
РАК КОЖИ

Кожа представляет собой сложный по своему строению орган, поверхность кожного покрова составляет около 1,5-2,0 м².

На поверхности кожи видны возвышения и бороздки – это морщины более выраженные в старческом возрасте, складки и борозды разгибательной поверхности сочленений кожи ладоней.

На возвышениях кожи открываются выводные протоки потовых желез, а в углублениях - бороздки – выводные протоки сальных желез.

Кожа состоит из двух частей – эпителиальной и соединительнотканной. Эпителий кожи получил название – эпидермис. Соединительнотканная часть называется дермой или собственно кожей. С подлежащими частями организма кожа соединяется слоем жировой ткани – подкожной клетчаткой. Толщина кожи в различных отделах тела варьирует от 0,5-3-4 мм.

В построении кожи принимают участие два зародышевых листка –эктодерма, из которой происходит покровный эпидермис и мезодерма, из которой развивается соединительнотканная основа кожи –дерма. В связи с этим опухоли, развивающиеся в коже , бывают как эпителиальной, так и соединительнотканной природы. Между эпителием и соединительной тканью имеется отчетливая граница – базальная мембрана.

Эпидермис по гистологическому строению представляется многослойным, плоским, ороговевающим на поверхности. Он состоит из пяти слоев эпителиальных клеток: рогового, блестящего, зернистого, шиповатого и базального.

Основной клеточный тип эпидермиса – кератиноциты, которые относятся к обновляющейся клеточной популяции, продолжительность их жизни составляет 2-4 недели.

1. роговой слой – (Stratum corneum) наиболее мощный слой эпидермиса, толщина которого на разных участках кожи варьирует. Клетки этого слоя имеют вид тонких роговых пластинок, тесно прилежащих друг к другу. В нормальных условиях клетки этого ряда ядер не содержат. Кератогиалин в них превращается в кератин. Периферические слои этих клеток полностью ороговевают и постепенно отпадают. Замещение их происходит за счет поступления и ороговения клеток подлежащих слоев. Роговой слой кожи полностью обновляется в течение 7-11 дней.

2.блестящий слой (Stratum lucidum) состоит из 3-4 рядов клеток, в которых прослеживаются первые признаки ороговения. Тело клеток заполнено особым блестящим веществом – элеидином, представляющим собой расплывающиеся зерна кератогеалина.

3.зернистый слой (Stratum granulosum) состоит из 3-5 рядов уплощенных клеток, содержащих в области ядра гранулы кератогиалина, которые способствуют ороговению вышележащих слоев.

4. шиповатый слой, состоящий из нескольких рядов кубических и веретенообразных клеток, которые между собой соединены при помощи межклеточных мостиков – шипиков.

5. базальный слой (Stratum basale), в котором имеются два типа клеток: базальные клетки и меланоциты или меланобласты. Базальные клетки имеют цилиндрическую форму, располагаются полисадообразно. Они имеют резко базофильную окраску и овальное ядро, богатое хроматином. Клетки делятся кариокинетически и этим восполняют убыль клеток эпидермиса, происходящую на его поверхности. Однако эту роль восполнения убыли клеток в большей степени восполняют клетки шиповатого слоя. В связи с этой особенностью эпителий базального и шиповатого слоев называют « ростковым ». Из клеток росткового слоя берут начало базальноклеточный и плоскоклеточный рак кожи (А.П.Шанин, 1969).

