

Рак кожи - причины возникновения, классификация, способы лечения и профилактики

Литвиненко В.М.

*Литвиненко Владимир Михайлович / Litvinenko Vladimir Mikhaylovith - студент
Кубанский государственный университет, физико-технический факультет, г.Краснодар*

***Аннотация:** в статье рассмотрено – краткое описание основных типов рака кожи, их классификация, способы лечения и профилактики для возможности оценки и рационального выбора прогнозирования и лечения пациентов.*

***Ключевые слова:** рак кожи, плоскоклеточный рак, базально-клеточный рак, аденокарцинома кожи, меланома, TNM-классификация.*

***Keywords:** cancrioid, squamous cell cancer, basal cell cancer, adenocarcinoma, melanoma, TNM-classification.*

Среди общего числа злокачественных опухолей рак кожи составляет около 10%. В настоящее время Дерматология отмечает тенденцию к росту заболеваемости со среднегодовым приростом 4,4%. Чаще всего рак кожи развивается у пожилых людей не зависимо от пола. Наиболее подвержены возникновению заболевания светлокотые люди, лица, проживающие в условиях повышенной инсоляции (жаркие страны, высокогорные местности) и длительно находящихся на открытом воздухе.

В общей структуре рака кожи 11-25% приходится на плоскоклеточную форму рака и около 60-75% в базально-клеточный рак. Поскольку развитие плоскоклеточного и базально-клеточного рака кожи происходит из клеток эпидермиса, эти заболевания также относят к злокачественным эпителиомам [1].

Причины возникновения рака кожи:

Среди причин, вызывающих злокачественное перерождение клеток кожи, на первом месте стоит избыточное ультрафиолетовое облучение. Это доказывает тот факт, что почти 90% случаев рака кожи развиваются на открытых участках тела (лицо, шея), наиболее часто подвергаются облучению. Причем для людей со светлой кожей воздействие УФ-лучей является наиболее опасным.

Возникновения рака кожи может быть спровоцировано влиянием на нее различных химических веществ, обладающих канцерогенным действием: деготь, смазочные материалы, мышьяк, частицы табачного дыма. Привести к появлению рака могут радиоактивные и термические факторы, действующие на кожу. Так, рак кожи может развиваться на месте ожога или как осложнение лучевой дерматита. Частая травматизация рубцов или родинок может стать причиной их злокачественной трансформации с возникновением рака кожи.

Предрасполагающими к появлению рака кожи могут быть наследственные особенности организма, что обуславливает семейные случаи заболевания. Кроме того, некоторые кожные болезни имеют способность со временем подвергаться злокачественному перерождению в рак кожи. Такие заболевания относятся к предраковым состояниям. В их перечень входят: эритроплазия Кейра, болезнь Боуэна, пигментную ксеродерму, лейкоплакию, старческую кератому, кожный рог, меланоз Дюбрейля, меланоопасные пигментные невусы (сложный пигментный невус, голубой невус, гигантский невус, невус Ота) и хронические воспалительные поражения кожи (трофические язвы, туберкулез, сифилис, СКВ и др.) [3].

Классификация рака кожи:

Выделяют следующие формы рака кожи:

- Плоскоклеточный рак кожи (сквамозно-клеточная карцинома) – развивается из плоских клеток поверхностного слоя эпидермиса.

- Базально-клеточный рак кожи (Базалиома) - возникает при атипичных перерождении базальных клеток эпидермиса, имеющие округлую форму и расположенных под слоем плоских клеток.

- Аденокарцинома кожи – редкая злокачественная опухоль, развивающаяся из сальных или потовых желез.

- Меланома – Рак кожи возникает из ее пигментных клеток – меланоцитов. Учитывая Целый ряд особенностей меланомы, много современных авторов отождествляют понятия «рак кожи» только с немеланомным раком.

Для оценки распространенности и стадии процесса при немеланомного рака кожи применяют международную TNM-классификацию.

T - распространенность первичной опухоли

TX - невозможно оценить опухоль из-за недостатка данных

T0 - опухоль не определяется.

Tis - рак на месте (преинвазивная карцинома).

T1 - размер опухоли до 2 см.

T2 - размер опухоли до 5 см.

TC - размер опухоли более 5 см.

T4 - рак кожи прорастает в нижележащие глубокие ткани: мышцы, хрящи или кости.

N - состояние лимфатических узлов

NX - невозможно оценить состояние регионарных лимфоузлов из-за недостатка данных.

N0 - признаки метастазов в регионарные лимфоузлы не обнаружено.
N1 - является метастатическое поражение регионарных лимфоузлов.

М - наличие метастазирования

MX - недостаток данных о предоставлении отдаленных метастазов.

M0 - признаки отдаленных метастазов не обнаружено.

M1 - наличие отдаленных метастазов рака кожи.

