

**Государственное автономное образовательное учреждение
среднего профессионального образования Республики Крым
«Керченский медицинский колледж имени Г.К.Петровой»**

ЛЕКЦИЯ

«Опухоли кожи, мягких тканей и костей»

2019

План лекции

1. Рак кожи и меланома. Понятие. Классификация.
2. Признаки заболевания. Предрасполагающие факторы.
3. Клинические проявления рака кожи и меланомы.
4. Диагностика. Роль физикальных методов обследования в ранней диагностике рака кожи и меланомы. Лечение рака кожи и меланомы.
5. Опухоли костей и мягких тканей. Особенности клиники, диагностики и лечения.

РАК КОЖИ

Опухоли кожи относятся в онкологии к разряду лидирующей патологии.

В структуре онкологической заболеваемости в России злокачественные опухоли кожи занимают по частоте 3-е место у мужчин (после рака легкого и желудка) и 2-е место у женщин (после рака молочной железы).

В последние годы отмечается неуклонный рост заболеваемости этой патологией.

В возникновении рака кожи большое значение имеют предраковые заболевания кожи, бытовые, профессиональные факторы, травмы и т.д.

Группу бытовых причин представляют различные физические воздействия – многократные ушибы, механические раздражения кожи, ожоги, длительное воздействие на кожу солнечного света, неблагоприятные атмосферные условия (сухость, влажность, обветривание кожи).

К профессиональным факторам относится воздействие рентгеновских лучей, радиоактивное облучение, раздражение химическими канцерогенными веществами – сажа, каменноугольная смола и т.д.

К предраковым заболеваниям относят:

- 1) облигатные предраки (как правило переходящие в рак) - пигментная ксеродерма, болезнь Боуэна, болезнь Педжета;
- 2) факультативные предраки (переход в рак возможен, но не обязателен) – хронические язвы кожи, свищи, рубцы, волчанка, туберкулез кожи и сифилис, аномалии развития кожи.

Пигментная ксеродерма – возникает вскоре после рождения на лице, открытых местах тела. Появляются - покраснение кожи, пигментные пятна, бородавки.

В качестве профилактики развития рака кожи рекомендуется иссечение этих образований ножом или электроэксцизия или близкофокусная рентгенотерапия. Рекомендуется защита этих мест от солнечных лучей.

Дискератоз Боуэна – на теле появляются пятна, плоские диски, овальные образования. Они покрыты чешуйками, трудно снимаемыми корочками, возвышаются над поверхностью и более плотные по сравнению с окружающими тканями (кожей).

Лечение дискератоза Боуэна – хирургическое удаление образования или близкофокусная рентгенотерапия.

Болезнь Педжета – появление на коже экзематозно-язвенной поверхности, которая затем превращается в язву, темно-красную, влажную, покрытую корочками. Спонтанно не излечивается и не поддается противоэкематозному лечению.

Болезнь Педжета соска молочной железы относится к раковым заболеваниям.

Рак кожи – имеет форму бородавки с плотным роговым основанием или в виде выросшего рогового образования на лице, голове, реже на других участках тела.

Рак кожи может возникнуть как на здоровой прежде коже, так и из предшествующих предраковых заболеваний.

Различают следующие клинические формы рака кожи: поверхностную (базалиома), первичный глубокопроникающий рак и папиллярную (фунгозную) формы.

Поверхностная форма (базалиома) – излюбленная локализация веки, крылья носа, щеки, переносица, лоб, шея (90-98%). Развивается очень медленно. Вначале появляются плотные белесоватые узелки или желтовато-серые бляшки, часто зудящие. Располагаются на уровне кожи или чуть возвышаются над ней. Постепенно опухоль увеличивается в размерах (до 0,5 см в диаметре), становится дольчатой, на ее поверхности появляются телеангиоэктазии. В центре образуется изъязвление, края язвы превращаются

в плотный валик с жемчужным блеском. Эти язвы могут кровоточить и покрываться маленькими слущивающимися корочками.

Метастазы при базальноклеточном раке возникают редко. Метастазируют опухоли, достигшие больших размеров, с деструкцией окружающих тканей, повторно рецидивирующие.

Лечение базалиомы – хирургическое удаление (крио-, электро-, лазерную деструкцию), близкофокусную рентгенотерапию, наружную и системную химиотерапию (проспидин). При любом методе лечения вероятность рецидива составляет 5-10 %.

Первичный глубокопроникающий рак – начинается в глубине кожи. Характеризуется прогрессирующим злокачественным течением, склонностью к лимфогенному и гематогенному метастазированию. Вначале в толще кожи появляется подвижный, твердый, бугристый узелок, покрытый неизменным эпителием. Очень быстро опухоль распространяется на окружающие ткани, становится неподвижной и изъязвляется. Образуется кратерообразная язва с блестящим дном, заполненная некротическими массами. Этот рак довольно рано и часто метастазирует в регионарные лимфатические узлы.

Выбор метода лечения зависит от стадии, локализации, распространенности процесса, наличия метастазов, возраста и общего состояния больного.

Для лечения рака кожи в настоящее время применяют криодеструкцию, хирургическое удаление опухоли, лучевую терапию, химиотерапию, а также комбинированное лечение.

