

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧЕРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ ПРОФЕССОРА В.Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО»
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра онкологии и лучевой терапии с курсом ПО

Зав.кафедрой д.м.н., профессор Зуков Р.А.

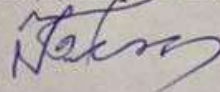
РЕФЕРАТ

Тема: «Рак кожи»

Проверил:

Руководитель ординатуры, к.м.н., доцент

Гаврилюк Дмитрий Владимирович



Выполнила:

Клинический ординатор 1 года обучения

По специальности 31.08.57 Онкология

Ярыгина Зарина Хан

Красноярск, 2021г.

Содержание

1. Введение	3
2. История онкологии	4
3. Рак кожи	5
4. Предраковые заболевания	8
5. Виды рака	9
6. Стадии и методы лечения рака кожи	11
7. Заключение	13
8. Список литературы	14

Введение

Рак кожи относится к простым формам рака, развивающегося у человека, и также, является одним из наиболее распространенных форм рака, при этом заболеваемость им растет ежегодно. Ежегодно, регистрируется миллион новых случаев рака кожи.

Кожа человека представляет собой естественный живой барьер, предохраняющий организм от воздействия извне, и поэтому она более чем другие ткани, подвержена воздействию неблагоприятных экологических и профессиональных факторов.

Сложная структура кожи включает в себя клетки различных тканей, каждая из которых может подвергнуться злокачественной трансформации. Этим объясняется большое количество различных типов опухолей, которые могут возникать в коже.

В данном реферате рассмотрим причины возникновения рака кожи, симптомы, методы профилактики и лечения.

История онкологии

Опухоли (новообразования) человека известны с древнейших времен. Еще Гиппократ описал отдельные формы опухолей. **Хирургические методы лечения опухолей** использовали в медицинских школах древнего Египта, Китая, Индии, у инков Перу и др. Однако, несмотря на значительный интерес к вопросу возникновения и роста опухолей, несмотря на многообразные попытки их лечения, в продолжение ряда веков уровень медицинской науки не позволял глубоко изучить данные процессы. Это стало возможным только с изобретением во второй половине XIX века микроскопа и развитием патологической анатомии.

Наблюдение так называемого **профессионального рака** сыграло выдающуюся роль в изучении причин появления опухолей. В 1775 г. английский хирург П. Потт описал рак кожи мошонки у трубочистов, возникший в результате длительного загрязнения сажей, частицами дыма и продуктами перегонки каменного угля. Эти факты послужили основанием для исследования 1915-1916 гг., когда японские ученые Ямагива и Ичикава стали смазывать кожу ушей кроликов каменноугольной смолой и получили экспериментальный рак. В дальнейшем в 1932-1933 гг. работы Кинеуея, Хигера, Кука и их сотрудников установили, что действующим канцерогенным началом различных смол являются полициклические ароматические углеводороды (ПАУ) и, в частности, бензопирен. В настоящее время, наряду с углеводородами, известны канцерогенные вещества, принадлежащие к другим классам химических соединений – аминоксотиные соединения, циклические амины, нитрозосоединения, афлатоксины и т.д.

Отдельные наблюдения профессиональных заболеваний человека и многочисленные опыты на животных показали, что **канцерогенным действием** могут обладать рентгеновские и ультрафиолетовые лучи, радий и радиоактивные вещества.

Важным этапом в истории онкологии явилось открытие Раусом в 1910-1911 гг. вирусной природы некоторых сарком кур.

Изучение канцерогенных углеводородов побудило к разработке точных количественных методов их обнаружения в различных компонентах внешней среды. На основании результатов этих исследований был разработан ряд рекомендаций по **профилактике рака**.

Наибольший размах приобрела экспериментальная и клиническая работа по **химиотерапии опухолей**. К традиционным методам лечения опухолей – хирургическому и лучевому – прибавилось лекарственное лечение.

