

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

**Рецензия к.м.н., доцента Гаврилюка Дмитрия Владимировича кафедры
онкологии и лучевой терапии с курсом ПО на реферат ординатора
первого года обучения специальности онкология Куприяновой Анны
Борисовны по теме: «Выбор метода лечения рака кожи».**

Рак кожи является самой распространенной злокачественной опухолью у человека. Рак возникает в результате патологической трансформации и неконтролируемого роста и размножения ранее нормальных клеток. Актуальность данной проблемы очевидна, так как заболеваемость взрослого населения в мире и в России неуклонно растет. Базальноклеточный рак - самая распространенная злокачественная опухоль кожи и составляет 80%. Автором рецензии подробно описаны особенности клинического течения плоскоклеточного и базальноклеточного рака кожи, диагностика рака кожи, а также методы лечения рака кожи. Четко соблюдены требования к оформлению реферата: титульный лист, план-оглавление, актуальность, основная часть и список литературы. Тема и содержание соответствуют друг другу. Написан кратко и лаконично. Тема раскрыта, понятно изложено. Автор по теме реферата владеет знаниями и терминологией.

Итоговая оценка: положительная/отрицательная

Дата: 16.02.2021

Подпись рецензента:



Подпись ординатора:



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

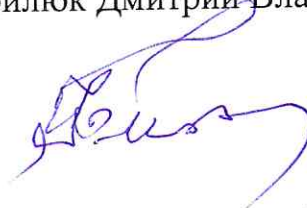
Заведующий кафедрой: д.м.н., профессор Зуков Р.А.

Реферат

Тема: «Выбор метода лечения рака кожи»

Проверил: руководитель ординаторы, к.м.н,
доцент Гаврилук Дмитрий Владимирович

4



Выполнила: клинический ординатор
1 года обучения по специальности
31.08.57 Онкология
Куприянова Анна Борисовна

Красноярск, 2021г.

Содержание:

1. Актуальность
2. Эпидемиология
3. Особенности клинического течения плоскоклеточного и базальноклеточного рака кожи
4. Диагностика
5. Выбор метода лечения рака кожи
6. Прогноз
7. Список литературы

Актуальность

- Рак кожи — одно из самых распространённых онкологических заболеваний, которое регистрируют почти повсеместно, хотя заболеваемость может существенно отличаться в разных регионах. Число случаев рака кожи, включая меланому, удвоилось за последнее десятилетие.
- Рак кожи (базальноклеточная и плоскоклеточная карциномы) в большинстве случаев развивается на открытых солнцу участках (волосистой части головы, лице, шее, плечах, предплечьях и кистях). Меланома у мужчин чаще локализована на коже груди, плеч и спины, у женщин — на ногах.
- Несмотря на визуальную доступность, удельный вес запущенных форм рака кожи у впервые обратившихся к врачам пациентов высок среди детей и взрослых.

Эпидемиология

- В общей структуре онкологической заболеваемости населения России злокачественные новообразования кожи занимают 3-е место (от 10,4 до 12%).
- Меланома — наиболее распространённый рак у женщин в возрасте 25—29 лет и 2-й по частоте рак (после рака молочной железы) у женщин 30—34 лет.
- Пик развития меланомы приходится на возраст 50 лет. Базальноклеточные и плоскоклеточные карциномы, в отличие от меланомы, характерны для пожилых людей и реже приводят к смерти. Пик развития базальноклеточной и плоскоклеточной карцином приходится на 60—70 лет.
- ¹ Люди с большим количеством доброкачественных пигментированных пятен (невусов) имеют более высокий риск развития меланомы. Выделяют следующие группы риска.
 - Лица, имеющие родственников с раком кожи.
 - Обладатели светлого фенотипа: блондины или рыжие с голубыми глазами, трудно загорающие и легко обгорающие.
 - Лица, часто находящиеся на солнце.
 - Лица, имеющие кожные дисплазии и врождённые родимые пятна.
 - Пациенты с перенесённым ранее раком кожи.
 - Лица, находящиеся в контакте с химическими канцерогенами (углеводородами нефти и каменного угля, соединениями мышьяка и др.).
 - Пациенты с длительно не заживающими хроническими язвами.
 - ¹ Пациенты с рубцами, вызванными ожогами и механическими повреждениями.
 - Лица после лучевой терапии.
 - Люди, ежедневно длительное время пребывающие на солнце или подвергающиеся периодическому, но интенсивному воздействию солнца, входят в группу высокого риска развития немеланомного рака кожи.

