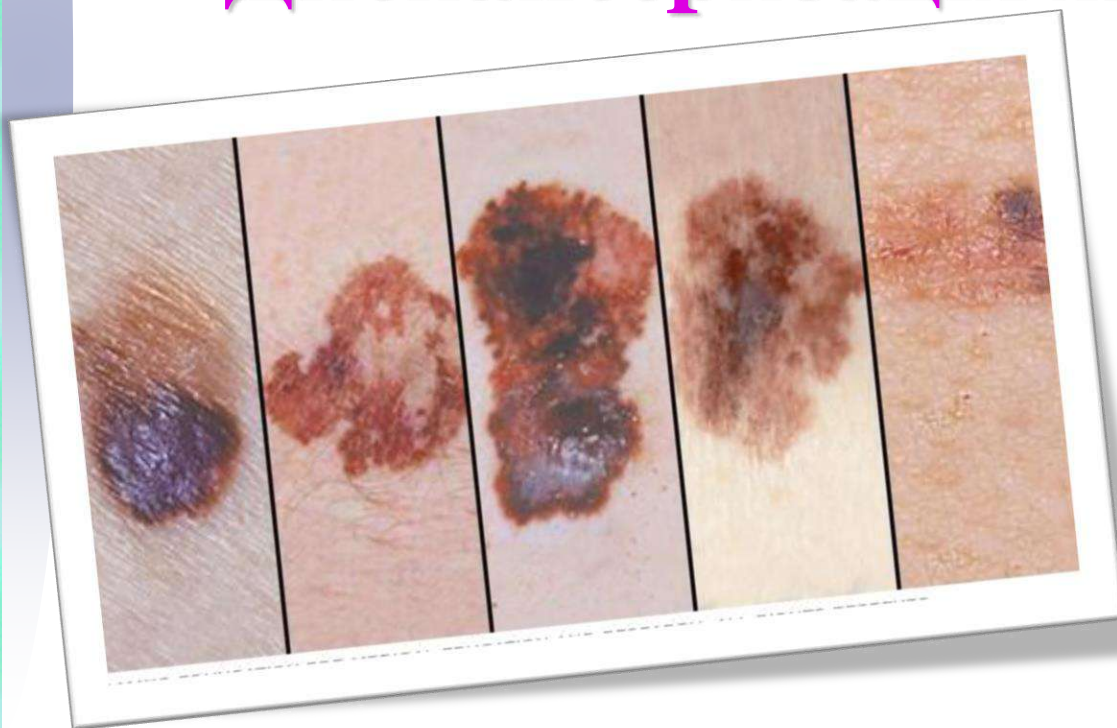


**Рак шкіри. Класифікація.  
Принципи діагностики, клініки,  
лікування. Меланома шкіри.  
Класифікація. Принципи  
діагностики, клініки, лікування.  
Диспансеризація хворих.**



*Юрков С.І.*



# *Епідеміологія.*

- У структурі онкологічних захворювань рак шкіри посідає 2-ге – 3-тє місце (10-15%);
- Жінки і чоловіки хворіють однаково часто.
- Вік – старше 55 років.
- В Україні показник захворюваності становить 35-38 та 100 000 населення.



# *Фактори, що сприяють виникненню рака шкіри.*

- Тривалий та інтенсивний вплив на шкіру сонячного випромінювання .
- Місцевий вплив хімічних сполук, що мають канцерогенні властивості (миш'як, дьоготь, горючі сланці, продукти перегонки нафти).
- Іонізуюче випромінювання.
- Механічні та термічні травми шкіри.



# *Передракові стани*

## **I. Облігатний передрак:**

- ⊗ Пігментна ксеродерма.
- ⊗ Хвороба Боуена
- ⊗ Хвороба Педжета
- ⊗ Еритроплазія Кейра





# *Передрақові стани*

## **II. Факультативний передрак:**

- Шкірний ріг
- Кератоакантома
- Старечий (сонячний, актинічний) кератоз
- Стареча (себорейна) кератома





Хвороба Рекленхаузена







# *Засоби профілактики виникнення раку шкіри*

1. Своєчасне лікування передракових захворювань.
2. Уникати тривалої та інтенсивної інсоляції
3. Дотримання техніки безпеки при роботі з джерелами іонізуючого випромінювання
4. Дотримання заходів безпеки при виробництві хімічних речовин
5. Дотримання заходів особистої гігієни при роботі з продуктами побутової хімії.

*PaK шкірі*

# Патоморфологія раку шкіри

За гістологічною будовою виділяють дві форми раку шкіри:

- Базально-клітинний рак (базаліома) – становить 70-75% усіх злоякісних пухлин шкіри.
- Плоско-клітинний рак:
  - I. Зроговілий
  - II. Незроговілий

# Міжнародна клінічна класифікація за системою TNM

**T** – первинна пухлина

**Tx** – немає достатньо даних про первинну пухлину

**Tis** – carcinoma in situ

**T1** – пухлино до 2 см у діаметрі

**T2** – пухлина понад 2 см в діаметрі, але не більше 5 см у найбільшому вимірі

**T3** – пухлина понад 5 см у найбільшому вимірі

**T4** – пухлина проростає у підлеглі тканини.

у раз синхронного первинно-множинного раку у дужках вказують їх кількість – T2(5). Значення T оцінюють за найбільшою пухлиною.

