

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

Кафедра онкологии и лучевой терапии с курсом ПО

Зав.кафедрой: д.м.н., доцент Зуков Р.А.

Руководитель ординатры: к.м.н., доцент Гаврилюк Д.В.

РЕФЕРАТ на тему: «Рак кожи»

Выполнил:

Ординатор 1 года Обучения,

Черняев Д.В.

Оглавление

1. Эпидемиология
2. Предрасполагающие факторы
3. Предраковые заболевания
4. Профилактика
5. Классификация
6. Клиническая картина
7. Диагностика
8. Лечение

Литератур

1. Эпидемиология

Рак кожи является одним из наиболее распространенных опухолей. Стандартизированные показатели заболеваемости составляют среди мужчин 26, а среди женщин – 21 на 100000 населения. На территории бывшего СССР опухоль чаще встречается на юге Украины, в Молдове, Краснодарском и Ставропольском краях, Астраханской и Ростовской области. Заболеваемость раком кожи в последние годы возрастает. Темп прироста соответствует общему росту заболеваемости злокачественными опухолями.

Три закономерности объясняют неодинаковую частоту рака кожи на разных территориях.

1. Опухоль чаще встречается у жителей южных областей и районов. Так в Краснодарском крае заболеваемость раком кожи в 5 раз выше, чем в Тюменской области.

2. Рак преимущественно возникает у людей со светлой окраской кожи у негров эта опухоль встречается в 6–10 раз реже, чем у белых. В южных районах нашей страны у светлокожего приезжего населения рак кожи встречается в несколько раз чаще, чем у местных жителей.

3. Вероятность возникновения рака кожи выше у лиц, работающих на открытом воздухе. Особенно часто опухоль развивается у рыбаков и людей, занятых сельскохозяйственной работой на воздухе.

2. Предрасполагающие факторы

Наиболее важным фактором, способствующим возникновению рака кожи, является длительное облучение солнечными лучами ультрафиолетового спектра. Рак кожи может развиваться под влиянием радиоактивного излучения. К возникновению опухоли может привести длительное термическое воздействие. Профессиональными вредностями, способными вызвать рак кожи, является контакт с мышьяком, смолами, дегтем, сажей.

3. Предраковые заболевания

Рак кожи, как правило, развивается на фоне предшествующих изменений кожи. Облигатным предраком считаются пигментная ксеродерма, болезнь Педжета, болезнь Боуэна и эритроплазия Кейра. Облигатный предрак кожи встречается редко, развивается медленно, но всегда превращается в рак.

Факультативным предраком являются хронические дерматиты, длительно незаживающие раны и язвы, хронические дистрофические и воспалительные процессы.

4. Профилактика

Мерами профилактики рака кожи являются:

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

Рак кожи возникает преимущественно на открытых частях тела, более 70% опухолей развивается на лице. Излюбленными местами расположения опухоли является лоб, нос, углы глаз, височные области и ушные раковины. На туловище опухоль возникает в 5–10%, с той же частотой рак кожи поражает конечности.

5. Классификация.

Среди кожных карцином наиболее часто встречается базально-клеточная или базалиома. На ее долю приходится около 75% случаев рака кожи. У базально-клеточной карциномы существует несколько синонимов: базалиома, канкроид кожи, карциноид кожи, кориум-карцинома и т.д. Она

может развиваться из эпидермиса или железистых придатков кожи. Наиболее часто базалиома располагается на лице, характеризуется бляшкой с интенсивной розовой окраской и наличием чешуек, что позволяет маскироваться под другие кожные заболевания.

Различают следующие разновидности базалиомы: аденоидная, гиалинизированная, дермальная, кистозная, педжетоидная, мультицентрическая, ороговевающая, пигментная, сетчатая, трабекулярная, узелково-язвенная, ороговевающая. Наиболее часто встречается узелково-язвенная форма, представляющая собой восковидное выпуклое образование. По мере роста узелок возвышается над кожей, на нем становятся видны кровеносные сосуды, затем появляется углубление или изъязвление. Пигментная форма имеет окраску, сходную с меланомой (черно-голубую или черно-коричневую).

Плоскоклеточная или скавмозно-клеточная карцинома развивается из клеток, лежащих над базальным слоем эпителия. Встречается реже базалиомы и включает несколько основных разновидностей:

- болезнь Боуэна (красная чешуйчатая бляшка, четко отграниченная от окружающих тканей)
- болезнь Кейра (ярко-красная бляшка без чешуек на головке полового члена)
- боуэноподобный папулез (множественные папулы наружных половых органов).
- Инвазивный плоскоклеточный рак – наиболее опасная форма заболевания, напоминающая болезнь Боуэна, но края папул нечеткие и имеют склонность к изъязвлению и легкой травматизации.

Базальноклеточный рак кожи (базалиома) составляет 70–75% раковых опухолей кожи. Опухоль отличается медленным ростом. Может порастать окружающие ткани, разрушая их. Практически не метастазирует. Медленный рост и отсутствие метастазов дают основание некоторым ученым

рассматривать базалиому как заболевание, промежуточное между злокачественными и доброкачественными опухолями.