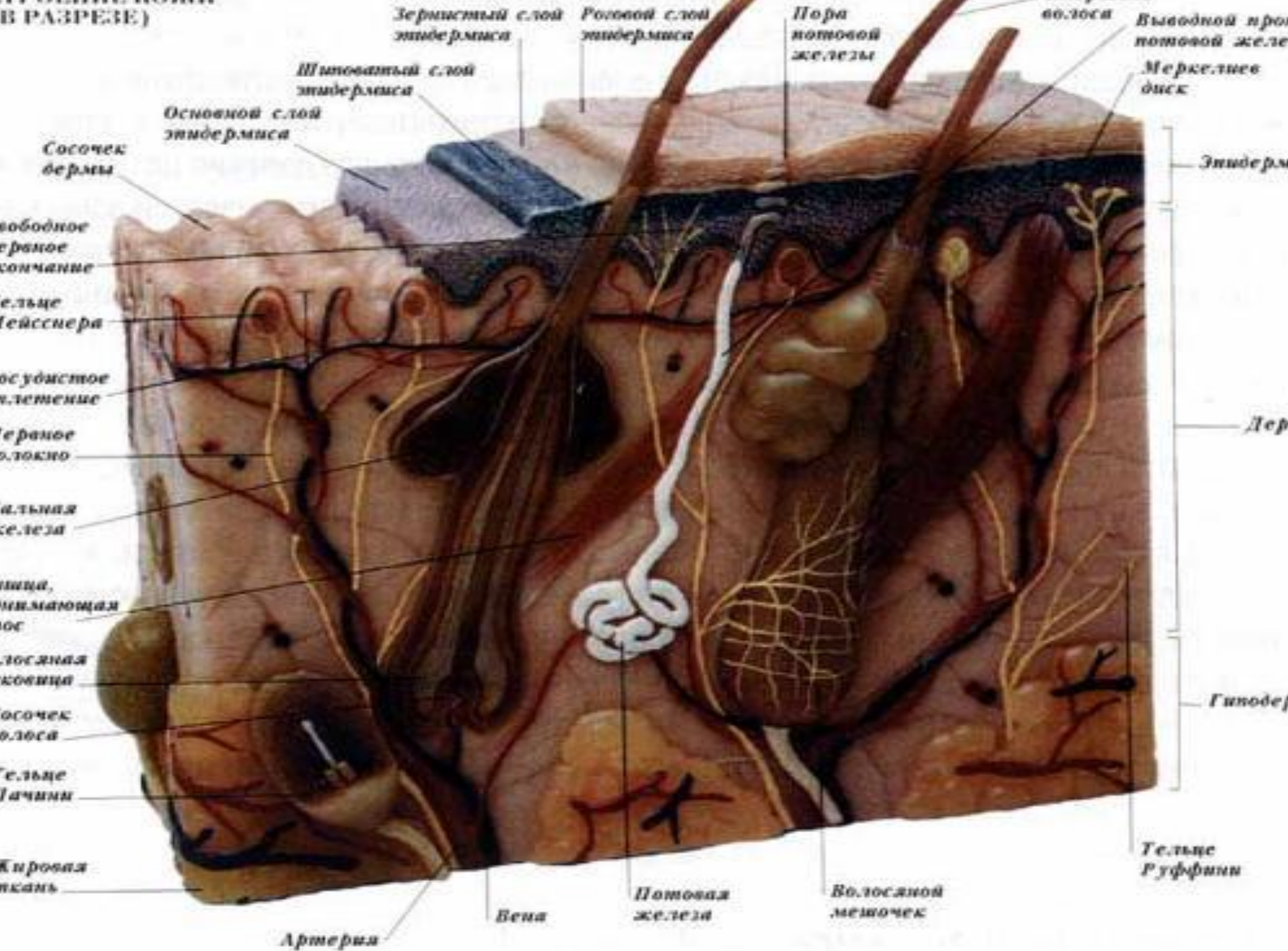
Вторым типом клеток базального слоя эпидермиса, содержащихся в нем в значительно меньшем числе, являются меланоциты – отростчатые клетки, синтезирующие специфически темного цвета полипептидный пигмент - меланин. Зрелых пигментных клеток называют меланоцитами, незрелых – меланобластами. Меланома развивается из меланобластов. В норме меланоцитом является одна из десятых клеток базального слоя, но количество их с возрастом увеличивается. На отдельных участках кожи нередко возникают изолированные скопления меланоцитов, которые имеют вид пятна темного цвета. Их называют пигментными невусами. Они могут быть врожденными или приобретенными.

Меланин образуется из аминокислоты тирозина под влиянием фермента тирозиназы. При недостатке тирозиназы окисления тирозина не происходит и пигмент отсутствует. Установлено, что скорость превращения тирозина в меланин возрастает под влиянием ультрафиолетового и рентгеновского излучения, а также в результате воздействия соединений мышьяка, висмута, серебра и других химических веществ. Процесс образования меланина связан с гормональными влияниями со стороны гипофиза, выделяющего меланоцитостимулирующий гормон.

Меланин защищает подлежащие структуры от вредного воздействия ультрафиолетового излучения. Приобретение загара свидетельствует об усилении выработки меланина под влиянием солнечного воздействия. Следует отметить, что клетки разных слоев эпидермиса не являются разными типами клеток, а представляют собой лишь разные стадии постепенной эволюции базальных клеток в роговые. По направлению к поверхности эпителий постепенно утолщается. Между эпидермисом и дермой имеется отчетливая граница – базальная мембрана. Прорастание ее опухолевыми тяжами отличает инвазивный рак от рака «in situ».

Дерма или собственно кожа состоит из плотной соединительной ткани, в которой заложены придатки кожи – потовые, апокринные, сальные железы, волосы. В дерме различают два слоя, трудноотделимых один от другого: поверхностный сосочковый и глубокий сетчатый, граничащий с подкожной жировой клетчаткой. В каждом слое имеются три типа волокон: коллагеновые, эластические и ретикулярные. Основную массу составляет пучки коллагеновых волокон, между которыми разбросано небольшое количество клеток – фибробластов. Эластические волокна в меньшем числе располагаются в пространствах между пучками коллагеновых волокон. Ретикулярные волокна содержатся в небольшом количестве. Наконец, в дерме содержатся сплетения кровеносных и лимфатических сосудов, нервы, тельца Пачини и Мейснера, волосяные луковицы.