**N** – регіонарні лімфовузли

**Nx** – недостатньо даних для оцінки стану регіонарних лімфовузлів

**N0** – немає ознак ураження регіонарних лімфовузлів

**N1** - регіонарні лімфовузли уражені

**M** – віддалені метастази

**Mx** - недостатньо даних для оцінки віддалених метастазів

**M0** – немає віддалених метастазів

**M1** – є віддалені метастази

# Клінічна картина

## I. Базально – клітинний рак

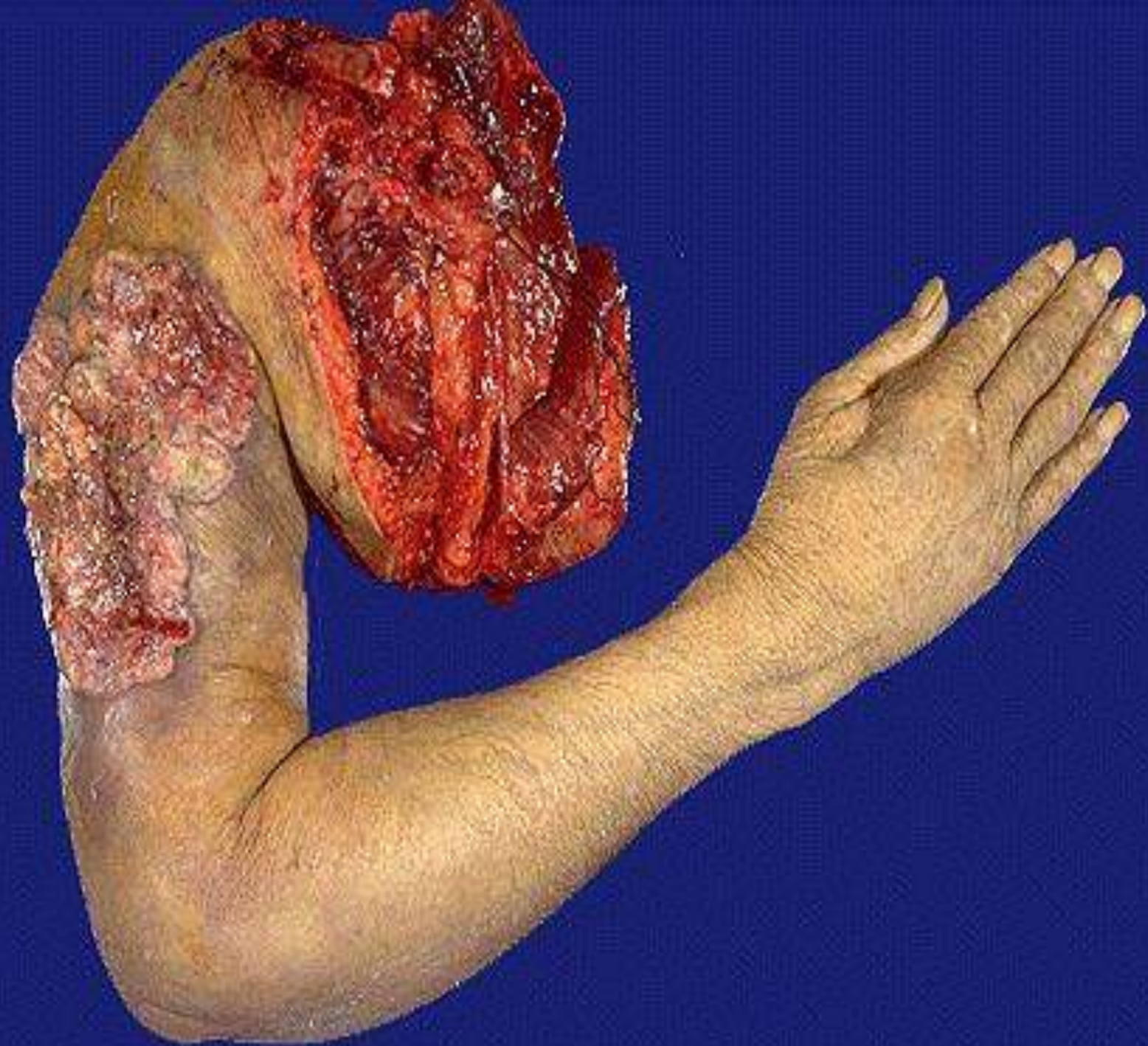
### Клінічні форми

- ❁ **Вузлова** – найпоширеніша форма. Має вигляд напівкулястого вузла з гладкою поверхнею, рожево-перламутрового кольору, щільної консистенції. В центрі заглиблення. Рoste повільно, досягає 5-10 мм в діаметрі. Ззовні нагадує перлину.
- ❁ **Поверхнева** – бляшка з характерними чіткими припіднятими, щільними, восковидно-блискучими краями. Діаметр – 1-30мм. Обриси вогнища неправильні або округлі, колір - червоно-коричневий. На поверхні можуть бути ерозії, кірочки, телеангієктазії. Характеризується повільним ростом і доброякісним перебігом.

# Клінічна картина

- **Виразкова** – виникає на фоні вузлової або поверхневої форм базаліоми. Їй характерний деструючий ріст з руйнуванням прилеглих тканин. Виразка округлої або неправильної форми. Дно вкрите сіро-чорною кіркою, сальне, бугристе, червоно-коричневого кольору. Краї виразки припідняті, валикоподібні, рожево-перламутрового кольору, з телеангіектазіями.
- **Рубцева** - має вигляд плоского щільного рубця, сіро-рожевого кольору, розташованого нижче рівня шкіри. Краї чіткі, припідняті, з перламутровим відтінком. По периферії на межі зі здоровими тканинами розташовуються одна або декілька ерозії, вкритих кірочками.

