



Онкодерматозы. Базально-клеточная и спиноцеллюлярная эпителиома.

АКТУАЛЬНОСТЬ



В структуре онкологической заболеваемости РК занимает лидирующие позиции. В заболеваемости злокачественными новообразованиями населения России на 100000 населения составляет 11,0-12,4.



1 место – РМЖ
2 место – рак кожи
3 место – рак желудка



1 место – рак легких
2 место – рак желудка
3 место – рак кожи

АКТУАЛЬНОСТЬ



- В Томской области на 100000 населения составляет 11,4. В Томской области смертность от рака кожи составляет 1,9% (в среднем по России 0,8-2,8%). В 75% всех случаев онкодерматозов встречается базальноклеточный рак.



БАЗАЛЬНО-КЛЕТОЧНЫЙ РАК



- медленно растущий и редко метастазирующий, возникающий в эпидермисе или волосяных фолликулах, клетки которых сходны с базальными клетками эпидермиса.(ВОЗ, 1980)
- Встречается с одинаковой частотой и у женщин, и у мужчин обычно после 50 лет.

ДЛЯ БАЗАЛИОМЫ ХАРАКТЕРНО



- 1. Локализация на открытых участках тела (голова, лицо, кисти, шея).
- 2. Чрезвычайно медленный рост (годы и десятилетия)
- 3. Отсутствие метастазов.



ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИЕ ФАКТОРЫ



1. Ультрафиолетовое облучение
2. Поздний рентгеновский дерматит
3. Пигментная ксеродерма
4. Злокачественная форма эпидермоид
и др.



КЛИНИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ БАЗАЛИОМЫ



- поверхностная,
- опухолевая,
- язвенная,
- пигментная,
- склероподобная



ПОВЕРХНОСТНАЯ ФОРМА



- Красновато-бурая, слегка шелушащаяся бляшка, как правило, с тонкими валикообразными краями. При осмотре с лупой видны телеангиоэктазии.
- Единственная форма базальноклеточного рака, при которой наблюдается шелушение. Увеличивается медленно, занимая иногда большую площадь, однако изъязвление остается поверхностным, распад ткани не распространяется глубже дермы.

ПОВЕРХНОСТНАЯ ФОРМА



- Язва при этом может покрываться кровянистой коркой и даже рубцеваться целиком или частично, тогда как на остальных участках продолжается постепенный распад опухоли.
- Возможность спонтанного рубцевания возникших язв также принципиально отличает базалиому от рака кожи.
- Это наименее агрессивная форма базалиомы; она чаще всего встречается на теле и конечностях.



ПИГМЕНТИРОВАННАЯ ФОРМА



- Валик вокруг бляшки или темно-красной эрозии местами окрашен в темно-коричневый, синий или черный цвет кожным пигментом меланином. Имеет гладкую, блестящую поверхность. Плотную или твердую консистенцию.
- Пигментированная форма базалиомы очень похожа на меланому, поверхностно распространяющуюся или узловую, но имеет более плотную консистенцию.



СКЛЕРОДЕРМОПОДОБНАЯ ФОРМА



- Опухоль похожа на рубец: белесый, бледно-белого или желтого цвета, восковидный на ощупь склерозированный участок с размытыми границами, иногда с «перламутровыми» папулами на периферии или точечной гиперпигментацией.
- Для этой формы характерны инфильтрирующий рост и развитая соединительнотканная строма.
- Эта форма с большей степенью вероятности рецидивирует после узкой эксцизии. Требуется широкое иссечение.



© Олег Васильевич Терлецкий, 2012

ОПУХОЛЕВАЯ ФОРМА



Базалиома экзофитно-папиллярной формы растет очень медленно, образуя над кожей полушаровидный, полупрозрачный «перламутровый» узел, папулу или неправильной формы грибовидную опухоль, но почти не инфильтрирует ткани в глубину. Цвет нормальной кожи, розовый или красный. Поверхность гладкая, блестящая, с нитевидными телеангиоэктазиями. Консистенция плотная, границы чёткие, форма круглая или овальная. Иногда встречаются кистозные образования: круглые, овальные, с углублением в центре.



ЯЗВЕННАЯ ФОРМА



- Язва не только распространяется по поверхности, но и разрушает подлежащие ткани вплоть до кости, что сопровождается сильными болями.
- Язва имеет валикообразные края, нередко покрыта коркой. Края полупрозрачные, «перламутровые», гладкие, плотные, покрыты телеангиоэктазиями.