Особенности клинического течения плоскоклеточного и базальноклеточного рака

Плоскоклеточный рак — злокачественная эпителиальная опухоль кожи и слизистых оболочек, развивающаяся из кератиноцитов. Первые исторические данные о причинах и клинических проявлениях плоскоклеточного рака кожи относятся к 1775 году, когда английский врач Персиваль Потт описал клиническую картину рака мошонки у лондонских трубочистов.

Клинически плоскоклеточный рак кожи, как правило, представляет собой солитарный узел, но могут встречаться и несколько узлов. На основании клинических признаков выделяют эндофитную и экзофитную формы роста опухоли. На начальных этапах развития плоскоклеточный рак может напоминать по внешнему виду базальноклеточный рак (базалиому), но быстрее развивается и увеличивается в размерах. Цвет узловых образований не отличается от обычной кожи, крайне редко может быть темно-красным или коричневым. Пальпаторно узел плотный, покрыт корочками и роговыми пластинами, часто кровоточит. Как правило, кожа вокруг опухоли не изменена.

Язвенно-инфильтративная (эндофитная) форма роста. Этот тип рака развивается преимущественно на фоне кератом. Первичным элементом заболевания является папула, которая в течение нескольких месяцев преобразуется в плотный узел, спаянный с подкожно-жировой клетчаткой. Образовавшийся на коже узел быстро (через 4–6 месяцев) изъязвляется с образованием центральной язвы неправильной формы. Дно язвы шероховатое, плотное, покрыто белесоватой пленкой, края язвы кратерообразно приподняты. Часто изъязвление узла сопровождается зловонным запахом. По мере роста узел начинает кровоточить от малейшего прикосновения. Иногда по периферии могут образовываться дочерние элементы. Эта форма плоскоклеточного рака кожи быстро прогрессирует и распространяется на подлежащие ткани, захватывая мышцы, сосуды, хрящи и кости. Характеризуется частыми рецидивами и метастазами. При глубоком формировании язвы могут присоединяться элементы воспаления, что придает картину вторичной инфекции.

Папиллярная (экзофитная) форма роста. Первичный узелок быстро разрастается, возвышаясь над кожей, образует многочисленные роговые массы и приобретает бугристый вид «цветной капусты» темно-красного или коричневого цвета с большим количеством расширенных мелких кровеносных сосудов и углублением в центральной части. Основание опухоли, как правило, широкое, малоподвижное, так как она одновременно растет в глубину подлежащих тканей. На поздних стадиях развития происходит изъязвление опухоли с переходом в язвенно-инфильтративную форму роста.

Локализация. Опухоль обычно одиночная и локализуется на открытых участках кожи. В 70% случаев поражается лицо (спинка носа, периорбитальные области, уши, виски, кожа лба), что составляет 51% всех опухолей этого типа, располагающихся в области головы. В 5–10% рак развивается на коже, также встречается на наружных половых органах, в перианальной области и на тыле кисти. Чаще всего поражается кожа в переходных областях между плоским эпителием и слизистой оболочкой. На ладонях плоскоклеточный рак встречается редко. В межпальцевых складках стоп плоскоклеточный рак кожи может быть в виде трещин, язвенных, язвенно-экзофитных поражений.

Метастазирование. Обычно риск метастазирования возрастает по мере увеличения толщины, диаметра опухоли, уровня инвазии, уменьшения степени дифференцировки клеток. Риск метастазирования также зависит от локализации опухоли. Например, опухоли на открытых участках кожи протекают менее агрессивно, хотя опухоли, располагающиеся на ушных раковинах, в носогубных складках, в периорбитальной и околоушной областях, имеют агрессивное течение. Опухоли, локализующиеся на закрытых участках кожи, наиболее агрессивны. В среднем, частота метастазирования плоскоклеточного рака кожи оценивается в 16%. В 15% случаев метастазирование происходит в висцеральные органы (легкие) и кости, а в 85% – в регионарные лимфоузлы. Иногда отмечается внутрикожная и гематогенная диссеминация раковых клеток.

Базальноклеточный рак кожи относится к числу наиболее распространенных опухолей человека, составляя до 75% всех эпителиальных немеланомных новообразований кожи.

По определению Комитета ВОЗ по гистологическому типированию опухолей кожи – это местнодеструктурирующая, медленно распространяющаяся опухоль, которая редко метастазирует, возникает из эпидермиса или волосяных фолликулов и в которой периферические клетки похожи на клетки базального слоя эпидермиса.

Выделяют несколько клинических форм базальноклеточного рака кожи.