**NB! Метастазування для базаломи нехарактерне.**







# Клінічна картина (продовження)

## II. Плоско-клітинний рак:

1. Спостерігається у чоловіків віком понад 50 років.
2. Локалізується переважно на шкірі обличчя, вушних раковин, верхніх та нижніх кінцівках, зовнішніх статевих органів.
3. Розрізняють 3 типи росту:
  - **Поверхневий** – щільні вузлики білого, жовтого чи сіро-білого кольору. Розташовуються на одному рівні зі шкірою. Поверхня гладенька або може бути шорстка. Далі в центрі з'являється ерозія забарвлена в рожевий колір, нерідко кровоточить, вкривається кірками.
  - **Інфільтративний, або глибокопроникний** – спочатку має вигляд рухомих, твердих, горбкуватих вузликів, надалі перетворюються на виразки, інфільтрують підлеглі тканини, рано метастазують в регіонарні лімфатичні вузли.
  - **Папілярний** – частково проростає вглибину тканини, частково догори, формуючи екзофітний компонент у вигляді горбкуватих виростів. Рано метастазує.



# Діагностика

- ↪ Огляд
- ↪ Пальпація
- ↪ Дерматоскопія
- ↪ Взяття цитологічного матеріалу – мазок-відбиток
- ↪ Пункційна біопсія
- ↪ Екцизійна біопсія
- ↪ УЗД регіонарних лімфовузлів, ОЧП
- ↪ Рентгенографія ОГП

# Диференційна діагностика

- ☞ Туберкульоз
- ☞ Сифілітична гума
- ☞ Актиномікоз
- ☞ Кератоакантома
- ☞ Меланома
- ☞ Системний червоний вовчак
- ☞ Злоякісними пухлинами неепітеліального походження.

# Диференційна діагностика

## Кератоакантома



# Лікування

- Хірургічне лікування – застосовують для лікування первинного вогнища та регіонарних метастазів.
- Променева терапія – використовують для лікування первинного пухлинного вогнища та регіонарних метастазів. Застосовують близькофокусну рентгенотерапію, дистанційну та внутрішньотканинну гамма – терапію. Сумарна вогнищева доза становить 50-75 Гр
- Місцева хіміотерапія – використовують при пухлинах невеликих розмірів та при рецидивах базаліоми ( 0,5% омаїнова, проспидинова, 5-фторурацилова мазь).
- Лазерна деструкція
- Кріотерапія

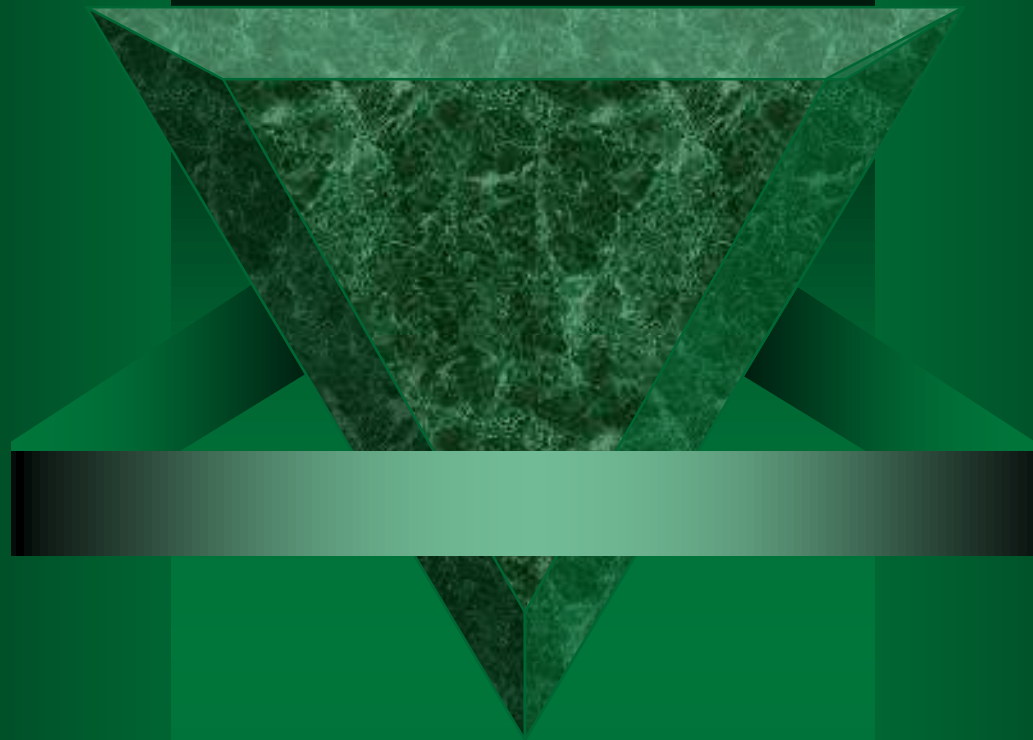
# ПРОГНОЗ

*За відсутності метастазів у регіонарні лімфовузли 5-річна виживаність складає 75-80%.*

*При ранньому виявленні і лікуванні 100% хворих цілком виліковуються.*

*У разі занедбаних форм - проростання у прилеглі тканини, метастазування у регіонарні лімфатичні вузли – 5-річна виживаність не перевищує 24%.*





*МЕЛАНОМА*



**Меланома** - це злоякісна пухлина, яка походить із пігментпродукуючих клітин (меланоцитів). Меланоцити мають нейроектодермальне походження.