B PAPER)



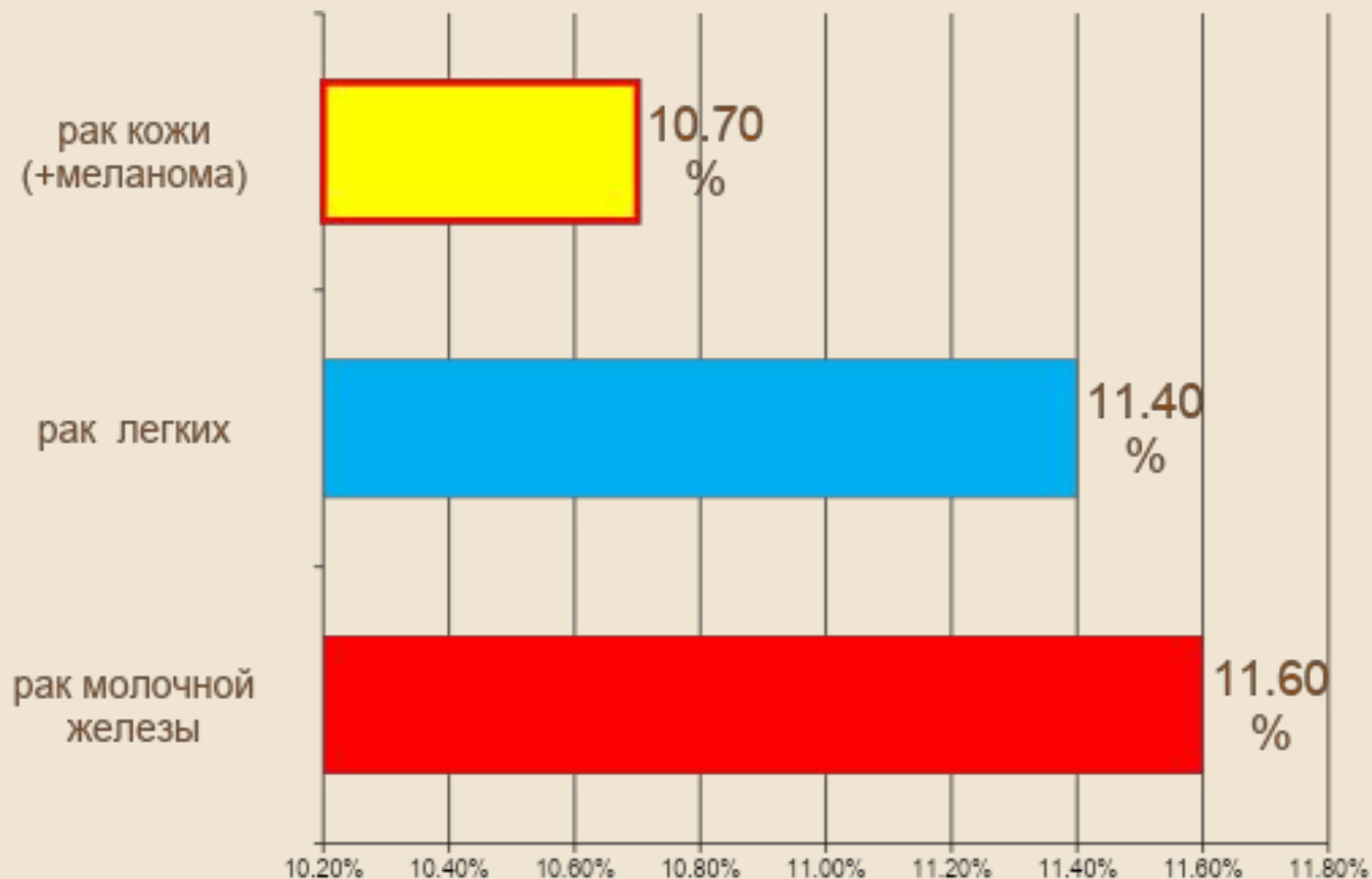
B PAPER)

Неуклонный рост злокачественными новообразованиями кожи во всем мире называют «**тихой эпидемией**». На опухоли кожи приходится примерно 10% среди всех онкологических заболеваний.

