

# Современные подходы к диагностике и лечению рака кожи.

IV лечебно-диагностическое  
онкологическое отделение  
УЗ «МООД»  
Красовский Р.С.

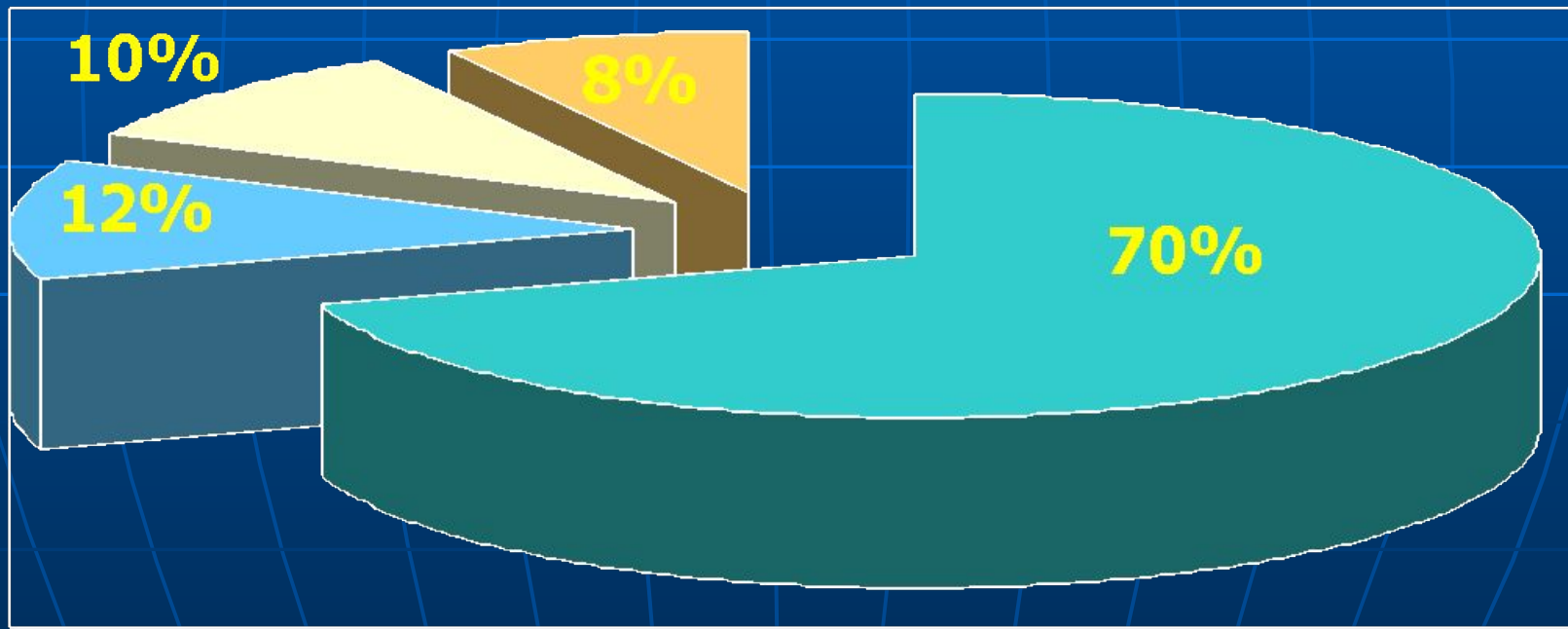


Злокачественная опухоль  
кожи в режиме  
электронной  
микроскопии

# Общая характеристика

В общей структуре онкологической заболеваемости в РБ рак кожи занимает одно из первых мест. Заболеваемость за последние годы постоянно растет. Данная нозологическая форма опухолей встречается главным образом у лиц 50-70 лет, чаще у мужчин. Рак кожи почти во всех случаях развивается на фоне предраковых состояний кожи.

- Кожа головы
- Кожа верхних и нижних конечностей
- Первично-множественные опухоли
- Остальные локализации



# TNM клиническая классификация

## T-первичная опухоль

- T<sub>x</sub>** – недостаточно данных для оценки первичной опухоли;
- T<sub>0</sub>** – первичная опухоль не определяется;
- T<sub>is</sub>** – преинвазивная карцинома;
- T<sub>1</sub>** – опухоль до 2 сантиметров в наибольшем измерении;
- T<sub>2</sub>** – опухоль от 2 до 5 см в наибольшем измерении;
- T<sub>3</sub>** – опухоль более 5 см в наибольшем измерении;
- T<sub>4</sub>** – опухоль, прорастающая в экстрадермальные ткани: хрящ, мышцы, кости.