Несмотря на то, что злокачественные опухоли известны с древних времен, **онкология** (от греческого *oncos* – опухоль, *logos* – слово, наука) является молодой наукой – ей не более 100 лет, а полноценное развитие ее началось лишь в XX веке. Основные ее задачи: выяснение причин новообразований, разработка методов профилактики, способов раннего распознавания и успешного лечения.

Рак кожи

Рак кожи является одним из наиболее распространенных опухолей. Он возникает преимущественно на открытых частях тела, причём более 70% опухолей развивается на лице. Излюбленными местами расположения опухоли является лоб, нос, углы глаз, височные области и ушные раковины. На туловище и конечностях опухоль возникает в 10%.

Кожа человека представляет собой естественный живой барьер, предохраняющий организм от воздействия извне, и поэтому она более чем другие ткани, подвержена воздействию неблагоприятных экологических и профессиональных факторов.

Возникновение раковой опухоли зависит от многих жизненных привычек, но, конечно, не от всех. Нельзя предотвратить ни случайные, ни унаследованные изменения генов, которые приводят к непрерывному делению клеток. Рак является в этих случаях неизбежным.

Факторы риска, способствующие развитию рака кожи

1. Действие ультрафиолетовых лучей, повреждающих ДНК и нарушающих ее репарацию. Этот фактор объясняет наиболее частое возникновение рака на выступающих частях лица (нос, ушные раковины, скулы) и причину более высокой заболеваемости среди жителей южных регионов и лиц, длительное время пребывающих на солнце (сельскохозяйственные рабочие, рыбаки). Считают, что способствует канцерогенному действию 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. Действие химических канцерогенов, содержащихся в продуктах переработки органического топлива (каменноугольная смола, мазут, сажа и др.). Это объясняет возникновение рака кожи мошонки у английских трубочистов, рак кожи ткачей вследствие контакта со смазочными маслами и др. Подтверждение канцерогенного действия полициклических ароматических углеводородов нашло в классических опытах 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. Высказано также предположение о дисэмбриогенетическом происхождении рака кожи на основании того, что опухоль часто возникает по линиям схождения эмбриональных лицевых складок.

Мерами профилактики рака кожи являются:

- 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.

Предраковые заболевания

Предраковые заболевания кожи могут быть облигатными, всегда переходящими в рак, и факультативными, переходящими в рак не всегда, но имеющими высокую степень риска малигнизации. К облигатным предракам кожи относятся пигментная ксеродерма, болезнь Боуэна и 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. Бородавчатые разрастания переходят во множественные очаги рака.

Болезнь Боуэна представляет собой очаг гиперкератоза и акантоза, имеющий вид бляшки красновато-коричневого цвета, постепенно дающего изъязвление или разрастания, свидетельствующие о переходе в рак. Лечение хирургическое или криодеструкцией.

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

К факультативным предракам относятся:

1. Старческий дискератоз 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.
3. Трофические язвы, рубцы после ожогов, перенесенной волчанки, сифилиса.
4. Кожный рог - участок избыточного ороговения в виде плотного, темно-коричневого сосочка.
5. Бородавки и папилломы при их постоянной травме (бритье, прижигания ляписом), атеромы.

Виды рака кожи

Базалиома (базально-клеточный рак кожи) – наиболее распространенная форма рака кожи, 70% рака кожи - базалиомы. 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. 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 – базиломы, 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. 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.

Плоскоклеточного рака 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:

- 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. Чаще меланомой болеют светлокожие люди в южных странах. Также этот вид рака кожи может развиваться в результате травматизации родинки.

Признаки рака кожи — меланомы:

- 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 метастазы во внутренние органы.

Как отличить здоровое родимое пятно 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

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. Чаще меланомой болеют светлокожие люди в южных странах. Также этот вид рака кожи может развиваться в результате травматизации родинки.

Признаки рака кожи — меланомы:

- 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 метастазы во внутренние органы.

Как отличить здоровое родимое пятно 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

Стадии и методы лечения рака кожи

Стадии рака кожи

I стадия - опухоль (язва) не более 2 см в Д, не проникающая глубже дермы, подвижная, без метастазов в лимфоузлах.