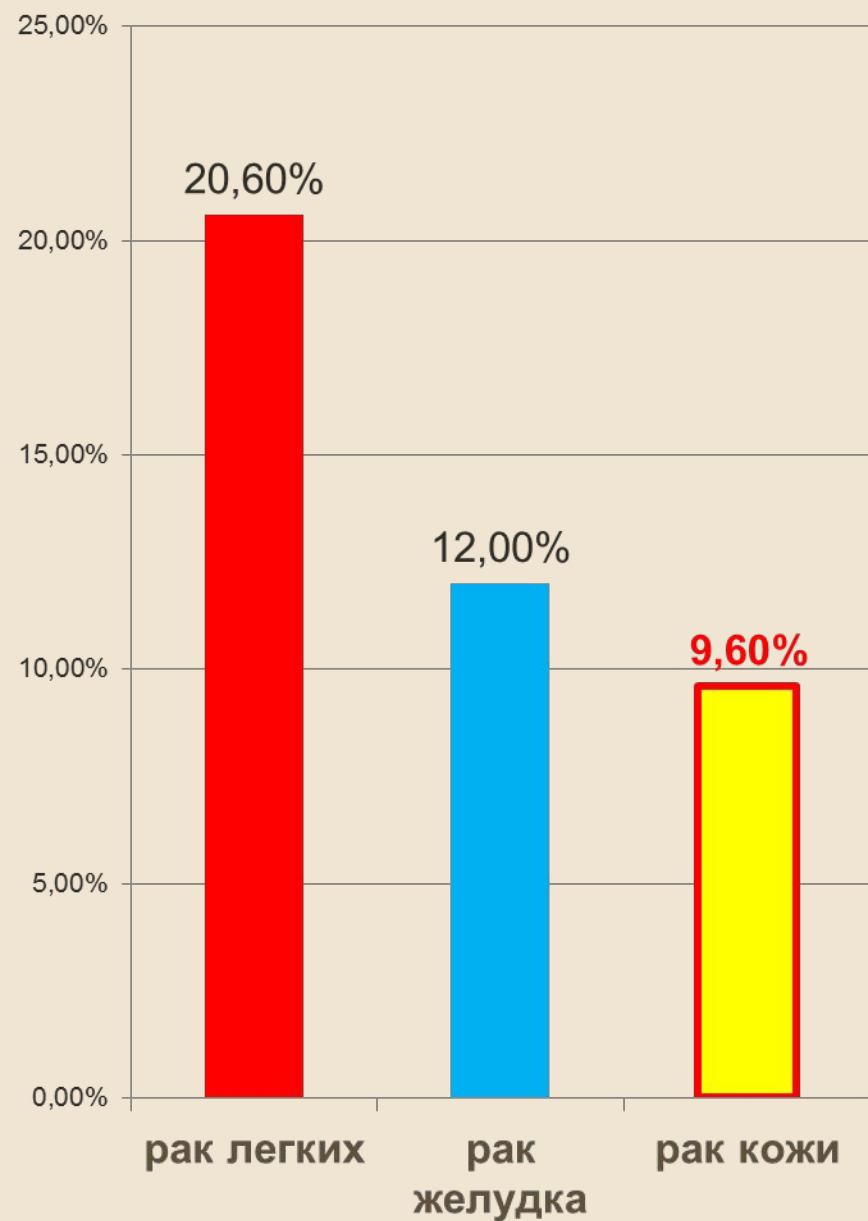
В РК за 2013 год зарегистрировано 33??? человек, впервые заболевших злокачественными новообразованиями.



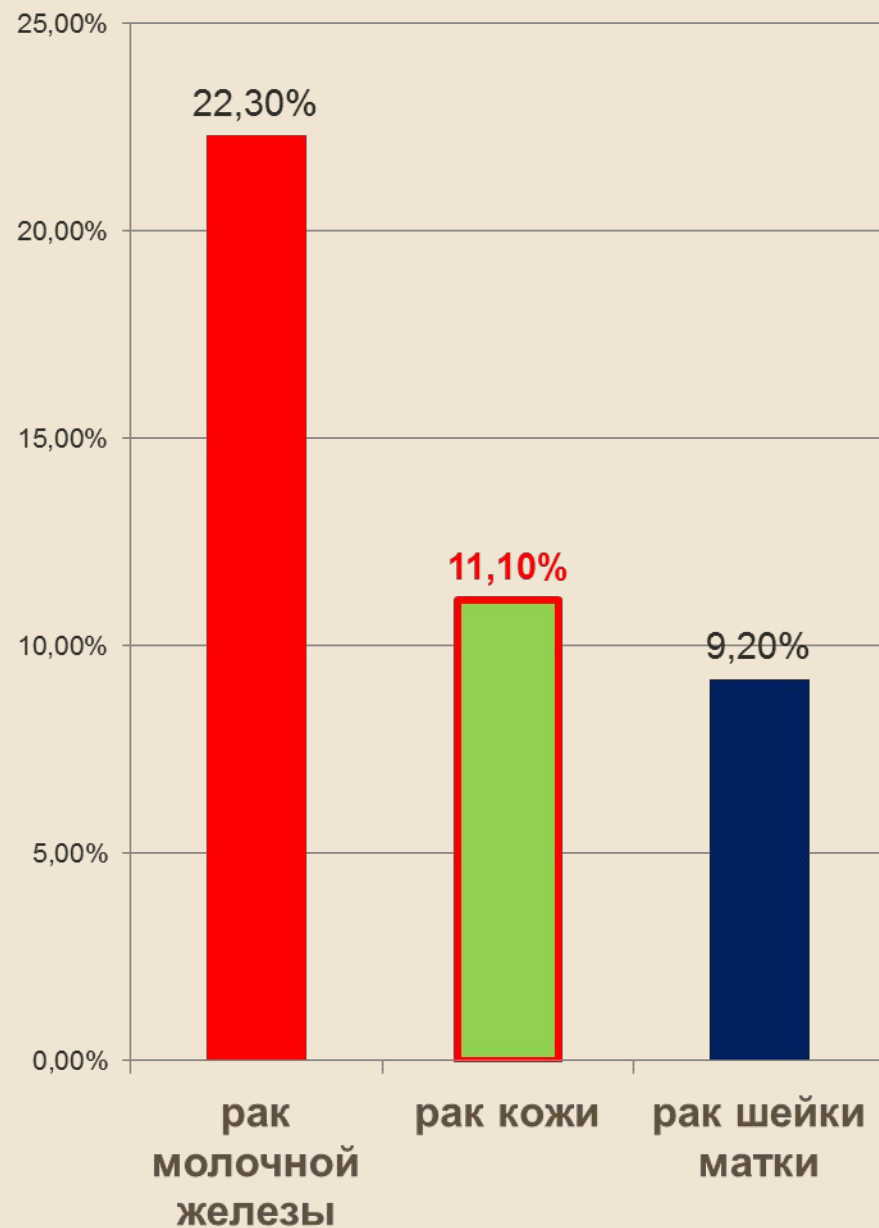
Также отмечается тенденция к значительному росту рака кожи и в структуре онкологических заболеваний занимает **3 место**