**N** – регионарные лимфатические узлы

**Nx** – недостаточно данных для оценки состояния регионарных лимфатических узлов;

**N0** – нет признаков метастатического поражения регионарных лимфатических узлов;

**N1** – имеется поражение регионарных лимфатических узлов метастазами.

**M** – отдаленные метастазы

**Mx** – недостаточно данных для оценки отдаленных метастазов;

**M0** – нет признаков отдаленных метастазов;

**M1** – имеются отдаленные метастазы.

# Группировка по стадиям

<b>Стадия 0</b>	<b>Tis</b>	<b>N0</b>	<b>M0</b>
<b>Стадия I</b>	<b>T1</b>	<b>N0</b>	<b>M0</b>
<b>Стадия II</b>	<b>T2</b>	<b>N0</b>	<b>M0</b>
	<b>T3</b>	<b>N0</b>	<b>M0</b>
<b>Стадия III</b>	<b>T4</b>	<b>N0</b>	<b>M0</b>
	<b>Любая T</b>	<b>N1</b>	<b>M0</b>
<b>Стадия IV</b>	<b>Любая T</b>	<b>Любая N</b>	<b>M1</b>



# Поверхностная форма рака кожи



На коже узелок,  
пятно или  
блестящая  
бляшка.

# Инфильтрирующая или глубоко проникающая форма рака кожи



Кратерообразная  
язва с плотными  
валикообразными  
краями.  
В центре  
некротические  
массы.

# Папиллярная (фунгозная) форма рака кожи



**Массивный узел на широком основании или на ножке.**

**Развивающиеся бугристые образования приобретают характер грибовидных, легко кровоточащих и покрытых корками опухолей.**

# Базально-клеточный рак кожи (базалиома)



# Базально-клеточный рак кожи

- Местно-деструкующий рост;
- Высокая склонность к рецидивированию;
- Отсутствие метастазирования.



# Наиболее частые локализации базалиомы:

- лицо (внутренний и наружный угол глаза, веко, лоб, переносица, крылья носа, щека)
  - 90-98%;
- туловище, конечности, половые органы
  - 3-10%.



# Методы лечения рака кожи:

1. Хирургический (электрохирургический);
2. Лучевой;
3. Лекарственный;

Методы используются в самостоятельном виде или в форме комбинированного либо комплексного лечения.

# Диагностика (алгоритм)

- Осмотр кожных покровов и очага поражения (при необходимости с оптическим усилением);
- Пальпаторное исследование кожи в области локализации опухоли;
- Пальпация регионарных лимфатических узлов;
- Рентген исследование органов грудной клетки;
- УЗИ органов брюшной полости и регионарных лимфоузлов;
- Цитологическое исследование мазков-отпечатков или соскобов;
- При необходимости инцизионная или эксцизионная биопсия;
- При наличии увеличенных регионарных лимфоузлов – пункционная биопсия.



# Дополнительные исследования при обширных раковых поражениях

- Рентгенография костей в проекции очага опухолевого поражения;
- Компьютерная томография пораженной анатомической области.

# Хирургический метод

Производится иссечение опухоли, отступя от видимого её края на 2 см. При базалиомах T1-2 допустим разрез кожи 0,5 см от края опухоли. Блок удаленных тканей включает в себя опухоль с окружающей её кожей и подкожно-жировой клетчаткой.

При инфильтративных формах удаляют подлежащую фасцию.

Если вовлечены в процесс мышцы и кости, последние резецируют.

# Устранение послеоперационного дефекта кожи:

- Пластика местными тканями;
- Свободным кожным лоскутом;
- Комбинированная кожная пластика;
- Пластика перемещенными островковыми лоскутами на сосудистых ножках или свободными тканевыми лоскутами с использованием микрохирургической техники.

# Лимфодиссекция

Лимфодиссекция выполняется исключительно при наличии метастазов в лимфатических узлах, при этом стандартными вмешательствами являются подключично-подмышечно-подлопаточная лимфодиссекция, подвздошно-пахово-бедренная лимфодиссекция, классическая радикальная шейная лимфодиссекция (операция Крайла), модифицированная радикальная шейная лимфодиссекция 3-го типа (футлярно-фасциальная шейная).

# Диспансерное наблюдение:

В течение первого года – 1 раз каждые 3 месяца.

В течение второго года – 1 раз каждые 6 месяцев.

С третьего года – 1 раз в год в течение 3 лет.

**Спасибо  
за внимание!**