

**ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД  
УЖГОРОДСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ФАКУЛЬТЕТ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ**

**КАФЕДРА КЛІНІЧНОЇ ОНКОЛОГІЇ, ПРОМЕНЕВИХ МЕТОДІВ  
ДІАГНОСТИКИ, АНЕСТЕЗІОЛОГІЇ, ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ ТА  
МЕДИЦИНИ НЕВІДКЛАДНИХ СТАНІВ**

**РАК ШКІРИ:**

**ЕПІДЕМІОЛОГІЯ, КЛІНІКА, ДІАГНОСТИКА, ЛІКУВАННЯ**

(методичні рекомендації)

**Ужгород – 2011**

**Установа – розробник:**

Кафедра променевих методів діагностики,  
клінічної онкології, анестезіології,  
інтенсивної терапії, медицини невідкладних  
станів УжНУ

Методичні рекомендації для самопідготовки до семінарських занять  
лікарів-інтернів за фахом «Клінічна онкологія», «Загальна практика – сімейна медицина»,  
«Хірургія»

Тема: РАК ШКІРИ

**Автори:** проф. Готько Є.С., доц. Жеро С.В.,  
Пригара Д.В., Готько Н.Є., Готько І.Ю.,  
Машура Г.Ю., Мельник М.І., Довганич Т.В.,  
Цигика Д.Й.

**Ужгород – 2011**

Методичні рекомендації для самопідготовки до семінарських занять лікарів-інтернів та курсантів за фахом «Клінічна онкологія», «Загальна практика – сімейна медицини», «Хірургія» на курсі «Клінічна онкологія» факультету післядипломної освіти Ужгородського національного університету.

**Курс:** Клінічна онкологія

**Тема:** Тема: РАК ШКІРИ

Затверджено на засіданні Вченої Ради факультету післядипломної освіти Ужгородського університету 15 грудня 2011 року, протокол № 5

**Автори:** проф. Готько Є.С., доц. Жеро С.В.,  
Пригара Д.В., Готько Н.Є., Готько І.Ю.,  
Машура Г.Ю., Мельник М.І., Довганич Т.В.,  
Цигика Д.Й.

Рецензенти:

## ЗМІСТ

1. Епідеміологія раку шкіри .....	4
2. Етіологія раку шкіри .....	6
3. Фактори ризику виникнення раку шкіри .....	5
4. Класифікація раку шкіри .....	7
5. Клінічні ознаки раку шкіри .....	9
6. Діагностика раку шкіри .....	10
7. Диференційна діагностика раку шкіри .....	10
8. Лікування раку шкіри .....	10
9. Рекомендована література .....	12

## **Епідеміологія раку шкіри**

Рак шкіри – це друга за поширенням( після раку легень) злоякісна патологія в Україні. Захворюваність на рак шкіри в 1992 році становила 30,9 випадків на 100 тис. населення. У 1997 році – 39,1, а в 1999 році – 35,5.

Щороку діагностується 17,5 тис. нових випадків раку шкіри, а смертність становить 1,5/100 тис. Тобто 98,5% хворих на рак шкіри виживає і це, без сумніву, є значним досягненням онкології.

Захворюваність на рак шкіри дещо більша в жіночого населення України (37,9/100 тис), ніж у чоловічого (32,7). У жінок він знаходиться на другому місці після раку молочної залози. Значне збільшення захворюваності відмічається, починаючи з 50-річного віку: від 40 випадків до 180/100 тис. у віці 70-74 років. А у віковій групі понад 75 років рак шкіри займає домінуюче положення серед усіх злоякісних захворювань у жінок.

Для шкіри характерні три групи пухлин: доброякісні, місцево-деструктивні і злоякісні. Субстратом для розвитку цих пухлин служать епідерміс, додатки шкіри та їхні ембріональні зародки. Основою для розвитку сполучнотканинних пухлин є мезенхіма.

## **Етіологія раку шкіри**

Серед факторів, що спричиняють розвиток раку шкіри, чільне місце займає інсоляція, тривалий контакт із хімічними канцерогенами, термічні опіки, радіоактивне опромінення.