В 1806 році Рене Лаэннек першим описав меланому.

З вітчизняних вчених перше опис меланоми представлений Р.Вірховим у 1864р.

Меланома має нейроектодермальне походження, розвивається з стовбурових клітин меланоцитів (Р. Eberhard)

# ЕПІДЕМІОЛОГІЯ



## 1. Основна локалізація – шкіра:

- ☠ кінцівки – 40%
- ☠ ГОЛОВА – 30-35%
- ☠ тулуб - 25-30%

2. Позашкірна локалізація: око, вульва, пряма кишка, стравохід, слизова оболонка ротової порожнини, оболонки мозку.

3. Відноситься до солітарних пухлин (лише 1-3% первинно-множинні)

4. Частіше хворіють жінки

5. Вік – старше 50 років



# ЕПІДЕМІОЛОГІЯ

- ✧ Меланома складає від 1% до 3% всіх злоякісних захворювань
- ✧ 10-20% від злоякісних новоутворень шкіри
- ✧ В Україні захворюваність з 1989 до 1996 р. збільшилась з 1553 до 1944 вперше виявлених хворих, що склало 3,0 и 3,8 на 100 тис. населення.
- ✧ Найбільша захворюваність в Київській, Одеській областях та в АР Крим и складає 5 на 100 тис. населення.



Меланома виникає як на  
здоровій шкірі, так і в результаті  
малігнізації пігментних невусів.

Невуси – вади розвитку шкіри. Близько 70% меланом розвивається з вроджених невусів і лише 30% з набутих

Серед меланоцитарних (пігментних) невусів виділяють:

- Покордонні
- Внутрішньодермальні
- Дермоепідермальні (змішані)
- Блакитні (гіподермальні)
- Ювенільні

# БЛАКИТНИЙ НЕВУС

---

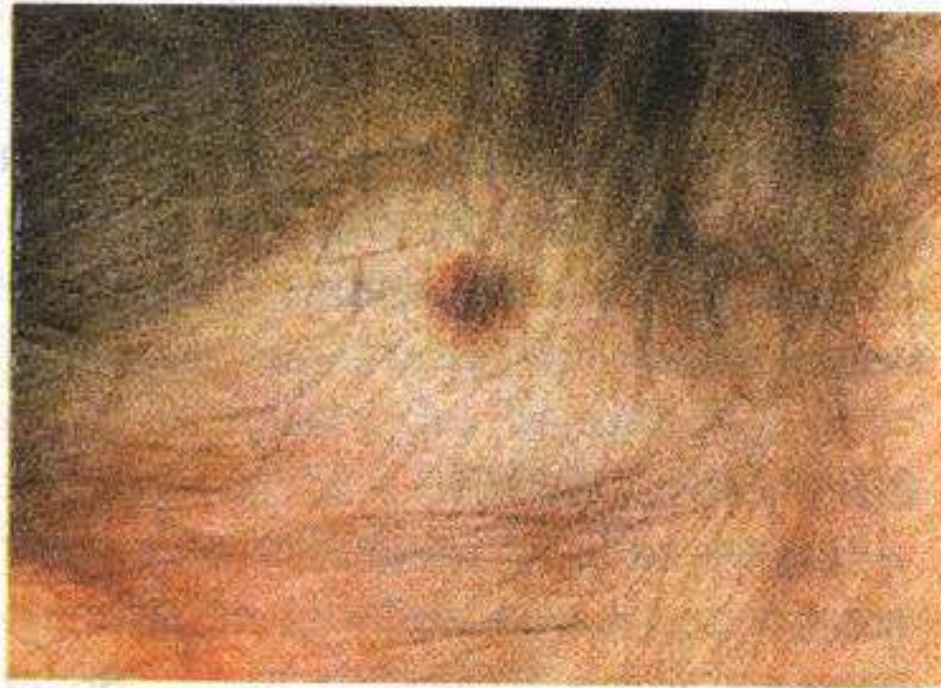


*Fig. 58 - Very dark bluish-black elevated lesion on the foot with well defined edges in places and relatively regular form. Most of the characteristics of this lesion point to it being benign. However the black colour leaves some doubt and it should be excised for histological examination.*