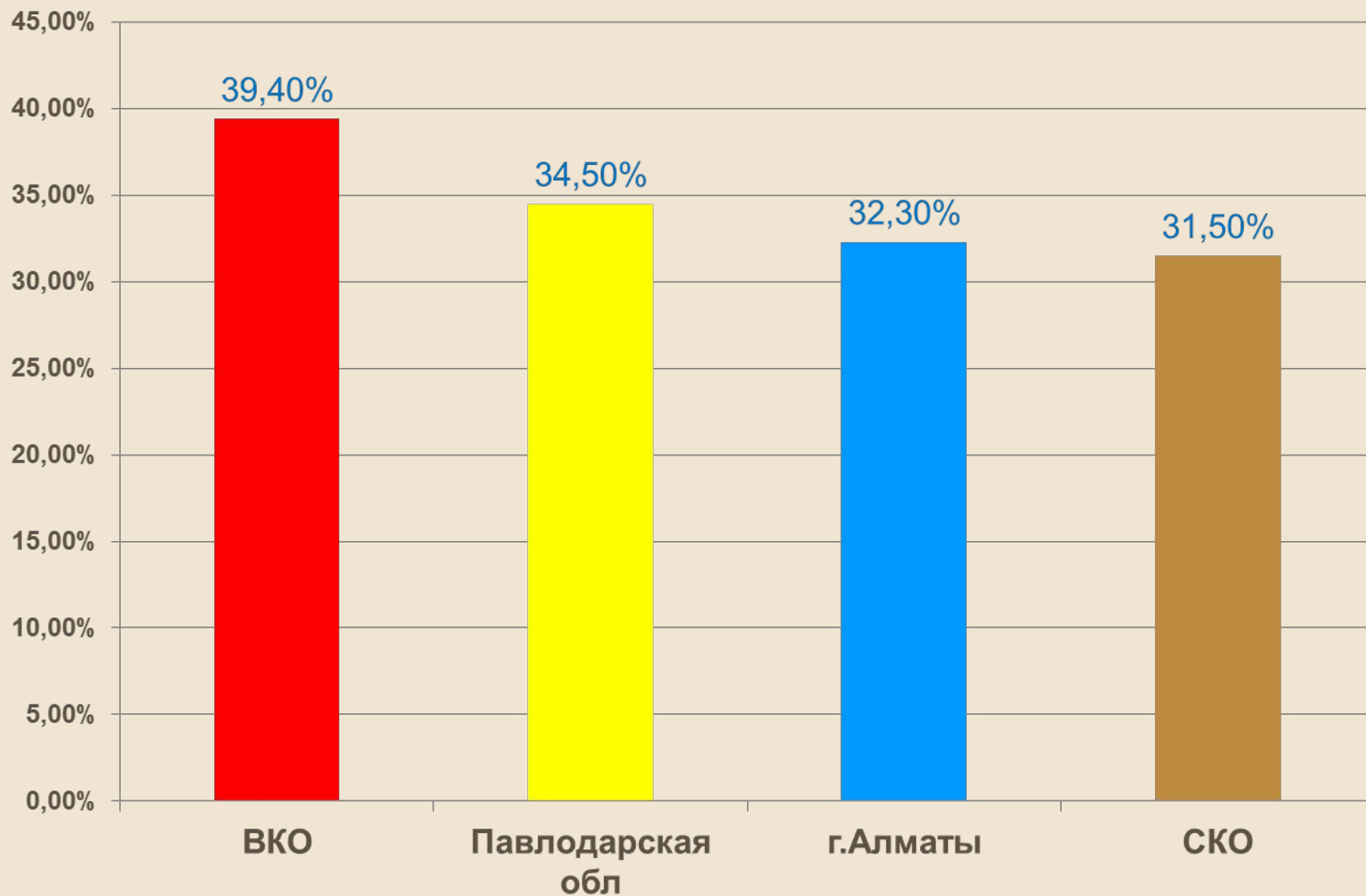
Среди мужчин



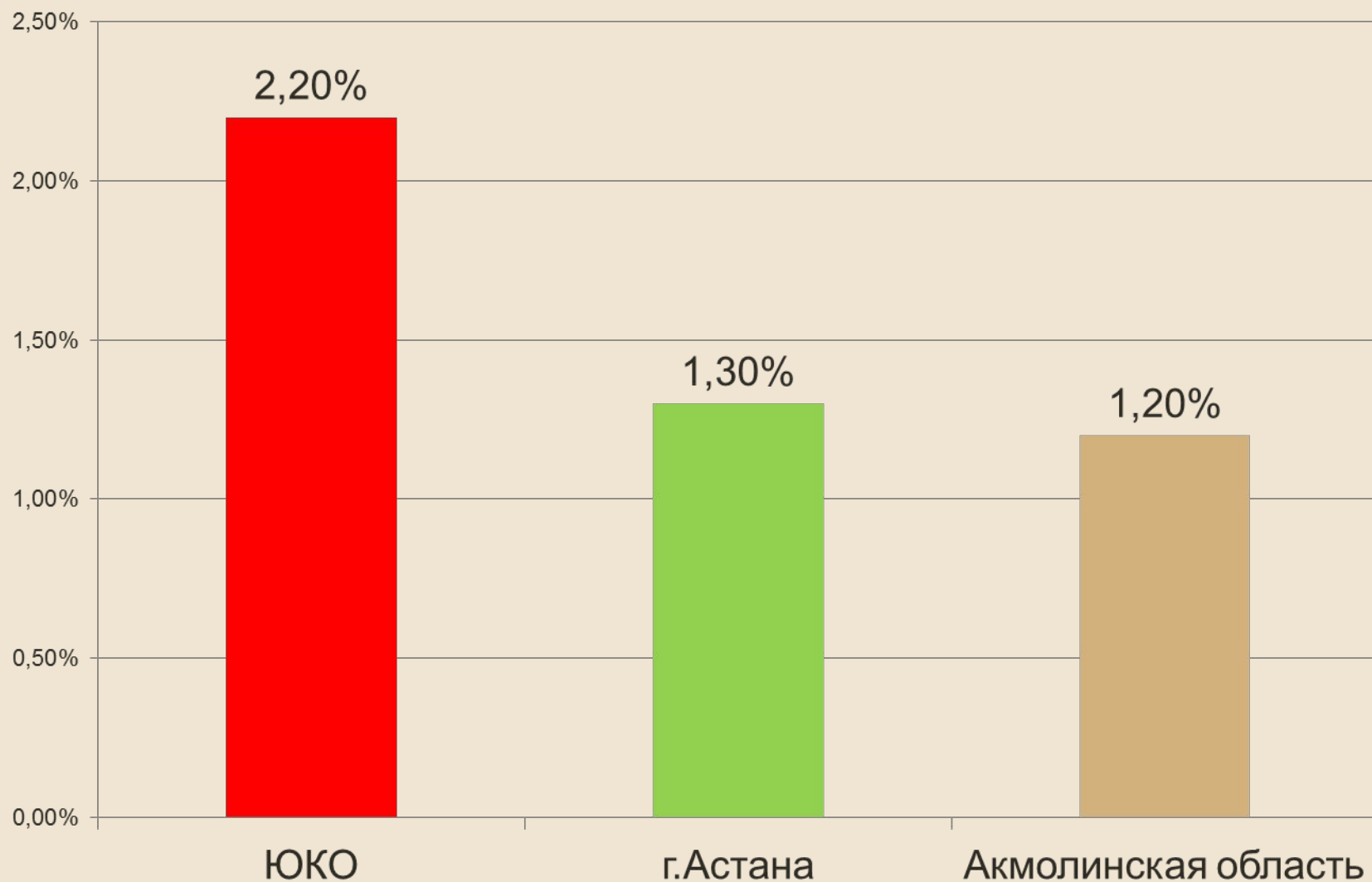
Среди женщин