Нодулярный вариант составляет около 75% всех случаев. Опухоль представляет собой экзофитное округлое образование розового цвета с легко кровоточащей поверхностью, различных размеров (от нескольких миллиметров до 2-3 см). Более 90% нодулярного варианта диагностируется на коже головы и шеи. Характеризуется медленным ростом.

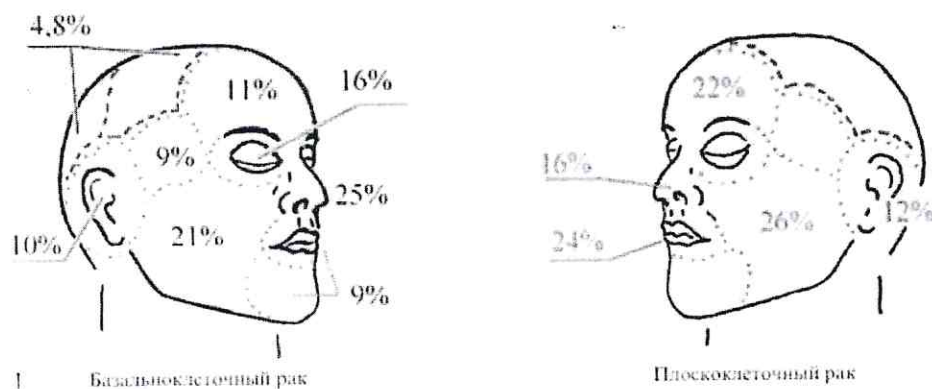
Язвенный вариант можно рассматривать как результат естественной истории развития нодулярного варианта. Процессы апоптоза опухолевых клеток в центральной зоне приводят к разрушению опухолевого очага с формированием язвы с валикообразными краями, покрытой гнойно-некротическими корочками. Размеры язвы могут составлять от нескольких миллиметров до гигантских язвенных дефектов с глубокой инвазией и разрушением окружающих структур, угрожающих жизни пациента.

Поверхностная форма характеризуется появлением розового пятна с приподнятыми краями и блестящей поверхностью. Чаще локализуется на туловище и конечностях (до 60%), нередко отмечаются множественные очаги. Характеризуется наиболее доброкачественным течением: местно-деструктурирующий рост не характерен, возможно длительное существование (десятилетиями) с незначительным медленным увеличением по площади. *Плоская базалиома* (склеродермоподобная) представлена бляшковидным образованием телесного цвета с приподнятыми валикообразными краями и перламутровым блеском. Клинически может напоминать рубец или «заплатку». В 95% случаев локализуется на коже головы и шеи. Характеризуется возможным инфильтративным ростом в жировую клетчатку и мышцы.

Инфильтративная форма связана с прогрессией нодулярного и плоского варианта

БКРК и характеризуется выраженным инфильтративным компонентом, более плохим прогнозом и склонностью к возникновению рецидивов после проведенного лечения.

Метатипический вариант характеризуется совмещением признаков базальноклеточного и плоскоклеточного рака. Данный субтип является самым агрессивным, с возможностью роста и распространения, как при плоскоклеточном раке, в том числе с образованием отдаленных метастазов. *Пигментная форма* характеризуется повышенным содержанием пигмента меланина в опухоли, что затрудняет дифференциальную диагностику с меланомой кожи.



Диагностика

Диагностика меланомы кожи представляет определенные трудности. В начале заболевания отсутствует яркая клиническая картина, и меланому кожи трудно отличить от множества других доброкачественных пигментных образований кожи.

При диагностике меланомы кожи используют данные осмотра, пальпации, радиоизотопного, термометрического и морфологического методов исследования.

При осмотре желательно пользоваться лупой. Осмотру подлежит как сама опухоль, так и вся поверхность кожи для выявления первично-множественной меланомы кожи. Визуально оценивают форму, размер, цвет опухоли и целостность эпидермиса над ней. Пальпации подлежат первичная опухоль, окружающие ее мягкие ткани и все доступные пальпации лимфатические узлы. Это необходимо для определения консистенции первичной опухоли и степени ее смещаемости относительно подлежащих тканей и для выявления транзитных, регионарных и отдаленных метастазов меланомы. Метастазы меланомы в кожу имеют ровные края, округлую форму и плотноэластическую консистенцию.

Лимфатические узлы, пораженные метастазами меланомы, увеличиваются в размерах и приобретают плотную консистенцию.

Радиоизотопное исследование является неинвазивным методом диагностики, его проводят с двузамещенным фосфатом натрия, меченным радиоактивным фосфором. Препарат дают перорально натощак и затем методом контактной радиометрии определяют и сравнивают накопление изотопа в опухоли и симметричном участке здоровой кожи.