Оценка степени дифференцировки опухолевых клеток проводится в рамках гистопатологической классификации рака кожи [5].

GX - нет возможности определить степень дифференцировки.

G1 - высокая дифференцировки опухолевых клеток.

G2 - средняя дифференцировки опухолевых клеток.

G3 - низкая дифференцировки опухолевых клеток.

G4 - недифференцированный рак кожи.

Симптомы рака кожи:

Плоскоклеточный рак кожи характеризуется быстрым ростом и распространением, как по поверхности кожи, так и в глубину. Проращение опухоли в расположенные под кожей ткани (мышечную, костную, хрящевую) или присоединении воспаления сопровождается появлением болевого синдрома.

Плоскоклеточный рак кожи может проявляться в виде язвы, бляшки или узла.

Язвенный вариант плоскоклеточного рака кожи имеет вид кратерообразной язвы, окруженной плотными возвышенным и круто обрываются краями. Язва имеет неровное дно, покрытое корочками засохшего серозно-кровоянистого экссудата.

Бляшка плоскоклеточного рака кожи отличается ярко-красной окраской, плотной консистенции и бугристой поверхностью. Она часто кровоточит и быстро увеличивается в размерах.

Крупнобугристая поверхность узла при плоскоклеточном раке кожи делает его похожим на цветную капусту или гриб. Характерна большая плотность, ярко-красная или коричневая окраска опухолевого узла. Его поверхность может эрозивная или изъязвляются [5].

Базально-клеточный рак кожи имеет более доброкачественное и медленное течение, чем плоскоклеточный. Только в запущенных случаях он прорастает подлежащие ткани и вызывает болезненность. Метастазирования, как правило, отсутствует. Базально-клеточный рак кожи отличается большим полиморфизмом. Он может быть представлен узелково-язвенной, бородавчатой, рубцово-атрофической, пигментной, нодулярной, склеродермиформной и плоской поверхностной формами. Начало большинства клинических вариантов базалиомы происходит по образованию на коже с единичного небольшого узелка. В некоторых случаях новообразования могут иметь множественный характер.

Аденокарцинома кожи чаще всего возникает на участках, богатых потовыми и сальными железами. Это подмышечные впадины, паховая область, складки под молочными железами и т. п. Начинается аденокарцинома по образованию изолированно узла или папулы небольших размеров. Этот редко встречающийся вид рака кожи характеризуется медленным ростом. Лишь в некоторых случаях аденокарцинома может достигать больших размеров (около 8 см в диаметре) и прорасти мышцы и фасции.

Меланома в большинстве случаев представляет собой пигментированную опухоль, имеет черную, коричневую или сѐрую окраску. Однако известны случаи и депигментированных меланом. В процессе роста меланомных рака кожи выделяют горизонтальную и вертикальную фазу. Его клинические варианты Представленные лентиго-меланомой, поверхностно-распространяющейся и узловой формами.

Осложнения рака кожи:

Рак кожи, распространяясь в глубь тканей, вызывает их разрушение. Учитывая угощаю локализации рака кожи на лице, процесс может затрагивать уши, глаза, околоносные пазухи, головной мозг, что приводит к потере слуха и зрения, развития синуситов и менингитов злокачественного происхождения, поражение жизненно важных структур головного мозга вплоть до летального исхода.

Метастазирование рака кожи происходит в первую очередь по лимфатическим сосудам с развитием злокачественного поражения регионарных лимфоузлов (шейных, подмышечных, паховых). При этом обнаруживается уплотнение и увеличение пораженных лимфатических узлов, их безболезненность и подвижность при прощупывании. Со временем происходит спаивание лимфатических узла с окружающими его тканями, в результате чего он теряет подвижность. Появляется болезненность. Затем лимфоузел распадается с образованием язвенного дефекта расположенной над ним кожи.

Распространение раковых клеток с током крови приводит к образованию вторичных опухолевых очагов во внутренних органах с развитием рака легких, желудка, кости, печени, опухоли головного мозга, рака молочной железы, рака почки, злокачественной опухоли надпочечника.

Диагностика рака кожи:

Пациенты с подозрением на рак кожи должны быть проконсультированы дерматоонкологом. Врач проводит осмотр участков кожи, пальпацию регионарных лимфоузлов, дерматоскопию. Определение глубины прорастания опухоли и распространенности процесса может быть произведено с помощью УЗИ. Для пигментных образований дополнительно показана сиаскопия.

Окончательно подтвердить или опровергнуть диагноз рака кожи может только цитологическое и гистологическое исследования. Цитологическое исследование проводится путем микроскопии специально окрашенных мазков-отпечатков, сделанных с поверхности раковых язв или эрозий. Гистологическую диагностику рака кожи проводят на материале, полученном после удаления новообразования или путем биопсии кожи. Если, целостность кожи над опухолевым узлом не нарушена, то взятие биопсийного материала осуществляется пункционным методом. Гистология выявляет наличие атипичных клеток, устанавливает их происхождения (плоские, базальные, меланоциты) и степень дифференцировки.