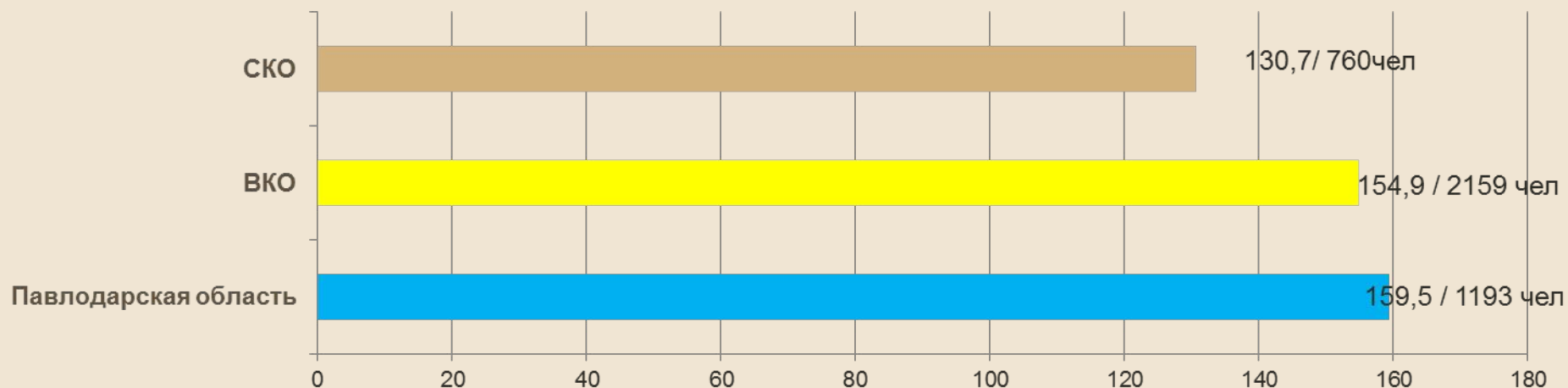
Заболеваемость населения злокачественными новообразованиями кожи составляет 18,1%000