**Histology:** *Blue naevus.*

# Внутрішньодермальний невус

---

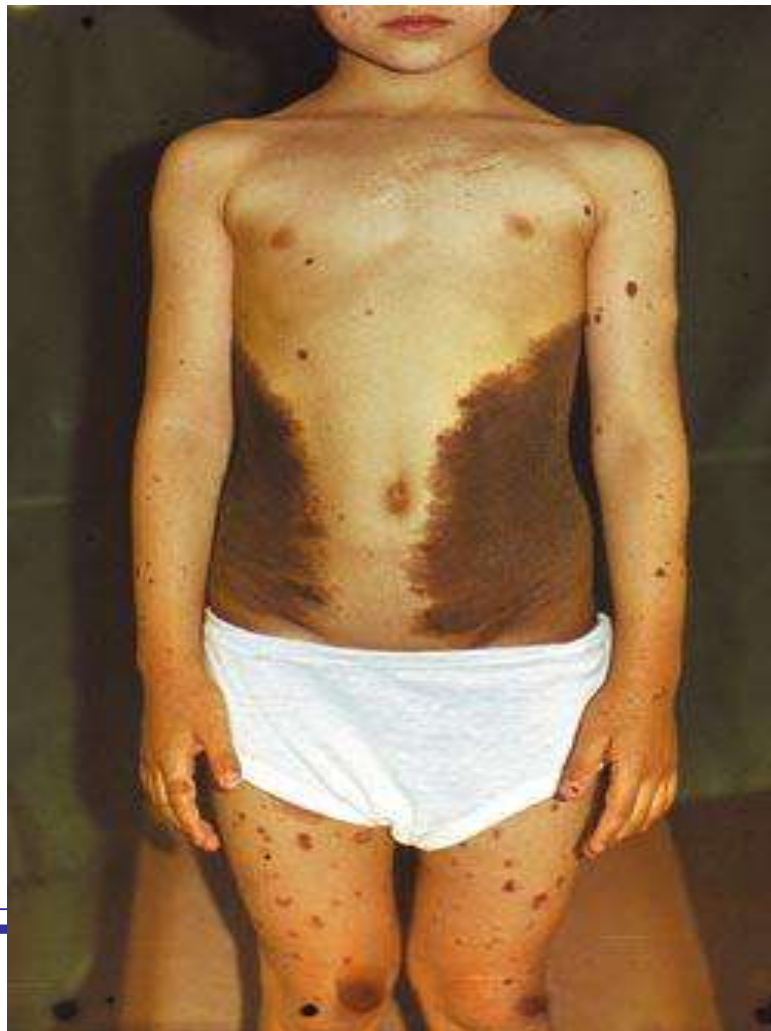


**Рис. 1.** Интрадермальный невус. Плотная коричневая папула на коже волосистой части головы у четырех-летнего ребенка [16]



# Змішаний (дермо-епідермальний) вроджений поширений невуус

---



# Лінійний папіломатозний(бородавчавчатий) невус

---



# Пігментний себорейний кератоз

---



*Fig. 16 - Black cerebriform elevated skin lesion of the trunk, with relatively regular margins and "stuck-on" appearance.*

**Histology:** *Pigmented seborrheic keratosis.*



# Клінічні ознаки малігнізації пігментного невуса

- ✓ Малігнізація невусу проходить такі етапи:  
дисплазія невусу- меланома IN SITU - меланома
- ✓ Швидкий ріст
- ✓ Поява екзофітного компоненту
- ✓ Зміна забарвлення
- ✓ Зміна консистенції
- ✓ Виразкування, кровоточивість, лімфорія
- ✓ Неприємні суб'єктивні відчуття
- ✓ Сателіти
- ✓ Випадіння волосся з поверхні невусу



## В 1971 році W. Clark виділив три клінічні форми росту пухлини

- ❧ Поверхнева меланома. Для неї характерний переважний радіальний ріст;
- ❧ Вузлова форма. Ця клінічна форма характеризується переважним вертикальним ростом;
- ❧ Лентіго-меланома. Розвивається на фоні меланоза Дюбрейля
- ❧ Периферична лентіго-меланома (на підошвах, долонях)

# Початкові прояви меланому

---

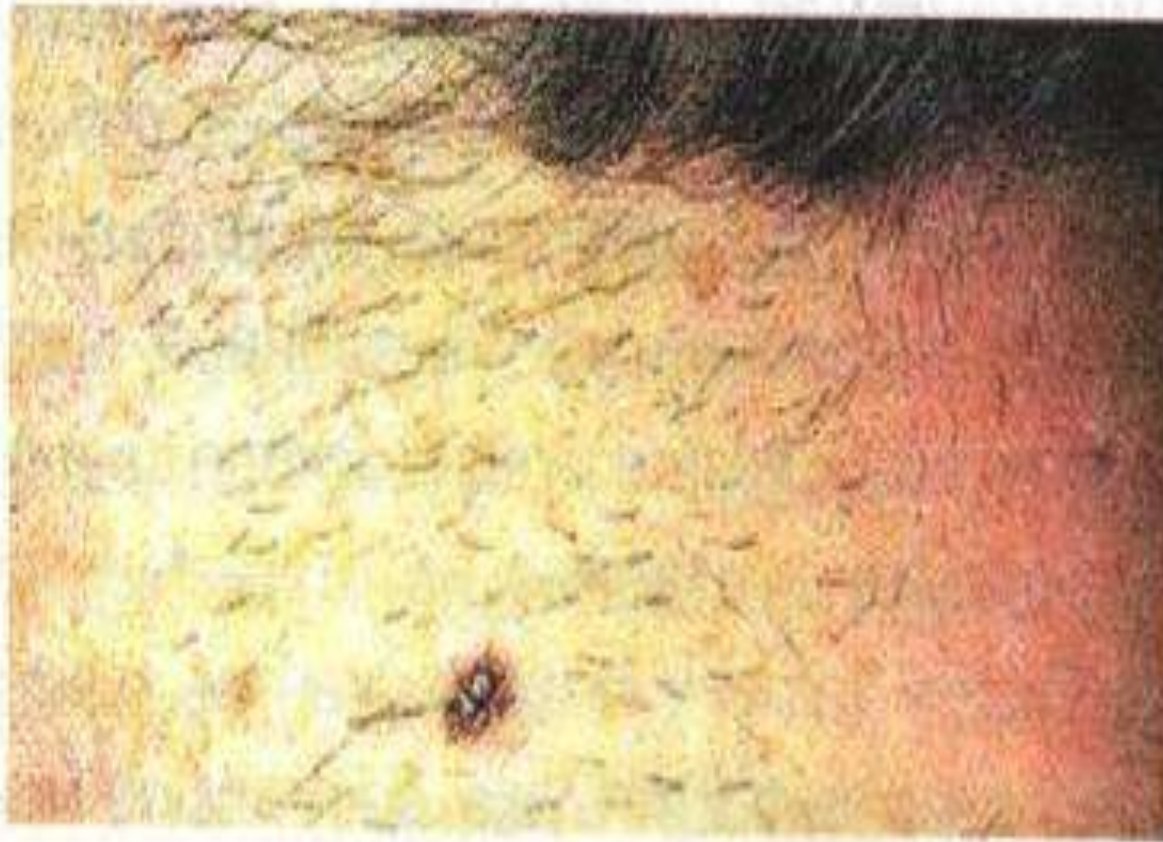


Рис. 5. Начальные проявления меланомы. Одиночная пигментная опухоль располагается на широком осне

