странах. Также этот вид рака кожи может развиваться в результате травмирования родинки.

Признаки рака кожи - меланомы[2]:

- легко кровоточащее уплотнение кожи

- плоский, слегка приподнятый, куполообразный или бугристый узел с равномерной темной окраской.

- главный признак этого вида рака кожи - быстрое метастазирование в близлежащий кожный покров - вокруг меланомы образуются новые узелки, в дальнейшем они появляются по всему телу. Меланома очень быстро дает в метастазы во внутренние органы.

Отличие здорового родимого пятна от меланомы:

1. У меланомы более неровная граница, размытая, с зазубринами.

2. Меланома имеет более несимметричную форму.

3. У меланомы может быть неравномерная окраска.

4. Если родинка начала увеличиваться, менять форму, текстуру, появился зуд, боль, кровоточивость - следует немедленно обратиться к врачу-онкологу.

Саркома Капоши (множественная геморрагическая идеопатическая саркома Капоши, ангиосаркома Капоши, ангиоэндотелиома кожи) -- множественные злокачественные поражения дермы, развивающиеся из эндотелия проходящих в ней лимфатических и кровеносных сосудов. Зачастую

заболевание сопровождается поражением слизистой рта и лимфатических узлов. Проявляется саркома Капоши множественными синюшно-красноватыми пятнами на коже, трансформирующимися в опухолевые узлы до 5 см в диаметре. Диагностика саркомы Капоши включает гистологию биопсийного образца из очага поражения, исследование иммунитета и анализ крови на ВИЧ. Лечение проводится путем системного и местного применения химиопрепаратов и интерферонов, лучевым воздействием на опухолевые узлы, криотерапией.[11]

Лимфома кожи -- опухолевые поражения кожи, возникающие в результате злокачественного размножения в ней лимфоцитов. В зависимости от вида размножающихся лимфоцитов различают Т- и В-клеточные лимфомы. Заболевание проявляется образованием на коже узелков, бляшек или эритродермических участков, что сопровождается увеличением лимфатических узлов. Диагностика проводится путем гистологического исследования биопсийного материала из пораженного участка. В лечении лимфомы кожи применяется химиотерапия, лучевая терапия, ПУВА-терапия, экстракорпоральный фотофорез.[13] рак кожа злокачественный опухоль

3. Диагностика, лечение и профилактика болезни

3.1 Диагностика рака кожи

Больные раком кожи обычно предъявляют жалобы на появление безболезненной язвы или опухолевидного образования на коже, не исчезающих в течение нескольких недель или месяцев. При развитии рака на фоне предопухолевых процессов пациенты отмечают изменение внешнего вида длительно существовавшего образования (изъязвление, уплотнение основания, увеличение в размерах), а также отсутствие эффекта от консервативного лечения.

Диагностика рака кожи в подавляющем большинстве случаев не представляет затруднений. Обязательным компонентом наряду с обследованием первичного опухолевого очага является полный осмотр кожных покровов при хорошем освещении, при необходимости с использованием методов оптического усиления (лупа, дерматоскоп) и пальпаторное исследование регионарных лимфатических узлов. При наличии увеличенных регионарных лимфатических узлов выполняется тонкоигольная пункционная (аспирационная) биопсия.[12]

Обязательны цитологическое или гистологическое подтверждение диагноза.

Для проведения цитологического исследования материал получают путем приготовления мазков-отпечатков, соскобов из новообразования или пункции опухоли. При взятии материала необходимо освободить поверхность опухоли от видимых омертвевших частиц, корок и струпов и

удалить выступившие капельки крови. Матки готовят, растирая полученный материал тонким слоем между двумя предметными стеклами.

Отрицательный результат гистологического исследования не является поводом для исключения диагноза опухоли кожи.

Гистологическое исследование - наиболее достоверный метод диагностики опухолей кожи. При биопсии кожи и подкожных тканей обычно используется местная инфильтрационная анестезия. Иглу шприца с анестетиком направляют перпендикулярно к поверхности кожи и вводят в глубокие слои дермы (но не через опухоль). Препарат вводят медленно, в минимальном объеме, необходимом для обезболивания.