## **Фактори ризику виникнення раку шкіри**

1. Фізичні фактори:

- інсоляція вважається основним канцерогенним фактором. 90% раку шкіри виникають у тих місцях тіла, які постійно або інтенсивно зазнають впливу сонячного опромінення;
  - іонізуюче та рентгенівське випромінювання є причиною розвитку раку шкіри у віддаленому періоді після опромінення (через 20 і більше років). При чому базально-клітинний рак виникає в 75% випадків, а плоскоклітинний рак – в 25%.
  - вугілля, вугільна смола, гудрон, асфальт – це виробничі канцерогенні фактори;
  - миш'як: тривала виробнича експозиція з миш'яковистими сполуками сприяє розвитку хвороби Боуена, мультифокального базальноклітинного і плоскоклітинного раку, а також асоціюється з карциномами кишечника.
2. Хронічні запальні процеси: трофічні виразки, остеомієлітні нореці, тріщини і виразкування післяопікових рубців;
- специфічні процеси: дискоїдних червоний вовчок, туберкульоз шкіри, сифіліс, бульозний епідермоліз.
3. Факультативні передраки:
- гіперкератози: старечий кератоз, фотохімічні або сонячні кератози, шкірний ріг;
  - доброякісні новоутворення: папіломи, фіброми, фібропапіломи, кератоакантоми, аденоми сальних і потових залоз, бородавки, гемангіоми.
4. Облігатні передраки:
- пігментна ксеродерма;
  - хвороба Боуена;
  - еритроплазія Кейра.
5. Спадкові фактори:

- пігментна ксеродерма (автономно-рецесивне захворювання). Діти з цією хворобою мають високий ризик розвитку базальноклітинного раку, плоскоклітинного раку і меланоми;
- базальноклітинний невусний синдром (передається за автосомно-домінантним типом), характеризується множинними ураженнями шкіри обличчя і тулуба вже в юнацькому віці.

**6. Інші фактори:**

- вік понад 50 років;
- білий колір шкіри, світле і руде волосся, голубі очі, схильність до швидкого загару;
- імуносупресія, як наприклад, після трансплантації нирок, є сприяючим фактором для розвитку раку шкіри і лімфом;
- папіломавіруси людини (HPV): HPV типів 5 і 8 спричиняють бородавчату епідермодисплазію, на ґрунті якої може виникнути плоскоклітинний рак під впливом сонячного опромінення.
- активація онкогенів Ki-ras, N-ras, Ha-ras, c-myc; інактивація антионкогенів (p53).

**Класифікація раку шкіри (коди МКХ-10 С44.0-С44.9, С63.2) за системою TNM-6 (2002)**

**T - первинна пухлина:**

Tx - первинна пухлина не може бути виявленою

T0 - немає ознак первинної пухлини

Tis - карцинома in situ

T1 - пухлина розміром до 2 см

T2 - пухлина розміром 2 - 5 см

T3 - пухлина розміром понад 5 см

T4 - пухлина проростає в екстрадермальні тканини: м'язи, хрящ, кістку

**Примітка.** У випадку первинно-множинної карциноми категорія Т встановлюється

за розмірами найбільшого ураження з відміткою в дужках кількості первинних пухлин, наприклад Т2(5).

**N - регіонарні лімфатичні вузли:**

Nx - регіонарні лімфатичні вузли не можуть бути визначеними

N0 - немає метастатичного ураження лімфовузлів

N1 - метастази в лімфатичні вузли

**M - віддалені метастази:**

Mx - віддалені метастази не можуть бути визначеними

M0 - немає віддалених метастазів

M1 - віддалені метастази

**G - гістопатологічна градація:**

Gx - ступінь диференціації не може бути оцінений

G1 - високий ступінь диференціації

G2 - помірний ступінь диференціації

G3 - низький ступінь диференціації

G4 - недиференційована пухлина

Стадії	Стадія 0	Стадія I	Стадія II
Стадія III	Стадія IV	T	Tis
T1	T2 , T3	T4 ,T (будь-яке)	яке)
T(будь-яке)	N	N 0	N0
N0	N1	N (будь-яке)	M
M0	M0	M0	M0

**Гістологічна класифікація пухлин шкіри (ВООЗ №12), що стосується злоякісних епітеліальних новоутворень.**



А. Базальноклітинний рак (базаліома).

Б. Плоскоепітеліальний рак.

В. Метатиповий рак.

Г. Пухлини потових залоз.

Д. Пухлини сальних залоз.

Е. Пухлини волосяних фолікулів.

Ж. Хвороба Педжета:

- 1. Грудної залози.
- 2. Інших локалізацій.
- 3. Недиференційований рак

### **Клінічні ознаки раку шкіри**

Рак шкіри, як і базеліома, частіше розвивається в осіб старшого віку. Він локалізується переважно на шкірі обличчя. Розрізняють поверхневу, глибокопроникну і капілярну форми раку шкіри. Поверхнева форма раку шкіри виявляється спочатку невеликою сіро-жовтою бляшкою, яка виступає над поверхнею шкіри. Згодом по периферії утворюється щільний валик, краї пухлини стають мереживними, а в центрі з'являється розм'якшення. Через деякий час у місці розм'якшення утворюється виразка, вкрита кіркою. Прилеглі ділянки шкіри червоніють, з'являються ознаки запального процесу. Характерною рисою для розвитку пухлини є відсутність больового синдрому навіть у випадку виразок значного розміру.

При глибокопроникній формі пухлина поширюється в підлеглі тканини. Виразка глибшає, її краї ущільнюються, стають валикоподібними, підритими і нерухомими при пальпації. Дно виразки вкрите некротичною плівкою.

Значно рідше трапляється папілярна форма. Вона має вигляд вузла з чіткими контурами, який вирізняється над рівнем здорової шкіри. Його поверхня вкрита неглибокими виразками, які часто кровоточать. Для великих

ракових виразок характерні щільні неболючі метастази в регіонарних лімфатичних вузлах.

### **Діагностика раку шкіри**

Діагноз раку шкіри ґрунтується на даних клінічного обстеження, але обов'язково вимагає морфологічного підтвердження. З цією метою досліджують мазки-відбитки з виразкової поверхні, використовують аспіраційну, інцизійну та ексцизійну біопсію.

Діагноз формується за системою TNM стосовно раку шкіри.

### **Диференційна діагностика**

Диференційна діагностика проводиться з вовчаком, туберкульозом шкіри, сифілісом, грибковими ураженнями і доброякісними пухлинами.

### **Лікування раку шкіри**

Лікування базальноклітинного та епідермоїдного раків можна проводити хірургічним, променевим, медикаментозним та комбінованим методами. Серед хірургічних втручань виділяють оперативне лікування, криогенну деструкцію та лазерну коагуляцію. Вибір методу лікування пов'язують з гістологічною формою пухлини, розповсюдженістю процесу, стадією, формою росту та локалізацією новоутворення. Останній фактор має значення для збереження косметичного ефекту та функції органу.

Оперативне видалення пухлини можна проводити при наявності новоутворення будь-яких розмірів, але частіше виконують екстирпацію пухлин великих (T3) розмірів. При пухлинах середньої величини (T1-T2) доцільно операцію проводити під місцевою анестезією. Пухлина більших розмірів (T4) потребує загального знеболення. Проводиться екстирпація

пухлини в межах здорових тканин і при потребі пластика дефекта вільним шкірним клаптем.

Останні два десятиріччя широкого вжитку набула кріодеструкція ракової пухлини шкіри. Виконується вона під місцевим знеболенням. Використовують спеціальні апарати:

В них охолоджуючим агентом виступає скраплений азот, який випаровується при температурі - 190°C і при цьому поглинає велику кількість тепла із пухлини та прилеглих тканин. Кріодеструкція раку шкіри проводиться при невеликих розмірах пухлини (T1-T2) і має перевагу перед оперативним висіченням. Рецидиви пухлини після такого лікування спостерігаються в поодиноких випадках і легко виліковуються повторною кріодеструкцією.

Променеве лікування базеліоми та плоскоклітинного раку ефективно і використовується у вигляді дистанційної рентгентерапії та гамма-терапії. В клінічній практиці, особливо для невеликих (T1-T2) пухлин, частіше використовують близькофокусну рентгентерапію. Вогнищева разова доза опромінення складає 3-5 Гр, а сумарна доза - 35-60 Гр. Вона найменше ушкоджує навколишні та глибокі тканини під час підведення оптимальних доз. Однак спостерігається різке зниження пошкоджуючого пухлину ефекту після перших міліметрів глибини проникнення променів, що не дає можливості використовувати одну рентгентерапію для лікування великих та глибоких пухлин шкіри. Тому при наявності глибоких та великих пухлин (T3-T4) виконують поєднане променеве лікування, тобто поряд з близькофокусною терапією проводять гамма-терапію.

У випадках наявності дуже великих, глибоких та рецидивуючих пухлин показано комбіноване лікування, коли після поєднаної променевої терапії, через 2-3 тижні, виконується екстирпація рештків пухлини в

межах здорових тканин до 2 см від краю пухлини), з можливою пластикою вільним клаптем великих шкірних дефектів. До ефективних методів лікування раку шкіри належить і лазерне випікання новоутворення. Але недостатня наявність високоефективних установок стримує широке клінічне використання даного методу.

Можливе проведення і медикаментозного лікування ракових пухлин шкіри. Але відсутність високоефективних протипухлинних препаратів робить цей метод менш ефективним порівняно з хірургічним лікуванням, кріодеструкцією чи променевою терапією.

Лікування метастазів раку шкіри проводиться в основному хірургічним методом. При метастазах у регіонарні лімфовузли виконують регіонарну лімфодисекцію поверхневих шийних (фасціально-футлярна), глибоких шийних (операція Крайля), підщелепних та підборідних, аксілярних та підключичних, пахових (операція Дюкена) лімфатичних вузлів з клітковиною та лімфатичними шляхами. Показами до лімфоаденектомії є діагностована наявність метастазів або підозра на їх присутність.

У випадках, коли метастази в лімфовузлах крупні та проростають у навколишні тканини і структури, доцільно провести променеву передопераційну терапію СДО 35-40 Гр і через 3-4 тижні виконати регіонарну лімфодисекцію.

### **Рекомендована література**

1. Справочник по онкологии / под ред. С.А. Шалимова, Ю.А. Гриневича, Д.В. Мясоедова. - К.: Здоров'я, 2000. - 558 с.
2. Cancer Management: a multidisciplinary approach / Edited by: R.Pazdur, L.R.Coia, W.J.Hoskins, L.D.Wagman. - PRR, Melville, NY, 1999. -

985 p.

3. Finizio L., Vidali C., Calacione R., Trevisan G. What is the current role of radiation therapy in the treatment of skin carcinomas? // *Tumori*. - 2002. - Vol. 88 (1). - P. 48-52.
4. Galaychuk I. Cryoelectroexcision of skin cancer // Hong Kong International Cancer Congress. Abstract Book. - Hong Kong, 1995. - 14.9.
5. Karrer S., Szeimies R.M., Hohenleutner U., Landthaler M. Role of laser and photodynamic therapy in the treatment of cutaneous malignancy / / *Am J Clin Dermatol*. - 2001. - Vol. 2 (4). - P. 229-237.
6. Marks R., Gebauer K., Shumack S. et al. Imiquimod 5 % cream in the treatment of superficial basal cell carcinoma: Results of a multicenter 6-week dose-response trial // *J Am Acad Dermatol*. - 2001. - Vol. 44. - P. 807-813.
7. Morton C.A., Whitehurst C., McColl J.H., Moore J.V., MacKie R.M. Photodynamic therapy for basal cell carcinoma - effect of tumour thickness and duration of photosensitiser application on response // *Archives of Dermatology*. - 1998. - Vol. 134. - P. 248-249.
8. Shin D.M., Glisson B.S., Khuri F.R., Clifford J.L. et al. Phase II and biologic study of Interferon alfa, retinoic acid, and cisplatin in advanced squamous skin cancer // *Journal of Clinical Oncology*. - 2002. - Vol. 20. - P. 364-370.
9. Telfer N.R., Colver G.B., Bowers P.W. Guidelines for the management of basal cell carcinoma // *British Journal of Dermatology*. - 1999. - Vol. 141. - P. 415-423.