

Современные подходы к диагностике и лечению рака кожи.

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

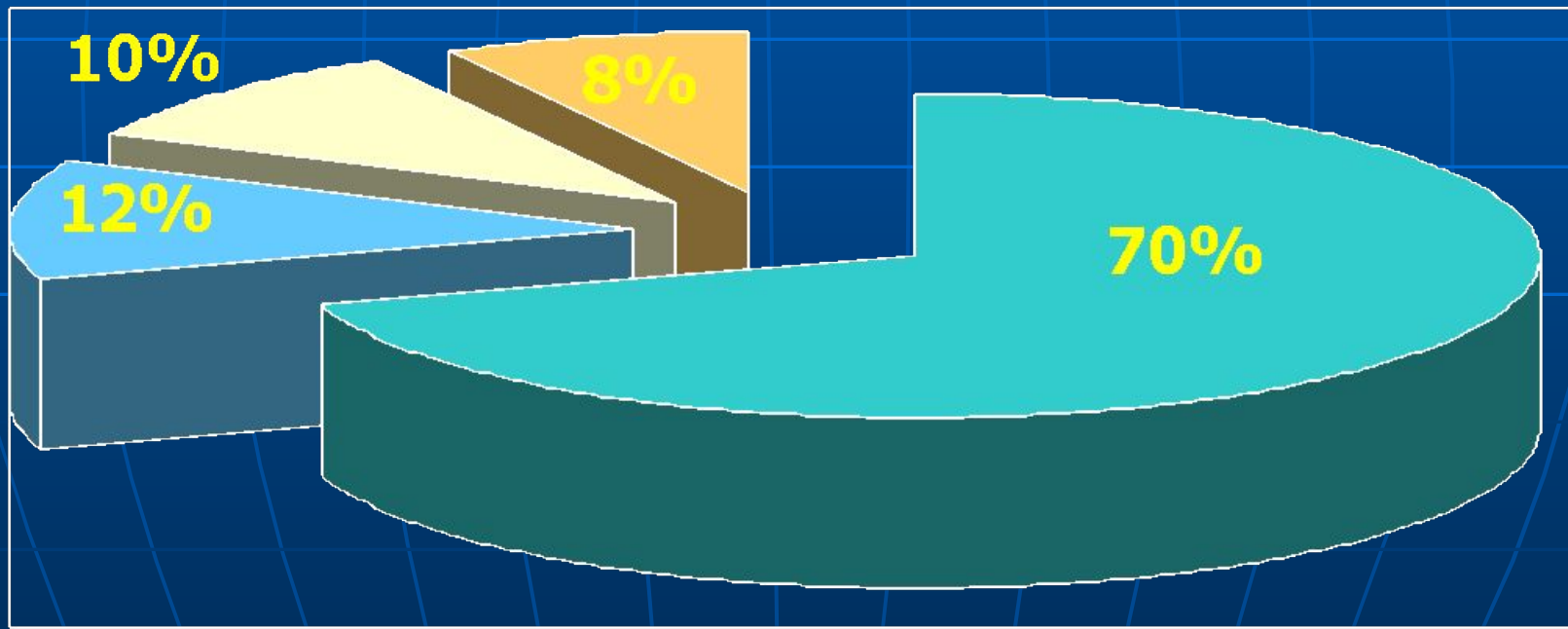


Злокачественная опухоль
кожи в режиме
электронной
микроскопии

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

- Tx** – недостаточно данных для оценки первичной опухоли;
- T0** – первичная опухоль не определяется;
- Tis** – преинвазивная карцинома;
- T1** – опухоль до 2 сантиметров в наибольшем измерении;
- T2** – опухоль от 2 до 5 см в наибольшем измерении;
- T3** – опухоль более 5 см в наибольшем измерении;
- T4** – 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

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

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!**