Папиллярный (фунгозный) рак - встречается значительно реже. Этот рак приводит к значительному новообразованию тканей, которые растут как в глубину, так и наружу. Образуются бугристые выросты в виде множественных папиллом, различные грибовидные разрастания. Такой рак растет очень быстро, рано метастазирует и нередко приводит больных к кахексии.

Лечение его аналогично первичному глубокопроникающему раку.

Прогноз при раке кожи зависит от типа опухоли, стадии болезни и соответствующего лечения, но он значительно благоприятнее, чем при раке внутренних органов.

Течение рака кожи делится на 1У стадии:

1 стадия – ограниченная дермой опухоль или язва размером до 2 см, подвижная вместе с кожей и без метастазов.

11 стадия – опухоль или язва более 2 см, поражает всю толщу кожи, без распространения на подлежащие ткани. В ближайших лимфатических узлах может быть один подвижный метастаз.

111 стадия – значительная опухоль, прорастает всю толщу кожи и подлежащие ткани, но не перешедшая на кость или хрящ, без определяемых метастазов или такая же (или меньших размеров) опухоль, но имеются множественные подвижные или один неподвижный метастаз.

1У стадия – опухоль или язва прорастающая подлежащие ткани, хрящевой или костный скелет. Имеются неподвижные регионарные или отдаленные метастазы.

Меланома кожи.

Меланома (меланобластома) является одной из самых злокачественных опухолей. Она развивается из клеток продуцирующих пигмент меланин. Эти клетки располагаются преимущественно в базальном слое эпидермиса.

Значительное число меланом развивается из пигментных и без пигментных родимых пятен, как врожденных, так и появившихся в различные периоды внеутробной жизни. Часто перерождение пигментного пятна возникает после его травмы – ушиба, царапины, перевязывания нитью и т.п.

Признаками озлокачествления пигментного образования кожи являются:

1. увеличение его размеров,
2. уплотнение,
3. усиление или ослабление пигментации,
4. изъязвление,
5. появление трещин, красноты и зоны застоя вокруг пигментного пятна или пигментной бородавки.

Опухоль может выглядеть как темное пятно, образовывать легкое выпячивание, приобретать вид папилломатозных разрастаний, иметь грибовидную или неправильную форму. Поверхность опухоли может быть гладкой или шероховатой, блестящей, зеркально-блестящей, мокнущей, легко кровоточащей или покрытой корочками и изъязвленной.

Окраска меланомы может быть черной, коричневой, синей, серой, розовой, красно-розовой, фиолетовой и редко – беспигментной.

Весьма достоверными признаками меланомы являются:

1. появление новых «дочерних» узелковых образований в окружности опухоли,
2. появление лучистых разрастаний из-за распространения опухоли по лимфатическим щелям,
3. увеличение регионарных лимфатических узлов.

Меланома быстро метастазирует в лимфатические узлы и внутренние органы (легкие, печень, головной мозг) и рано приводит к смерти.

Лечение меланомы комплексное – основной метод хирургический (широкое иссечение с лимфаденэктомией) с добавлением лучевой и химио-гормонотерапии.

Прогноз при меланоме в целом неблагоприятный, показатель пятилетней выживаемости менее 40 %.

ОПУХОЛИ КОСТЕЙ

Первичные ЗНО костей встречаются относительно редко и поражают преимущественно детей на втором десятилетии жизни. Более половины всех случаев ЗНО костей приходится на остеогенную саркому.

Новообразования костей подразделяются на две большие группы:

1. опухоли, развивающиеся из опорной ткани – остеосаркома, хондросаркома, фибросаркома, миосаркома;
2. опухоли, развивающиеся из элементов костного мозга – ретикулосаркома, лимфосаркома, миеломная болезнь.

Саркомы костей чаще возникают в длинных трубчатых костях нижних конечностей и особенно часто в проксимальном метафизе большеберцовой и малоберцовой костей, дистальном метафизе бедренной кости.

Клиника ЗНО костей начинается с тупых, тянущих болей перемежающегося характера. Боли усиливаются, становятся постоянными. В это время обычно определяется плотная, неподвижная, болезненная опухоль, которая располагается в той области, где возникли боли. При осмотре определяется местная гиперемия и гипертермия кожи над опухолью, расширение подкожных вен.

Диагноз устанавливается на основании рентгенологического и морфологического (биопсии) исследований.

Тактика лечения зависит от гистологического строения и степени распространенности заболевания. При опухолях из опорной ткани основным методом лечения является хирургический – ампутация.

Лучевая терапия чаще всего применяется в виде предоперационного облучения.

При всех вариантах радикального лечения с целью профилактики гематогенных метастазов проводится химиотерапия.

При метастазах используют химиолучевое лечение.

ЗНО МЯГКИХ ТКАНЕЙ

Этот термин применяют для обозначения новообразований, исходящих из мышц, сосудов и нервов.

Симптоматика этих опухолей скудная. Чаще всего больные обращаются к врачу, когда опухоль прощупывается.

Ведущим методом диагностики является морфологическая идентификация опухоли путем биопсии.

Большое значение для диагностики имеет УЗИ, КТ и МРТ, особенно в плане оценки распространенности опухолей и их связи с окружающими тканями.

Основным методом лечения является хирургический.

Лучевая терапия применяется как элемент комбинированного или комплексного лечения.

Химиотерапия используется как элемент химиолучевой терапии при неоперабельных опухолях.

При фибросаркомах 5-летняя выживаемость после радикального лечения составляет 50-55%.