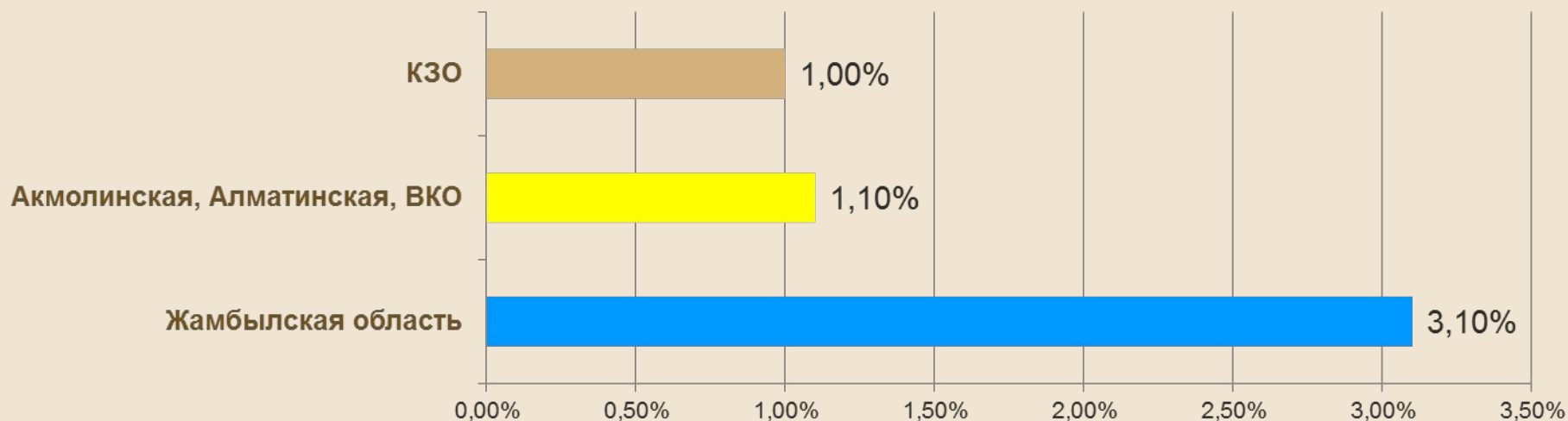
Удельный вес 1У стадии рака кожи в 2012г по РК составляет 0,5%;



В 2012г в РК от злокачественных новообразований умерло **16855 чел.**



Число умерших от злокачественных новообразований кожи – **144 (0,9%) занимает **21** ранговое место**



«Предопухолевые поражения кожи» впервые предложен W.Dubreuilh в 1886г
Предраковые поражения кожи делятся на облигатные и факультативные:

Облигатный предрак кожи:

- пигментная ксеродерма
- болезнь Боуэна
- болезнь Педжета

Факультативный предрак:

- солнечный кератоз
- мышьяковый кератоз
- хронический радиационный дерматит
- хронический рубцовый кератоз
- кератопреканцерозы
- длительно не заживающие язвы и рубцы

Кератоз актинический (солнечный кератоз) – наиболее частое предраковое эпителиальное поражение кожи в виде множественных, плотных, ограниченных очагов гиперкератоза, покрытых сухими сероватыми корками, возникающих на открытых участках кожи, подверженных длительному избыточному УФ-облучению. Чаще страдают пожилые люди со светочувствительностью кожи 1,11,111 типов (люди с бледной кожей, блондины). В группу риска заболевания входят люди, работающие на открытом воздухе (сельскохозяйственные рабочие, моряки, рыбаки, альпинисты, теннисисты и т.д.). Кератозы трансформируются в плоскоклеточный рак, реже в базалиому.



Течение солнечного кератоза медленное, длится годами и лишь в 25% случаев элементы регрессируют спонтанно. Малигнизация наступает спустя годы или десятилетия после возникновения заболевания. Рак на фоне кератоза протекает сравнительно благоприятно и метастазирует редко – в 0,5% случаев. Диагноз выставляется на основании клинической картины, анамнестических данных и результатов гистологических исследований. Лечение хирургическое, криодеструкция, электрокоагуляция.