Термометрический метод отражает интенсивность метаболизма в опухолевых и нормальных тканях и рассчитан на выявление патологических процессов, сопровождающихся изменением температуры кожи.

Поверхностно-распространяющаяся и узловатая меланомы гипертермичны, причем разница температур в опухоли и в нормальной коже может достигать 4С.

Лечение первичного очага

Выбор тактики лечения первичной опухоли базируется на Международной TNM классификации, где Т-первичная опухоль, N – метастазы в региональные лимфоузлы, M – отдаленные метастазы.

Лечение меланомы кожи осуществляется с использованием хирургического, лучевого, лекарственного, комбинированного и комплексного методов.

Хирургическое лечение проводится на первичном очаге опухоли и на зонах регионарного метастазирования. Показанием к хирургическому лечению, как самостоятельному методу служат следующие стадии заболевания: T1-4N0M0.

Особенностями хирургического вмешательства на первичном очаге являются общее обезболивание, широкое иссечение опухоли с окружающей кожей, подкожной клетчаткой, мышечной фасцией или апоневрозом. Разрез кожи должен отступать от краев опухоли на 3-6 см. При опухолях у естественных отверстий разрезы ограничивают 2-3 см. Если опухоль располагается на пальцах, приходится прибегать к их ампутации.

Для закрытия дефекта тканей используют различные методы пластических операций.

Регионарная лимфаденэктомия выполняется в следующих случаях: T4N0M0, любая TN 1-2M0. Это вмешательство выполняют в различные сроки. Если клинически имеется поражение метастазами регионарных лимфатических узлов, то их удаляют одновременно с первичным очагом. Если регионарные метастазы появляются после удаления первичного опухолевого очага, лимфаденэктомия проводится отсрочено, как самостоятельное вмешательство.

Если регионарные лимфатические узлы клинически не поражены метастазами, то допустимо их профилактическое удаление как одновременно с первичным очагом, так и через 2-3 недели после операции на первичном очаге и гистологического исследования удаленной опухоли (отсроченная лимфаденэктомия).

Лучевую терапию у взрослых при меланоме применяют как этап комбинированного лечения, чаще в предоперационном периоде. В качестве источника излучения используют близкофокусную рентгенотерапию.

Облучение первичной опухоли проводят в суммарной очаговой дозе 100-120 Гр. На зоны регионарного метастазирования применяют дистанционную гамма-терапию в суммарной очаговой дозе 30-40 Гр. Применение лучевой терапии у детей возможно при рецидивном характере – облучение рубца после иссечения рецидива и облучения метастазов.

При генерализованных формах меланомы основным методом лечения является лекарственный. Эффективность применения ПХТ на 25% выше, чем МХТ. Наиболее часто применяемые препараты: дакарбазин, араноза, проспидин, производные нитрозмочевины, производные платины.

Мерами профилактики меланом кожи являются:

1. Ограничение длительного и интенсивного воздействия солнечного света на область локализации пигментных невусов (преимущественно головы и шеи).
2. Профилактическое иссечение травмируемых невусов.

Прогноз

У пациентов, страдающих плоскоклеточным раком кожи размером менее 2 см, 5-летняя выживаемость составляет около 90%, при больших размерах и прорастании опухоли в подлежащие ткани — менее 50%. Опасно для жизни расположение как плоскоклеточной, так и базальноклеточной опухоли, в окружности наружного слухового прохода, периорбитальной области, а также в носогубных складках и заушной области. В этих случаях рак может прорасти в мышцы, кости, осложниться кровотечением из разрушенных крупных сосудов и инфекционными осложнениями. При распространенных карциномах возможны рецидивы.

Список литературы:

1. Злокачественные новообразования в России в 2009 году: (заболеваемость и смертность) / под ред. В. И. Чиссова, В. В. Старинского, Г. В. Петровой. – Москва, 2011. – 260 с.
2. Алгоритмы диагностики и лечения злокачественных новообразований : сб. науч. статей / под ред. О. Г. Суконко, С. А. Красного. – Минск : Профессиональные издания, 2012. – Вып. 32. – С. 210–211.
3. Пучков, Ю. Г. Цитоморфологическая диагностика / Ю. Г. Пучков, В. И. Новик, В. А. Липова // Общая онкология : рук. для врачей / под ред. акад. АМН СССР Н. П. Напалкова. – Л. : Медицина, 1989. – С. 410–417.
4. Ламоткин, И. А. Опухоли и опухолеподобные поражения кожи : атлас / И. А. Ламоткин. – М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2006. – 166 с.
5. <http://www.oncology.ru/association/clinical-guidelines/>