Плоскоклеточный рак встречается реже, часто возникает на фоне предраковых заболеваний кожи. Опухоль обычно одиночная, может располагаться на любых участках тела. От базалиомы отличается быстрым инфильтрирующим ростом и способностью метастазировать. Метастазирует главным образом лимфогенным путем. Поражение лимфатических узлов встречается примерно в 10% случаев. Гематогенные метастазы крайне редки, поражают кожи и легкие.

6. Клиническая картина

Поверхностная форма – наиболее частый вариант рака кожи. Она начинается с одного или нескольких сливающихся безболезненных узелков величиной чуть больше спичечной головки. Узелок слегка возвышается над поверхностью кожи, имеет желтоватый или матово-белый цвет и плотную консистенцию. Как правило, в этот период больные к врачу не обращаются.

С течением времени опухоль увеличивается в размерах и приобретает вид безболезненной бляшки желтого или серовато-белого цвета с восковидным оттенком, слегка возвышающейся над кожей. Поверхность ее гладкая или шероховатая. Края выступают в виде плотного валика с неровным фестончатым контуром. В дальнейшем в центре бляшки появляется западение, покрытое чешуйкой или корочкой. Удаление корочки приводит к появлению капельки крови. С увеличением размеров опухоли западение превращается в эрозированную поверхность, покрытую коркой и окруженную плотными неровными краями в виде круто выступающего, как бы срезанного валика. Описанные картины более характерны для базальноклеточного рака.

Инфильтрирующая форма имеет вид глубоко изъязвления с неровным, бугристым, покрытым корками из некротических масс дном и плотными, валикообразными краями. Опухоль быстро прорастает окружающие ткани и становится неподвижной. Такое новообразование по гистологической структуре обычно является плоскоклеточным раком.

Папиллярная форма рака кожи встречается редко. Она имеет вид плотного, возвышающегося над поверхностью, легко кровоточащего узла на широком основании. Поверхность узла бугристая, покрыта корками, часто напоминает цветную капусту. Такая форма роста чаще наблюдается при плоскоклеточном раке.

7. Диагностика

Если какое-либо образование на коже вызывает подозрение относительно меланомы или рака кожи, то необходимо проведение специального обследования для подтверждения или исключения диагноза.

Сбор анамнеза и обследование.

Врач расспросит Вас о симптомах заболевания и факторах риска, когда впервые появилось образование на коже и изменилось ли оно по размерам и внешнему виду. Вас могут спросить о контактах с известными веществами, вызывающими рак кожи, а также о случаях рака кожи в Вашей семье.

Во время обследования врач определит размеры, форму, цвет и состояние тканей вокруг образования на коже. Кроме того, он выяснит, нет ли мокнутия или кровоточивости из подозрительного образования. При осмотре всего тела будут изучены все пятна и родинки, которые могут иметь отношение к раку кожи. Будут осмотрены также лимфатические узлы в паховых и подмышечных областях, на шее и особенно вблизи подозрительного очага. Увеличение лимфатических узлов может говорить в пользу их поражения злокачественной опухолью.

Биопсия кожи.

Если у врача имеются подозрения в отношении меланомы, то необходимо исследовать подозрительный участок кожи – выполнить биопсию кожи.

Весь материал после биопсии кожи исследуется под микроскопом специалистом. При выполнении биопсии могут применять один из видов обезболивания. При подозрении на меланому удаляется вся опухоль.

Биопсия методом соскоба

После местного обезболивания врач лезвием хирургического ножа делает соскоб с верхних слоев кожи. Такой метод биопсии полезен для диагностики многих типов заболеваний кожи и для лечения доброкачественных родинок. Однако такой метод не рекомендуется при подозрении на меланому, так как она может глубоко проникать в кожу.

Диагностика метастатической меланомы

Некоторые меланомы распространяются очень быстро, и у больного могут иметься крупные опухолевые узлы в лимфатических узлах, легких, головном мозге, желудочно-кишечном тракте или печени, в то время как первичный очаг остается малым по размеру.

При таком распространении меланомы ее можно по ошибке принять за другую опухоль. Например, метастатическую меланому легких можно принять за первичный рак легкого. Важно установить точный диагноз, так как лечение разных видов опухолей существенно отличается.

8. Лечение

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

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.

Прогноз заболевания при своевременном выявлении рака благоприятный. 5-летняя выживаемость достигает 95%.

Список литературы

1. Вавилов А.М. Опухоли кожи. Русский медицинский журнал, т. 9, №3 – 4, 2001.
2. Новикова З.И. Эффективность лазерной хирургии при базалиомах. Вестник последиplomного медицинского образования. Специальный выпуск. Москва 1999 г.
3. Сухова Т.Е., Третьякова Е.И., Хлебникова А.Н., Белова Н.И. Опыт лечения первичной и рецидивирующей базалиомы в Московской области. Московский научно – исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского. Научно – практическая конференция: Актуальные вопросы терапии инфекций, передаваемых половым путем и хронических дерматозов. Тезисы научных работ. Екатеринбург 2002 г.
4. Дубенский В.В., Редько Р.В., Гармонов А.А. Новообразования кожи в практике дерматовенеролога. Тверь, издательство «Триада», 2002 г.