## Мультицентрична форма росту меланомы



**Рис. 6.** Мультицентричная форма роста меланомы. Опухоль растет из нескольких очагов, которые сливаются с первичным образованием. Эти очаги (остатки

# Поверхневая меланома

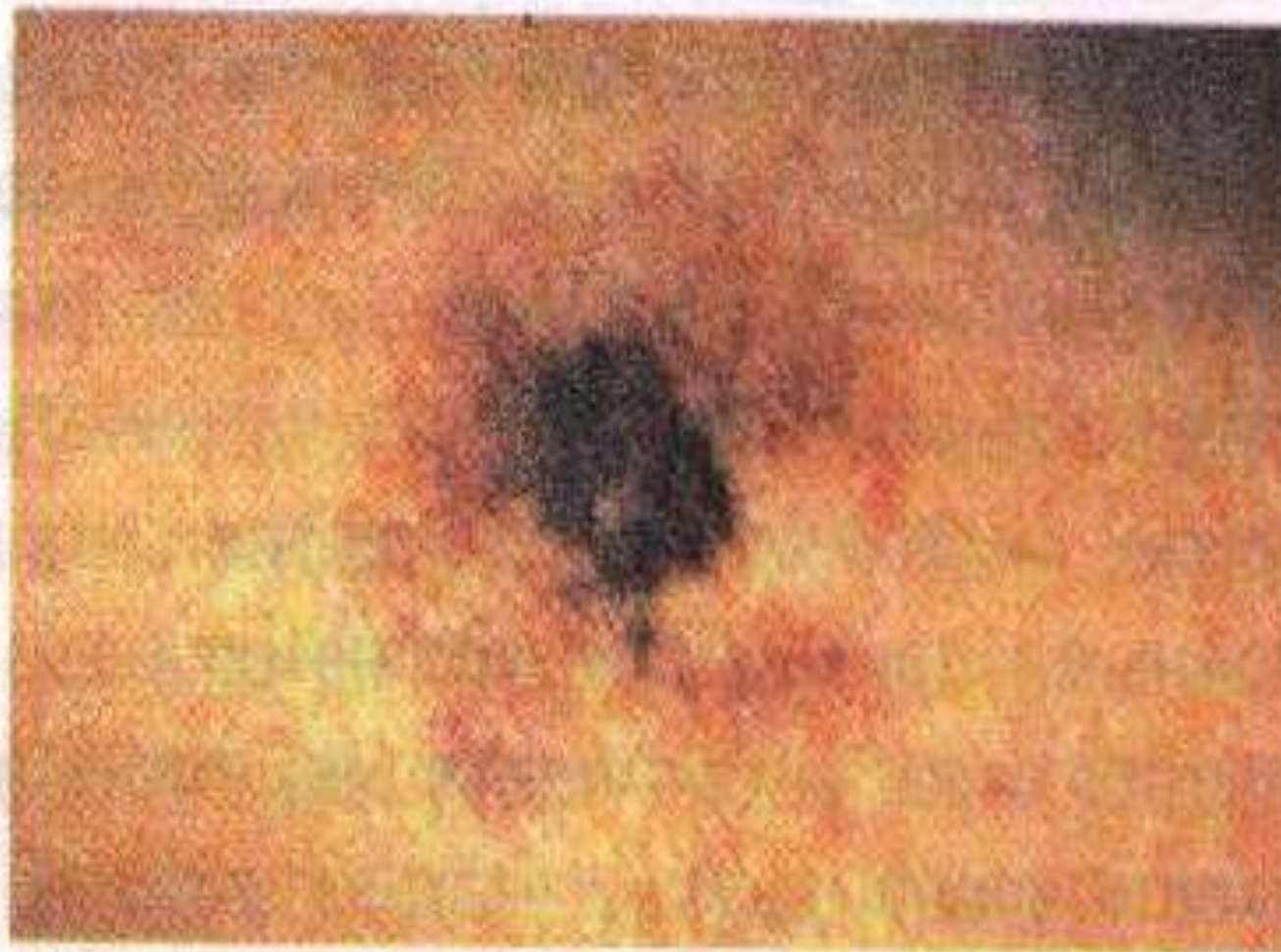


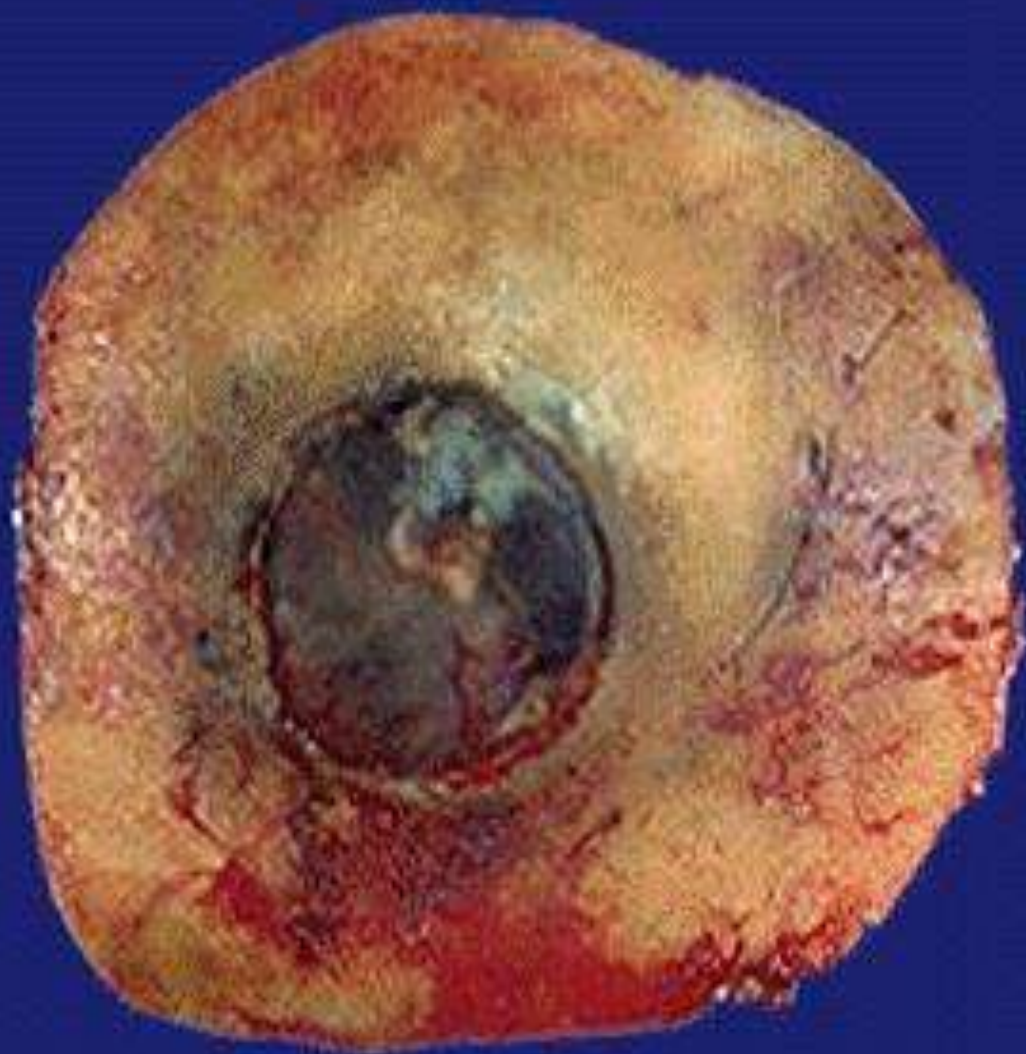
Рис. 8. Поверхностно-распространяющаяся меланома. Большая пигментная опухоль с темными участ-

























# Лентиго-меланома





## ШЛЯХИ МЕТАСТАЗУВАННЯ

1. Лімфогенний
2. Гематогенним – легені (20,2%), шкіра (12,5%), ГОЛОВНИЙ МОЗОК (1,5%).
3. Імплантаційний