Способы биопсии [13]:

- инцизионная биопсия - скальпелем клиновидно иссекают небольшой фрагмент из края опухоли с участком визуально неизменной кожи. Этот метод используется для диагностики больших и изъязвленных опухолей;

- эксцизионная (тотальная) биопсия - удаление новообразования целиком с последующим гистологическим исследованием. В этом случае новообразование удаляют с захватом всех слоев кожи в пределах видимых здоровых тканей. Рана ушивается. С помощью эксцизионной биопсии можно удалять доброкачественные опухоли кожи. Оптимальный косметический результат может быть получен при размерах поражения до 1 см на конечностях и 0,5 см на лице.

В обязательный минимум обследования включаются лабораторные анализы мочи и крови, рентгенографическое исследование органов грудной клетки.

Дополнительные методы исследования (ультразвуковое исследование органов брюшной полости и регионарных лимфатических узлов, рентгенография костей или компьютерная томография пораженной области) выполняются по индивидуальным показаниям при первично-распространённых опухолевых процессах и метастатических формах опухоли.

3.2. Лечение рака кожи и меры профилактики

Клиническая классификация злокачественных опухолей [15]:

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 до 5 см в наибольшем измерении.
- T3 -- опухоль более 5 см в наибольшем измерении.
- T4 -- опухоль, прорастающая в глубокие экстрадермальные структуры, хрящ, мышцы, кости.

Лечение рака кожи проводится с учетом стадии процесса, локализации опухоли, ее гистологического строения. Основными методами являются хирургический и лучевой в самостоятельном или комбинированном виде. При раке кожи первой и второй стадии лучевая терапия и хирургическое лечение - альтернативные методы. При этом учитываются противопоказания к операции, высокая степень операционного риска и локализация опухоли в сложных топографо-анатомических областях (крыло носа, угол глаза, ушная раковина и др.).[2]

Хирургическое лечение - наиболее качественный и эффективный метод, поскольку позволяет контролировать радикальность вмешательства путем микроскопического изучения краев отсечения. Опухоль иссекают, отступив от ее видимых краев по 1-2 см во все стороны. При базалиомах T1- T2 допустимо проводить разрез кожи на расстоянии не менее 0,5 см от края опухоли. В блок удаляемых тканей включают новообразование с окружающей его кожей и подкожно-жировой клетчаткой. В случае вовлечения в опухолевый процесс подлежащих структур (мышцы, кости), последние резецируют (радикальность оперативного вмешательства контролируют интраоперационным гистологическим исследованием). Если послеоперационный дефект кожи невозможно устранить сведением краев раны, выполняется первичная кожная пластика. Регионарная лимфодиссекция показана исключительно при наличии метастазов в лимфатических узлах. Показанием к ампутации конечности является вовлечение сосудисто-нервного пучка и кости на большом протяжении.

Применение высокоинтенсивного лазерного излучения с целью иссечения или вапоризации злокачественных опухолей кожи до настоящего времени не стало стандартом, главным образом в связи недостаточным контролем радикальности вмешательства.

Лучевое лечение применяется в самостоятельном виде при распространённости опухоли T1- T2 в форме более короткофокусной рентгенотерапии или контактной лучевой терапии в суммарной очаговой дозе 60-70 Гр. При выявлении неполной резорбции опухоли через 1-1,5 месяца выполняется ее хирургическое удаление или, при наличии

противопоказаний к операции, проводится дополнительное короткофокусное облучение в дозе 20-30 Гр. Эффективность лучевой терапии снижается при лечении инфильтративных форм рака кожи и локализации новообразований в области углов глаз, на носу, ушной раковине. К недостаткам метода относится длительность лечения (до 1 месяца) и лучевые повреждения здоровых тканей (лучевая язва, перихондриты, атрофические рубцы).

При более распространенных опухолях (T3-T4) лучевая терапия применяется в рамках комбинированного лечения или при наличии противопоказаний к хирургическому вмешательству. С этой целью используется электронотерапия, телегамма-терапия и сочетанная лучевая терапия (с дополнительной контактной лучевой терапией). Преимущество имеет электронотерапия. Выбор энергии электронного пучка (5-15 МэВ) определяется толщиной опухоли.

Другие методы лечения (криодеструкция, фотодинамическая терапия, местное лекарственное лечение) применяются при раке *in situ*, поверхностных формах базальноклеточного рака кожи, небольших ограниченных поражениях плоскоклеточного рака или наличии противопоказаний к стандартным методам лечения. Эффективность этих методов несколько ниже по сравнению с хирургией и лучевой терапией. Однако они позволяют получить хороший косметический эффект.