При диагностировании рака кожи в некоторых случаях следует исключить его вторичную природу, т.е. наличие первичной опухоли внутренних органов. Особенно это касается аденокарцином кожи. С этой целью проводится УЗИ органов брюшной полости, рентгенографии легких, КТ почек, контрастная урография, сцинтиграфия скелета, МРТ и КТ головного мозга и др. Эти же обследования необходимы в диагностике отдаленных метастазов или случаев глубокого прорастания рака кожи [4].

Лечение рака кожи:

Выбор способа лечения рака кожи определяется в соответствии с его видом, распространенности процесса, степенью дифференцировки раковых клеток. Учитывается также локализация рака кожи и возраст пациента.

Основная задача в лечении рака кожи – это его радикальное удаление. Чаще всего оно проводится путем хирургического иссечения патологических измененных тканей. Операция проводится с захватом видимо здоровых тканей на 1-2 см [2]. Совершить сделку с минимальным захватом здоровых тканей при максимально полном удалении всех опухолевых клеток рака кожи позволяет микроскопическое интраоперационное обследование зоны удаления образования. Иссечение рака кожи может быть проведено с помощью неодимового или углекислотного лазера, который уменьшает кровотечение во время операции и дает хороший косметический результат.

В отношении небольших по размеру опухолей (до 1-2 см) при незначительном прорастании рака кожи в окружающие ткани могут применяться электрокоагуляция, кюретаж или удаление лазером. При проведении электрокоагуляции рекомендуемый захват здоровых тканей составляет 5-10 мм [2]. Поверхностные высокодифференцированные и малоинвазивные формы рака кожи могут подвергаться криодеструкции с захватом здоровых тканей на 2-2,5 см [2]. Поскольку криодеструкция не оставляет возможности для проведения гистологических исследований удаленного материала, она может быть проведена только после предварительной биопсии с подтверждением малого распространения и высокой дифференциации опухоли.

Рак кожи, захватывающий незначительную площадь, может быть эффективно излечен с помощью близкофокусной рентгенотерапии. Для лечения поверхностных, но больших образований рака кожи применяется облучение электронным пучком. Лучевая терапия после удаления опухолевого образования показана пациентам с высоким риском метастазирования и в случае рецидива рака кожи. Лучевая терапия также применяется для подавления метастазов и как паллиативный метод при неоперабельном раке кожи.

Возможно применение фотодинамической терапии рака кожи, при которой облучение проводят на фоне введения фотосенсибилизаторов. При базалиоме положительный эффект дает местная химиотерапия цитостатиками.

Профилактика рака кожи:

Профилактические мероприятия, направленные на предупреждение рака кожи, заключаются в защите кожи от воздействия неблагоприятных химических, радиационных, ультрафиолетовых, травматических, термических и прочих воздействий. Следует избегать открытых солнечных лучей, особенно в период наибольшей солнечной активности, использовать различные солнцезащитные средства. Работникам химической промышленности и лицам, связанным с радиоактивным излучением, необходимо соблюдать правила безопасности и использовать защитные средства.

Важное значение имеет наблюдение пациентов, имеющих предраковые заболевания кожи. Регулярные обзоры у дерматолога или дерматоонколога в этих случаях направлены на своевременное выявление признаков перерождения заболевания раком кожи. Предупреждение трансформации меланоопасных невусов в рак кожи заключается в правильном выборе лечебной тактики и способа их удаления.

Литература

1. Аксель Е.М. Статистика заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований в 2000 году / Е.М. Аксель, М.И. Давыдов // Злокачественные новообразования в России и в странах СНГ в 2000 году. М.: РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, 2000. С.85-106.
2. Дубенский В.В. Современные аспекты эпидемиологии, патогенеза, клиники и лечения базально-клеточного рака кожи / В.В. Дубенский, А.А. Гармонов // Вестник дерматологии. 2004. №6. С.7-12.
3. Злокачественные новообразования в России в 2005 году (заболеваемость и смертность) / под ред. В.И. Чиссова и др. М.: ФГУ МНИОИ им. П.А. Герцена Росздрава, 2007. 252 с.
4. К проблеме лечения базалиомы кожи / В.А. Молочков, Е.С. Снарская, П.Ю. Поляков и др. // Рос. журн. кожных и венерических болезней. 2005. №6. С.4-9.
5. Нефедов О.Н. Медико-социальное исследование рака кожи (распространенность, факторы риска, совершенствование специализированной помощи): автореф. дис. канд. мед. наук / О.Н. Нефедов. СПб., 2006. 19 с.