В 1968 році S.Rode розрізняв три форми **метастазів в шкірі**.

- ♥ **Сателітна форма.** Дрібні вогнища висипань навколо основного вузла;
- ♥ **Еризипилоїдна форма.** Характеризується набряком шкіри навколо пухлини, зміну кольору на синьо-червоний та різку болісність.
- ♥ **Тромбофлебітична форма.**

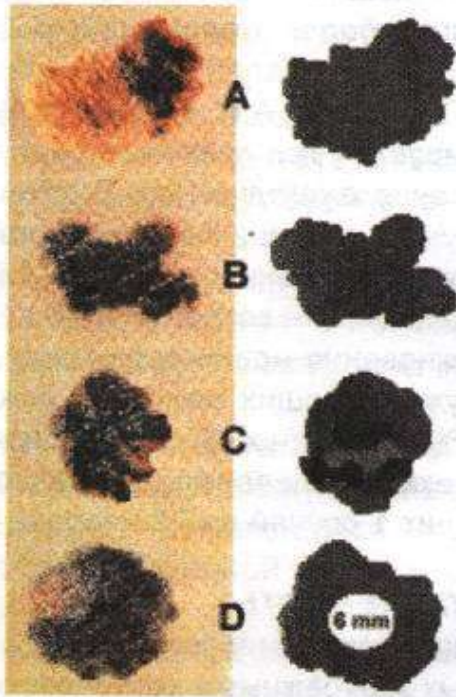


## Діагностика

- ✓ Клінічний етап (анамнез, огляд, пальпація).  
За статистикою відмічають 15-30% діагностичних помилок.
- ✓ Інструментальний (епілюмінесцентна дерматоскопія, конфокальна лазерна скануюча мікроскопія)
- ✓ Цитологічний етап
- ✓ Патогістологічний етап