Криогенное лечение заключается в замораживании опухоли и окружающих ее тканей контактным способом с использованием жидкого азота. Недостатком криогенного лечения являются отсутствие гистологического контроля радикальности удаления опухоли и нестандартизированные время и температура холодового воздействия. К достоинствам - удовлетворительный косметический эффект.

Фотодинамическая терапия (ФДТ) основана на способности некоторых химических соединений (фотосенсибилизаторов) накапливаться преимущественно в опухолевой ткани и под воздействием лазерного излучения вызывать фотохимические реакции с выделением синглетного кислорода и других высокоактивных радикалов, приводящих к гибели опухолевых клеток. В качестве фотосенсибилизаторов используют гематопорфирины, 5-аминолевуленовую кислоту и другие препараты, которые вводят больному до облучения или наносят в виде крема на опухолевый очаг. Главными преимуществами ФДТ являются: более избирательное повреждение опухолевых клеток по сравнению с лучевой терапией, быстрое заживление, хороший косметический эффект и возможность повторного лечения.

Местное лекарственное лечение проводится путем многократных аппликаций 5-фторурацилового крема. Применение этого метода позволяет

значительно уменьшить необходимость в хирургических вмешательствах при множественных очагах базальноклеточного рака. Однако метод показан главным образом при поверхностных опухолях. В настоящее время изучаются возможности повышения его эффективности.[9]

Системная химиотерапия является альтернативным методом лечения при крупных, неоперабельных плоскоклеточных опухолях. Применяется цисплатин, блеомицин, метотрексат. В отдельных случаях показана полихимиотерапия.

Мерами профилактики рака кожи являются[3]:

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

Заключение

Рак кожи - это злокачественная опухоль, которая, на сегодняшний день, очень широко распространена. Существует пять стадий развития рака и, если на нулевой стадии заболевания вероятность излечения составляет сто процентов, то средняя выживаемость больных на последней стадии составляет всего лишь двадцать процентов.

Исходя из этого, можно сделать вывод о том, что диагностика рака на ранних стадиях имеет очень большое значение для снижения смертности людей от рака.

Рак развивается всегда из таких заболеваний, как пигментная ксеродерма, болезнь Боуэна и болезнь Педжета, эритроплазия Кейра. Эти болезни называют облигатными. Помимо облигатных, существуют еще факультативные заболевания, имеющие высокую степень риска малигнизации, к ним относятся хронические дерматиты, трофические язвы, бородавки, папилломы и прочее.

Рак кожи -- это понятие, объединяющее целый ряд злокачественных кожных опухолей, таких как базалиома; плоскоклеточный рак; меланома; саркома

Капоши; лимфомы кожи. Таким образом, виды рака кожи -- это, по сути, разновидности злокачественных кожных опухолей.

Для диагностики рака применяют такие методы, как:

1. обследование первичного опухолевого очага, полный осмотр кожных покровов, при необходимости с использованием методов оптического усиления (лупа, дерматоскоп);
2. пальпация регионарных лимфатических узлов;
3. При наличии увеличенных регионарных лимфатических узлов выполняется тонкоигольная пункционная (аспирационная) биопсия.
4. цитологическое исследование;
5. гистологическое исследование.

Лечение рака кожи проводится с учетом стадии процесса, локализации опухоли, ее гистологического строения. Основные методы лечения: хирургический и лучевой в самостоятельном или комбинированном виде, при раке кожи первой и второй стадии применяется лучевая терапия и хирургическое лечение, как альтернативные методы.

Профилактика рака кожи заключается в рациональном и своевременном лечении предраковых поражений.

Необходимы санитарно-просветительная работа с информацией о ранних признаках злокачественных опухолей кожи, о вреде интенсивного и длительного загара, выделение групп повышенного риска, подлежащих регулярным медицинским осмотрам.

Большая роль в ранней диагностике кожных новообразований отводится врачу общей практики (семейный терапевт), который должен при обследовании пациентов осматривать кожные покровы, а также врачам различных специальностей, к которым на первом этапе обращаются больные с опухолями кожных покровов.

Итак, в работе были рассмотрены предраковые заболевания, виды, методы лечения и профилактики рака кожи. Все задачи, поставленные при написании работы, были решены, цель работы достигнута.