II стадий - опухоль от 2 до 5 см в Д, прорастающая всю толщу кожи, или при наличии одиночного метастаза в регионарном лимфоузле.

III стадия - опухоль более 5 см в Д, прорастающая подлежащие мягкие ткани, или с множественными метастазами в лимфоузлах.

IV стадия - опухоль прорастающая кость или хрящ, или с неподвижными метастазами в лимфоузлах, или с наличием отдаленных метастазов.

Диагностика не вызывает затруднений на основании данных осмотра. Валикообразный восковидный край хорошо виден через лупу. Консистенция язвы плотная. Осмотром и ощупыванием опухоли и регионарных лимфоузлов определяется форма роста и стадия заболевания. Окончательный диагноз устанавливается в результате цитологического исследования мазков-отпечатков или соскоба. Предварительно необходимо удалить покрывающую язву корочку. Микроскопическое исследование позволяет определить гистологическое строение опухоли, что важно для выбора метода лечения. Биопсию следует производить с края опухоли, чтобы не получить бесструктурную некротическую ткань.

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.

При расположении рака на голове и особенно на лице необходимо учитывать косметические последствия лечения, что, однако не должно снижать требований к радикальности лечения.

Лучевая терапия получила распространение при опухолях небольших размеров. Суммарная доза в 50–70 Грей обеспечивает значительный процент хороших результатов. Хуже результаты при инфильтрирующей форме, а также при новообразованиях, расположенных в углах глаз, на носу, ушной раковине и на участках вблизи хряща. Недостатками метода являются лучевые

повреждения здоровых тканей (перихондриты, лучевые язвы), а также большая (более 1 месяца) продолжительность лечения.

Хирургическое лечение применяют в большинстве случаев при раке туловищ и конечностей. Опухоль иссекают на расстоянии 1–2 см от видимого края. Криогенное воздействие осуществляется с помощью жидкого азота. Вызываемый охлаждением некроз тканей приводит к разрушению новообразования с последующим заживлением без грубых рубцов. Метод может быть применен при неглубокой инфильтрации кожи. Лечение лучами лазера также достаточно эффективно. Для некроза опухоли как правило достаточно одного сеанса. Заживление участка некроза происходит с образованием тонкого эластичного рубца.

Лекарственное лечение используется только как компонент комбинированного лечения, которое, кроме того, включает операцию и пред- или послеоперационную лучевую терапию.

Лечение при рецидивах рака кожи Методом выбора в лечении рецидивов рака кожи является хирургическое иссечение рецидивной опухоли с последующей пластикой образовавшихся дефектов.

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.

Заключение

Мы рассмотрели причины, виды, методы лечения и профилактики рака кожи.

Проблема злокачественной патологии кожи становится все более актуальной. В связи с этим при появлении первых признаков или предраковых заболеваний необходимо обратиться к специалисту. Необходимо заботиться о своем здоровье и не подвергать себя воздействиям тех факторов, которые способствуют развитию рака кожи.

Список литературы

1. Ежова М. Н. Современные методы терапии различных форм базально-клеточного рака кожи // Российский журнал кожных и венерических болезней. 1998. №2, С. 8—12.
2. Молочков В. А. Плоскоклеточный рак кожи // Вестник дерматологии и венерологии. 1997. № 6. С. 44—48.
3. Селюжицкий И. В. Диагностика и лечение меланомы кожи // Военно-медицинский журнал. 1993. № 9. С. 42—43.
4. Даниель-Бек К. В., Колобяков А. А. Злокачественные опухоли кожи и мягких тканей. М.: Медицина, 1979, 184 с.
5. Koti M., Bhattacharrya R-> Ewen S. W., Maffulli N. Subungual glomus tumor of the hallux. A case report // Acta Orthop. Belg. 2001. V. 67. № 3. P. 297—299
6. Malcolm B. Sebaceous cysts // Practitioner. 1999.V. 243. № 1596.P. 226.