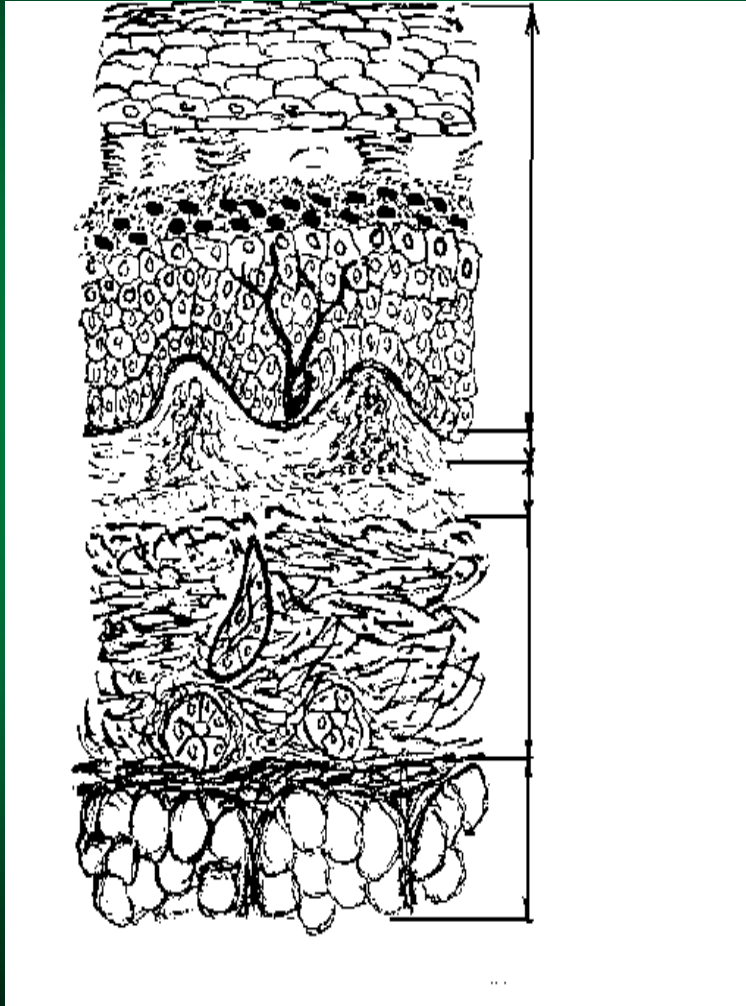
# АВСD-тест



"Правило злокачественности ABCD"

- **A** - (asymmetry): асиметрія;
- **B** - (border irregularity): нерівні краї
- **C** - (color): нерівномірний колір з включенням ділянок червоного, білого та синього кольору;
- **D** - (diameter): діаметр більший 6 мм

# Рівні інвазії меланому за W. Clark та Breslow



⌘ I-рівень, T-0, is

⌘ II - рівень, 0,75мм, T1.

⌘ III- рівень, 1,5-2мм, T2.

⌘ IV- рівень, товщина 4мм, T3.

⌘ V- рівень, товщина > 4мм, T4.



# ТММ классификация меланомы кожи (6-е издание, 2002 г.)

Т критерий	Толщина	Изъязвление
Т 1	< 1.0 мм	а: без изъязвления б: с изъязвлением
Т 2	1.01-2.0 мм	а: без изъязвления б: с изъязвлением
Т 3	2.01-4.0 мм	а: без изъязвления б: с изъязвлением
Т 4	> 4.0 мм	а: без изъязвления б: с изъязвлением
N критерий	Количество метастазов	Характер поражения
N 1	1 л/у	а: микрометастазы б: макрометастазы
N 2	2-3 л/у	а: микрометастазы б: макрометастазы с: транзиторные мтс/ сателлиты без поражения л/у
N 3	4 или более, или транзиторные мтс/сателлиты с поражением л/ у	
M критерий	Локализация метастазов	Уровень ЛДГ в сыворотке крови
M 1a	кожа, подкожная клетчатка, л/у не регионарного коллектора	в пределах нормы
M 1б	Легкие	в пределах нормы
M 1с	другие висцеральные мтс любые отдаленные мтс	в пределах нормы повышен



# ПРИЧИНИ ВИНИКНЕННЯ

- ✦ Генетична та фенотипова схильність
- ✦ Сонячна радіація
- ✦ Рентгенівське опромінення
- ✦ Радіоактивний вплив
- ✦ Хімічні канцерогени
- ✦ Онкогенні віруси
- ✦ Фізична травма



# ПРИНЦИПИ ЛІКУВАННЯ

- I. Хірургічне
- II. Хіміотерапія
- III. Гормональна терапія
- IV. Променева терапія



*NB!* Видалення первинної  
пухлини стимулює розвиток  
метастазів.



# *Хіміотерапія*

Донедавна “золотим стандартом” ХТ меланоми шкіри був ДАКАРБАЗИН (DTIC) у поєднанні іншими протипухлинними препаратами.

За останні десять років єдиними для лікування десимінованої меланоми шкіри стали МЮСТОФОРАН і ТЕМОЗОЛАМІД



*ТЕМОЗОЛАМІД* - дакарбазіна в таблетованій формі, що здатний проникати через ГЕБ.

*МЮСТОФОРАН* – нітрозопохідний препарат, має високу ліпофільність і здатний проникати в пухлинні клітини.



# *Променева терапія*

Меланома відноситься до пухлин **не чутливих** до променевого впливу.

Променеву терапію застосовують з паліативною метою при метастазах в кістки та головний мозок.



## ПРΟΓΝΟЗ

- ⌘ В середньому безрецидивний період перебігу первинної меланоми після видалення первинного вогнища складає **13** міс.
- ⌘ Частіше метастази виникають впродовж першого року спостереження після видалення первинної пухлини.
- ⌘ 5-річна виживаність хворих прооперованих в I стадії коливається в межах **50-70%**.





Дякую за увагу!!!

Disney · PIXAR  
**MONSTERS, INC.**