Проблема злокачественной патологии кожи становится все более актуальной. В связи с этим при появлении первых признаков или предраковых заболеваний необходимо обратиться к специалисту.

Список использованной литературы:

1. Айвазов А.Г. Совершенствование методов диагностики и лечения базально-клеточного рака кожи: дис. . канд. мед. наук. Тверь, 2012. - 120 с.
2. Анищенко И.С., Важенин А.В. Плоскоклеточный рак кожи: клиника, диагностика, лечение. Челябинск: Урал LTD, 2011. - 141 с.
3. Ю.Галил-Оглы Г.А., Молочков В.А., Сергеев Ю.В. Дерматоонкология. - М.: Медицина для всех. 2005. - 872 с.
4. Герасимов А.Н. Медицинская статистика: учебное пособие. -- М.: «Медицинское информационное агентство». -- 2014. -- 480 с.
5. Гланц С. Медико-биологическая статистика: пер. с англ./ М.: Практика, 1998. - 459 с.
6. Денисов Л.Е., Курдина М.И., Потекаев Н.С., Володин В.Д. Активное выявление злокачественных новообразований кожи. М., 2015. -- 151 с.
7. Дубенский В.В., Гармонов А.А. Современные аспекты эпидемиологии, патогенеза, клиники и лечения базальноклеточного рака кожи// Вестн. дерматол. и венерол. -- 2004. №6. - С.7-12.
8. Кубанова А.А., Мартынов А. А. Место злокачественных новообразований кожи в структуре онкологической заболеваемости населения Российской Федерации/// Вестн. дерматол. и венерол. 2011.- №6. -- С.4-7.
9. Нефедов О.Н. Медико-социальное исследование рака кожи (распространенность, факторы риска, совершенствование специализированной помощи): автореф. дис. . канд. мед. наук. -- СПб., 2010. 18 с.
10. Практическая онкология: избранные лекции/ Под ред. Тюляндина С.А., Моисеенко В.М. С-Пб.: Центр ТОММ, 2014. - 784 с.
11. Снарская Е.С., Молочков В.А. Базалиома. М.: Медицина, 2013.-136 с.
12. Хлебникова А.Н. Клинико-морфологические и иммуногистохимические особенности различных форм базальноклеточного рака кожи и комплексный метод его лечения: автореф. дис. . д-ра мед. наук. М., 2014. 37 с.
13. Энциклопедия клинической онкологии: руководство для практических врачей/ Под ред. М.И. Давыдова, Г.Л. Вышковского. М.: РЛС-2015, 2014. -- С.345-349.

14. <http://www.who.int/ru/> [Электронный ресурс]: Официальный сайт ВОЗ на русском языке

15. <http://www.medvestnik.ru/> [Электронный ресурс]: Медвестник. Портал российского врача

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации

КАФЕДРА поликлинической терапии и семейной медицины с курсом ПО

Рецензия врача – онколога к.м.н. Семёнова Эдуарда Васильевича на реферат ординатора первого года обучения специальности Общей врачебной практики (семейной медицины) Тодояковой Анны Олеговны по теме: «Злокачественные новообразования кожи».

Рецензия на реферат – это критический отзыв о проведенной самостоятельной работе ординатора с литературой по выбранной специальности обучения, включающий анализ степени раскрытия выбранной тематики, перечисление возможных недочетов и рекомендации по оценке. Ознакомившись с рефератом, преподаватель убеждается в том, что ординатор владеет описанным материалом, умеет его анализировать и способен аргументированно защищать свою точку зрения. Написание реферата производится в произвольной форме, однако, автор должен придерживаться определенных негласных требований по содержанию. Для большего удобства, экономии времени и повышения наглядности качества работ, нами были введены стандартизированные критерии оценки рефератов.

Основные оценочные критерии рецензии на реферат ординатора первого года обучения специальности общей врачебной практики (семейная медицина):

Оценочный критерий	Положительный отрицательный
1. Структурированность	—
2. Наличие орфографических ошибок	—
3. Соответствие текста реферата его теме	—
4. Владение терминологией	—
5. Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	—
6. Логичность доказательной базы	—
7. Умение аргументировать основные положения и выводы	—
8. Круг использования известных научных источников	—
9. Умение сделать общий вывод	—

Итоговая оценка: положительная/отрицательная

Комментарии рецензента: _____

Дата: 12.3.14

Подпись рецензента:

Подпись ординатора: