

## РАК ШКІРИ

Епідеміологія. Захворюваність на рак шкіри характеризується значними коливаннями. Серед білошкірого населення захворювання найпоширеніше в країнах з високою інсоляцією. Наприклад, у Болгарії показник захворюваності становить близько 36 на 100 000 населення, тоді як в Англії – 1,9. Для темношкірого населення південних країн характерна низька захворюваність на рак шкіри. В Україні наприкінці ХХ ст. захворюваність становила 35,5 випадку на 100 000 населення, у чоловіків – 32,7, у жінок – 37,9.

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

**Передрак.** Передракові захворювання поділяються на облігатні та факультативні. Облігатний передрак шкіри – пігментна ксеродерма і хвороба Боуена – трапляються рідко. До факультативного передраку належать старечі гіперкератози, кератоакантоми, шкірний ріг, рубці шкіри, трофічні виразки та норицеві ходи, тобто захворювання, яким притаманні явища атрофії або гіпертрофії епітелію.

**Патологічна анатомія.** Рак шкіри розвивається з базальних клітин багат шарового плоского епітелію шкіри. Найчастіше це плоскоклітинний рак з ороговінням або без нього. Плоскоклітинний рак без ороговіння вважається менш диференційованим. Рідше ракова пухлина шкіри може розвиватись із сальних і потових залоз. Така пухлина має будову аденокарциноми. Рак шкіри метастазує переважно лімфогенним шляхом.

**Регіонарні лімфатичні вузли.** Регіонарними вважаються лімфатичні вузли, до яких припливає лімфа певної ділянки тіла. Тому для кожної локалізації пухлин є відповідні регіонарні лімфатичні вузли:

голова та шия – іпсілатеральні привушні, підщелепні, шийні та надключичні лімфатичні вузли;

грудна клітка – іпсілатеральні пахвові лімфатичні вузли;

верхня кінцівка – іпсілатеральні лімфатичні вузли в ліктьовій ямці і пахвові лімфатичні вузли;

черевна стінка, поперек і сідниці – іпсілатеральні пахвинні лімфатичні вузли;

анальне кільце та шкіра навколо заднього проходу – іпсілатеральні пахвинні лімфатичні вузли.

Якщо пухлини розміщені на межі різних ділянок тіла, регіонарними є лімфатичні вузли, які дрениують ці суміжні зони.

Пограничними зонами вважаються наступні 4-сантиметрові смуги:

Між	Вздовж
-----	--------

Праве/ліве	Середньої лінії
Голова і шия/грудна клітка	Ключиця-акроміон-верхній край лопатки
Грудна клітка/верхня кінцівка	Плече-пахвова ямка-плече
Грудна клітка/черевна порожнина, поперек, сідниці	Допереду: середина між пупком та реберною дугою Дозаду: нижня межа грудного відділу хребта
Черевна порожнина, поперек, сідниці/нижня кінцівка	Пахвинна складка-вертлюг-сіднична складка

Примітка: \* будь-який метастаз в інший лімфатичний вузол розцінюється як віддалений метастаз та класифікується як M1.

КЛАСИФІКАЦІЯ РАКУ ШКІРИ (коди МКХ-10 C44.0-C44.9, C63.2) за системою TNM-8 (2016)

Анатомічні зони та підзони

Губа (окрім червоної облямівки губ)(C44.0);

Повіка (C44.1);

Зовнішнє вухо (C44.2);

Інші та не уточнені частини лиця (C44.3);

Шкіра черепа та шия (C44.4);

Тулуб включаючи анальне кільце та перианальну шкіру (C44.5);

Верхня кінцівка та плече (C44.6);

Нижня кінцівка та стегно (C44.7);

Калитка (C63.2).

T – Первинна пухлина

TX Не досить даних для оцінки первинної пухлини

T0 Первинна пухлина не визначається

Tis Рак in situ

T1 Пухлина до 2 см у найбільшому вимірі

T2 Пухлина понад 2 см, але менша чи рівна 4 см у найбільшому вимірі

T3 Пухлина понад 4 см у найбільшому вимірі або незначна ерозія пухлиною кістки або пухлина з периневральною інвазією або глибокою інвазією\*

T4a Пухлина зі значною кірковою/кістково-мозковою інвазією

T4b Пухлина з осьовою інвазією скелета, в тому числі із залученням отворів і/або залученням хребетного отвору до епідурального простору

\* Глибока інвазія визначається як інвазія за межі підшкірної жирової тканини або понад 6 мм (як виміряно від зернистого шару сусіднього нормального епідермісу до основи пухлини); периневральна інвазія для класифікації T3 визначається як клінічне або рентгенологічне залучення названих нервів без втручання або переломи основи черепа або трансгресії.

Примітка: У випадку множинних синхронних пухлин вказується пухлина з вищою категорією T, а число окремих пухлин позначається в дужках, наприклад, T2(5).

N – Регіонарні лімфатичні вузли\*

NX Не досить даних для оцінки стану регіонарних лімфатичних вузлів

N0 Немає ознак ураження регіонарних лімфатичних вузлів

N1 Метастаз в одному іпсилатеральному лімфатичному вузлі, діаметром 3 см або менше у найбільшому вимірі

N2 Метастаз в одному іпсилатеральному лімфатичному вузлі, діаметром більше 3 см але менше 6 см у найбільшому вимірі; або множинні метастази в іпсилатеральних лімфатичних вузлах, діаметром не більше 6 см у найбільшому вимірі; або метастази у білатеральних чи контралатеральних лімфатичних вузлах, діаметром не більше 6 см у найбільшому вимірі

N3 Метастаз у лімфатичному вузлі, понад 6 см у найбільшому вимірі

Примітка: \*регіонарними лімфатичними вузлами є лімфатичні вузли відповідні до місця розташування первинної пухлини.

M – Віддалені метастази

MX Не досить даних для визначення віддалених метастазів

M0 Віддалені метастази не визначаються

M1 Наявні віддалені метастази\*

\*Контралатеральні вузли в немеланомних раках (крім пухлин голови і шиї) є віддаленими метастазами.

pTNM Патоморфологічна класифікація

Категорії pT, pN та pM відповідають категоріям T, N та M.

pN0 Матеріал для гістологічного дослідження після регіонарної лімфаденектомії повинен включати не менше 6 лімфатичних вузлів. Якщо досліджені лімфатичні вузли є негативними, але їх кількість не вказана, випадок класифікують як pNo.

G – Гістопатологічна градація (див. розділ 4., с. 66)

Групування за стадіями

Стадія 0	Tis	N0	M0
----------	-----	----	----

Стадія I	T1	N0	M0
Стадія II	T2	N0	M0
Стадія III	T3	N0	M0
	T1, T2, T3	N1	M0
Стадія IVA	T1, T2, T3	N2, N3	M0
	T4	Будь-яке N	M0
Стадія IVB	Будь-яке T	Будь-яке N	M1

**Клініка.** Рак шкіри, як і базаліома, частіше розвивається в осіб старшого віку. Він локалізується переважно на шкірі обличчя. Розрізняють поверхневу, глибокопроникну і папілярну 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 неbolючі метастази в регіонарних лімфатичних вузлах.

**Діагностика.** 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 формулюється за системою TNM стосовно раку шкіри. Диференціальна діагностика проводиться з вовчаком, туберкульозом шкіри, сифілісом, грибковими ураженнями і доброякісними пухлинами.

**Лікування.** При раку шкіри застосовують хірургічне, променеве і цитостатичне лікування, які на ранніх стадіях рівноцінні, проте променеве частіше як більш косметичне. Вибір способу лікування визначається стадією хвороби і локалізацією пухлини.

При розмірах пухлини T1–2 проводять короткодистанційну рентгенотерапію по 3–5 Гр до сумарної вогнищевої дози при базаліомі 40–50 Гр, плосколітинному раку – 60–70 Гр. Для пухлин T3 – ортовольтну рентгенотерапію або далекодистанційне променеве лікування. Якщо після дози 35–40 Гр спостерігається значна регресія пухлини, тоді після перерви на 2–4 тиж

планується короткодистанційна променева терапія до сумарної дози 50–60 Гр. При пухлинах Т4 променеве лікування можливе лише як симптоматичне або не застосовується. Для лікування пухлин на обличчі перевага надається променевому методу. На тулубі, кінцівках, тобто за умови "достатньої" кількості шкіри, зручніше застосовувати хірургічні методи лікування. Низка випадків вимагає комбінованого і комплексного лікування.

При I стадії пухлини застосовують також хірургічний метод лікування. При видаленні пухлини необхідно достатньо відступити від краю, щоб зменшити ризик рецидиву. Добрий косметичний ефект дає застосування кріотерапії.

При II стадії захворювання характер лікувальних заходів принципово не відрізняється від тих, що застосовуються при I стадії, але при хірургічному способі лікування розтин робиться значно далі від меж пухлини.

При III стадії раку шкіри лікування можливо розпочинати з передопераційного опромінення пухлини і зон регіонарного метастазування з подальшим хірургічним утручанням. Наявність збільшених регіонарних лімфатичних вузлів з підозрою на метастази і явних метастазів вимагає проведення лімфаденектомії в регіонарній зоні.

При IV стадії раку шкіри, наявності дисемінації пухлини в разі потреби виконуються хірургічні операції типу ампутації кінцівок, перев'язки артеріальних судин.

Цитостатичне лікування при раку шкіри застосовується рідко, лише при поширених новоутвореннях. Призначається комбінація цисплатину та 5-фторурацилу, а також блеоміцин, метотрексат. Ефект незначний.

**Прогноз.** У ранніх стадіях розвитку пухлини прогноз сприятливий. Повне вилікування настає у 80–100 % випадків.

#### НАВЧАЛЬНІ ЦІЛІ

Ознайомитися з особливостями регіональної та світової епідеміології раку шкіри, новітніми методами діагностики і лікування цієї патології, паранеопластичними синдромами, прогностичними факторами та виживаністю хворих після проведеного лікування.

Засвоїти дані про розповсюдженість раку шкіри в Україні, етіологію, фактори ризику та передракові захворювання, патологічну анатомію, клініко-анатомічну класифікацію, клінічну класифікацію за ТНМ, клінічні прояви, ускладнення, методи діагностики та лікування, профілактичні заходи.

Вміти методично правильно зібрати скарги та анамнез захворювання, проводити огляд хворих, проводити фізикальне обстеження, визначити необхідний і найбільш інформативний обсяг обстежень, вміти обрати найбільш доцільну лікувальну тактику. Розвивати творчі здібності щодо інтерпретації зібраної діагностичної інформації та її аналізу і вміння на основі інтегральної оцінки зібраних даних встановлювати діагноз і визначати тактику лікування

хворих на рак шкіри. Вміти інтерпретувати результати новітніх методів діагностики та застосовувати сучасні методи лікування хворих на рак шкіри.

Звернути увагу на деонтологічні, правові та медико-соціальні аспекти при обстеженні та лікуванні хворих на рак шкіри. Розвинути уявлення про вплив екологічних та соціально-економічних факторів на захворюваність на рак шкіри. Розвинути навички щодо психотерапевтичного підходу до хворих на рак шкіри та їхніх родичів. Розвинути почуття відповідальності за своєчасність та правильність професійних дій.

### **Рекомендована література**

Основна:

*Шевченко А.І., Попович О.Ю., Колесник О.П. Онкологія. (Електронний підручник). – Запоріжжя: ЗДМУ, 2009. – 309 с.*

*Атлас онкологических операций Под ред. В.И. Чиссова, А.Х. Трахтенберга, А.И. Пачеса. ГЭОТАР-Медиа, 2008 – 624 с. [https://www.studmed.ru/chissov-vitrahtenberg-ah-paches-ai-red-atlas-onkologicheskikh-operaciy\\_e41164afda7.html](https://www.studmed.ru/chissov-vitrahtenberg-ah-paches-ai-red-atlas-onkologicheskikh-operaciy_e41164afda7.html)*

*Білінський Б.Т. Медичні помилки в онкології. Львів: Афіша, 2013. –324 с. <https://www.twirpx.com/file/1832133/>*

*Бережная Н. М., Чехун В. Ф. Иммунология злокачественного роста. Київ: Наукова думка. 2005. – 792 с.*

*Бондар Г. В., Попович О. Ю., Думанський Ю. В., Яковець Ю. І. та ін. Лекції з клінічної онкології. Том 1; Том 2. – Донецьк, 2006-7. – 442 с.*

*Бондар Г. В., Сєдаков І. Є., Шлопов В. Г. Первинно-неоперабельний рак молочної залози. Донецьк: «Каштан», 2005 – 348 с.*

*Онкологія: Підручник – 3-тє видання, перероб. і доп. / Б. Т. Білінський, Н. А.Володько, А. І. Гнатишак, О. О. Галай та ін.; За ред. Б. Т. Білінського – К. Здоров'я, 2004, 2007 – 528 с. <http://booksshare.net/index.php?id1=4&category=med&author=bilinskiy-bt&book=2004>*

*Онкологія (За ред. І. Б. Щепотіна, В. Л. Ганула, І. О. Клименко. К.: Книга плюс, 2006. – 496 с.*

*Онкологія: підручник / Ю. В. Думанський, А. І. Шевченко, І. Й. Галайчук, ...та ін. ; за ред. Г. В. Бондаря, А. І. Шевченка, І. Й. Галайчука. — 2-е вид., переробл. та допов. — К. : ВСВ «Медицина», 2019. — 520 с. <http://kingmed.info/media/book/5/4093.pdf>*

*Онкологія: Вибрані лекції з клінічної онкології / За ред. Г. В. Бондаря, В. С. Антіпової. Луганськ, ВАТ „Луганська обласна друкарня”. 2009. – 589 с.*

*Онкологія. Вибрані лекції для студентів і лікарів / За ред. В. Ф. Чехуна. – К.: Здоров'я України, 2010. – 768 с.*

*Радіологія (Променева діагностика та променева терапія.) / За заг. ред. М. М. Ткаченка. К.: Книга плюс, 2011. – 719 с.*

*Рак в Україні, : захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби / За ред. С. О. Шалімова. Бюлетень національного канцер-реєстру України. ( дивитися щорічні №№ бюлетенів )*

*Энциклопедия клинической онкологии. Руководство для практикующих врачей / М. И. Давыдов, Г. Л. Вышковский и др. - М.:ПЛС, 2005, 2004. – 1536 с. [http://vmede.org/sait/?page=1&id=Onkologiya\\_davudov\\_2010&menu=Onkologiya\\_davudov\\_2010](http://vmede.org/sait/?page=1&id=Onkologiya_davudov_2010&menu=Onkologiya_davudov_2010)*

Додаткова:

*Стандарти діагностики і лікування онкологічних хворих. Наказ МОЗ України за № 554 від 2007 р. – С.18.*

*Гур'єв С. О., Шищук В. Д., Шкатула Ю. В. Медицина надзвичайних ситуацій. Екстрена медична допомога [http://elkniga.info/book\\_48.html](http://elkniga.info/book_48.html)*

### **Теоретичні Запитання до заняття**

Захворюваність на рак шкіри в Україні та світі.

Етіологія, передракові захворювання, фактори ризику виникнення раку шкіри.

Патоморфологія раку шкіри: гістологічні форми, макроскопічні форми, шляхи метастазування.

Клінічна класифікація TNM раку шкіри.

Клініко-анатомічна класифікація раку шкіри.

Особливості клінічного перебігу раку шкіри.

Вкажіть основні та додаткові методи діагностики раку шкіри.

Проведіть диференціальну діагностику раку шкіри з іншими захворюваннями шкіри.

Визначте принципи та види лікування хворих на рак шкіри.

Наведіть перелік методів первинної і вторинної профілактики раку шкіри та визначте прогноз при цьому захворюванні.

### **Тестові завдання**

Тест № 1 ( $\alpha=1$ ). Вкажіть найбільш інформативний метод діагностики раку шкіри: 1. клінічний; 2. лабораторний; 3. УЗД; 4. термографія; 5. морфологічний.

Тест № 2 ( $\alpha=1$ ). Як за ім'ям автора називається операція лімфаденектомія глибоких шийних груп лімфатичних вузлів:

1. Дюкена; 2. Кеню; 3. Крайля; 4. Голстеда; 5. Майлса; 6. Маддена.

Тест № 3 ( $\alpha=1$ ). Вкажіть гістологічні форми пухлини, які відносять до групи аденогенного раку шкіри: 1. плоскоклітинний; 2. рак потових залоз; 3. базально- клітинний; 4. рак сальних залоз; 5. недиференційований рак.

Тест № 4 ( $\alpha=1$ ). Назвіть оптимальне лікування Т: раку шкіри: 1. хіміотерапія; 2. кріохірургія; 3. лазерна терапія + хіміотерапія; 4. хірургія + гормонотерапія; 5. хіміотерапія + променева терапія; 6. хірургічне лікування або кріодеструкція.

Тест № 5 ( $\alpha=1$ ). Вкажіть основний шлях метастазування плоскоклітинного раку шкіри:

1. імплантаційний; 2. контактний; 3. гематогенний; 4. лімфогенний; 5. шляхом дисемінації.

### **Ситуаційні задачі**

Задача № 1 ( $\alpha=2$ ). Жінка, 46 років, півроку тому помітила виразку на верхній третині правого стегна, яка мала розмір близько 2,0 см, виступала над шкірою, поступово збільшувалась, контактно кровить.

Об'єктивно: на верхній третині правого стегна безпігментне новоутворення близько 2,0 см в діаметрі, виразкоподібне, виступає над шкірою, контактно кровить, хрящоподібної консистенції. Регіонарні лімфовузли розмірами до 1,5 см, щільні. Шкіра довкола пухлини не змінена.

Завдання: встановіть попередній діагноз, призначте дообстеження, складіть план лікування.

Задача № 2 ( $\alpha=2$ ). Жінка, 68 років, рік тому після травми на задній поверхні лівої гомілки помітила пухлину, яка мала розмір близько 2-3 см, грибоподібно виступала над шкірою, не турбувала, поступово збільшувалась.

Об'єктивно: на задній поверхні лівої гомілки в с/з безпігментне новоутворення близько 2,5 см в діаметрі, грибоподібно виступає над шкірою, ерозоване, пальпаторно виявляється інфільтрація. Регіонарні лімфовузли не збільшені. Діагностовано рак шкіри гомілки. Проведено оперативне лікування – виконана екстирпація новоутворення. Гістологічним дослідженням визначено плоскоепітеліальний рак.

Завдання: встановіть стадію розвитку новоутворення і відповідно призначте подальшу тактику лікування хворої.

Задача № 3 ( $\alpha=2$ ). Жінка, 81 рік, нижче яремної ямки зліва виявила пухлинне утворення діаметром менше 1 см з наявністю в центрі «псевдовиразки», заповненої роговими масами, з щільними хрящоподібними краями. Новоутворення з'явилося 2 місяці тому, поволі збільшується.

Завдання: 1. Встановіть попередній діагноз. 2. Призначте додаткові обстеження. 3. Складіть план лікування.

Задача № 4 ( $\alpha=2$ ). Хворий, 64 роки, більше 20 років хворіє на трофічну виразку передньої поверхні правої гомілки. Півроку тому виразка почала збільшуватись, зявилися екзофітні розростання у вигляді валу по краю виразки.

Об'єктивно: на передній поверхні правої гомілки в с/з безпігментне виразкоподібне новоутворення близько 4,5 см в діаметрі у формі блюдця, обмежено рухоме, з неприємним запахом. Пахові лімфовузли справа разом до 3,0 см, рухомі.



Завдання: 1. встановіть попередній діагноз; 2. призначте дообстеження; 3. складіть план лікування.

Задача № 5 ( $\alpha=2$ ). Хворий, 71 рік, звернувся зі скаргами на пухлину шкіри лобної ділянки, яка з'явилась більше 2 років тому, періодично травмується, поступово збільшується.

Об'єктивно: на шкірі лобної ділянки безпігментна пухлина у вигляді виразки з підритими краями та епітелізованим дном, розмірами 1,0 x 1,0 см хрящоподібної консистенції, рухома, безболісна.

Завдання: 1. Встановіть попередній діагноз. 2. Призначте додаткові обстеження. 3. Складіть план лікування.