© Олег Васильевич Терлецкий, 2012



ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ



- *Поверхностную форму* базалиомы дифференцируют от себорейного кератоза актинического кератоза, болезни Боуэна, красной волчанки.
- *Пигментированную форму* базалиомы следует дифференцировать от предракового меланоза Дюбрея, меланоцитарного невуса, злокачественной меланомы.
- *Склеродермоподобную форму* базалиомы следует дифференцировать от ограниченной склеродермии, атрофодермии Пазини-Пьерини, склероатрофического лишена.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ



- *Опухолевую форму* базалиомы следует дифференцировать от кератоакантомы,, ороговевающего плоскоклеточного рака, лимфоцитомы, эозинофильной гранулемы.
- *Язвенную форму* базалиомы следует дифференцировать от плоскоклеточного рака кожи, болезни Боуэна.

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.

ПРОФИЛАКТИКА



- 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.

РАК КОЖИ ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫЙ



- (син.: рак спиноцеллюлярный, спиналиома) - злокачественная эпителиальная опухоль кожи с плоскоклеточной дифференцировкой.
- Может локализоваться на любой части тела, но чаще возникает в местах перехода кожи в слизистую (на красной кайме губ, наружных половых органах, в перианальной области).
- Течение неуклонно прогрессирующее.

ЭТИОЛОГИЯ



Большую роль в развитии плоскоклеточного рака кожи играет УФ-излучение спектров В и С, канцерогены, ионизирующая радиация, нарушения иммунитета, некоторые типы вируса папилломы человека. Поражает преимущественно лиц пожилого возраста. Может развиваться на любом участке кожи, но чаще наблюдается на открытых местах (верхняя часть лица, нос, нижняя губа, тыл кистей) или на слизистых оболочках рта (язык и т. д.). Как правило, развивается на фоне предрака кожи. Частота метастазирования в регионарные лимфатические узлы варьирует.

ТИПЫ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА КОЖИ



- Опухолевый
- Папилломатозный
- Язвенный (поверхностный и глубокий)



ОПУХОЛЕВЫЙ ТИП



- характеризуется узлом или бляшкой красно-розовой окраски или цвета неизменной кожи, покрытой корками, роговыми массами или бородавчатыми разрастаниями - бородавчатая, гиперкератотическая разновидность.
- В течение нескольких месяцев опухоль прорастает в глубокие отделы кожи и подкожную жировую клетчатку, образуя куполообразный узел, легко кровоточащий при легкой травматизации, плотной (хрящевой) консистенции, малоподвижный, некротизирующийся и изъязвляющийся.



ПАПИЛЛОМАТОЗНЫЙ ТИП



- разновидность плоскоклеточного рака кожи отличается более бурным ростом, губкообразными элементами на широком основании.



ЯЗВЕННЫЙ ТИП



- ***Поверхностная*** ***разновидность*** характеризуется ***поверхностной*** язвой неправильной формы с четкими краями, покрытой коричневатой коркой. Распространяется не в глубину, а по периферии.
- ***Глубокая разновидность*** представляет собой язву с крутыми краями. Основание язвы сальное, желтовато-красного цвета, дно бугристое, с желто-белым налетом. Распространяется по периферии и в подлежащие ткани.

ЯЗВЕННЫЙ ТИП



Метастазы в регионарные лимфатические узлы при язвенном типе плоскоклеточного рака кожи наблюдаются, как правило, на 3-4-м месяце.



ГИСТОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА



- характеризуется наличием тяжей в клетках шиповатого слоя эпидермиса, пролиферирующими в дерму. Опухолевые массы содержат атипичные элементы.
- Различают *ороговевающий* и *неороговевающий* плоскоклеточный рак, а также разновидности в зависимости от клеточного состава и степени его дифференцировки (высокодифференцированный, низкодифференцированный, акантотический, веретеночлеточный и др.).



ЧАСТОТА МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ ВЫШЕ ПРИ РАСПОЛОЖЕНИИ ОПУХОЛИ НА:



- губе,
- ушной раковине,
- виске,
- при диаметре опухоли более 2 см,
- низкой степени дифференцировки
- глубокой инвазии.

ДИАГНОЗ



- основывается на клинических и лабораторных данных, решающее значение имеют результаты гистологических исследований.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА:



- базалиомой,
- кератоакантомой,
- актиническим кератозом,
- псевдоэпителиоматозной гиперплазией,
- болезнью Боуэна,
- болезнью Педжета,
- КОЖНЫМ РОГОМ

ЛЕЧЕНИЕ



- хирургическое иссечение в пределах здоровых тканей в сочетании с рентгенорадиотерапией,
- криодеструкция,
- электрокоагуляция,
- лазеротерапия,
- общая и наружная химиотерапия,
- фотодинамическая терапия,
- ароматические ретиноиды и др.



ПРОФИЛАКТИКА



- своевременном и активном лечении предраковых дерматозов; диспансерное наблюдение больных.



*Спасибо за
внимание!*