Пигментная (латентная) ксеродерма закономерно приводит к возникновению рака у 100% больных. Заболевание встречается редко, наследуется по аутосомно-доминантному типу, характерной чертой является патологическая чувствительность кожи к ультрафиолетовому излучению. Первые клинические проявления начинаются в раннем детстве, при первых контактах ребенка с солнечными лучами с появления красных пятен на открытых участках кожи, без четких границ и с незначительной отечностью. После уменьшения, а в некоторых местах после полного исчезновения воспалительных явлений, остаются веснушкоподобные пигментные пятна. Эти участки кожи становятся сухими, появляется шелушение. Со временем пигментация усиливается, появляются участки депигментации, телеангиэктазии и кератозы. Последние напоминают старческую кератому и обладают выраженным папилломатозным характером.

Обычно к 20-летнему возрасту происходит перерождение в злокачественные новообразования кожи - базальноклеточный или плоскоклеточный рак, меланома, рак передней трети языка, сочетающиеся с различными поражениями глаз, неврологическими расстройствами.

Лечение. Никакие терапевтические мероприятия не могут остановить развитие процесса. Рекомендуется избегать воздействия солнечной инсоляции, применять светозащитные кремы. Плоские кератомы, папилломатозные выросты удаляются при помощи крио- или лазерной деструкции. При злокачественном перерождении показано хирургическое иссечение, на лице — близкофокусная рентгеногтерапия.



Мышьяковый кератоз развивается после хронического отравления мышьяком обусловленного длительным приемом лекарств, содержащих мышьяк, или при работе с подобными веществами. На ладонях и подошвах появляются грязно-серые папулы с гиперкератической поверхностью. Кератоз сопровождается поражением внутренних органов (гепатитами, циррозом печени, злокачественными новообразованиями). Диагноз устанавливается на основании клинической картины и данных анамнеза. Лечение в связи с множественностью очагов поражения затруднено. Используют кератолитические мази и поверхностное удаление.



Хронический радиационный дерматит – термин, используемый для обозначения кожных поражений, индуцированных спектром электромагнитных лучей, за исключением УФО. Развивается спустя годы и десятилетия после воздействий ионизирующего облучения, в том числе, лучевой терапии. Клинически характеризуется пестрой картиной: участками гипер- и депигментации, атрофии, очагами рубцовых изменений, телеангиэктазиями, длительно незаживающими язвами. На фоне участков атрофии развивается радиационный кератоз: плотные очаги ограниченного гиперкератоза, попытки удаления которых вызывают боль и кровоточивость. Чаше трансформируется в болезнь Боуэна и плоскоклеточный рак кожи с высоким метастатическим потенциалом. Диагноз устанавливается на основании клинической картины и данных анамнеза. Лечение при непрогрессирующей маловыраженной атрофии кожи не нуждаются в активной терапии, применяют питательные кремы с витаминами. С целью стимуляции регенеративных процессов назначают полноценную диету с высокой долей белка, витаминов группы В, марганца, меди.. Комплексное с использованием общих (инъекции солкосерила, экстракта алоэ, лидазы) и наружных (влажные повязки с 2% раствором борной кислоты, винилин, солкосерил) лекарственных средств.



Болезнь Боуэна – предраковое заболевание кожи, характеризующееся наличием узелковых высыпаний преимущественно на головке полового члена у мужчин и на вульве у женщин. Возникает вследствие ВПЧ-инфекции. Чаще в очагах поражения обнаруживается ВПЧ – 16, иногда – 1, 6, 11, 18, 31-35 и т.д. Папулез, наряду с болезнью Боуэна в области гениталий, образует группу высокого риска развития рака вульвы и шейки матки у половых партнеров. Возраст больных колеблется от 17 до 40 лет и старше, встречается редко. Элементы сыпи – единичные или множественные папулы д-2-4мм с гладкой поверхностью или покрыты рыхлой корочкой. Течение доброкачественное, нередко со спонтанным регрессом, при иммуносупрессивных реакциях трансформируется в болезнь Боуэна и плоскоклеточный рак полового члена и вульвы. Диагноз устанавливается на основании клинической картины и результатов гистологического исследования. Дифференцируют с остроконечными кондиломами, сифилитическими папулами, эритемой, псориазом. Лечение в связи с возможностью озлокачествления должно проводиться активно – хирургические, лазерное, криодеструкция, обкалывания интерферона.





Гидроцистома – редкая доброкачественная опухоль эккринной потовой железы. Чаще возникает у женщин, подвергающихся воздействию тепла. Опухоль синеватого цвета, локализуется вокруг век и области шеи. Элемент состоит из полупрозрачного кистозного узелка $d=1-3\text{мм}$. Лечение – хирургическое.





Дерматофиброма – доброкачественная соединительнотканная опухоль кожи, Располагающаяся в дерме. Встречается у молодых людей, чаще у женщин. Это внутрикожный узел д- 10мм, границы размытые, края сливаются с окружающей кожей. Цвет кожи, желто-, темно – коричневый, шоколадный.



Невус сальных желез





СИРИНГОМА (syringoma).

Синонимы: сириногодистоаденома, множественная туберозная лимфангиома, распространенная гидраденома и др.

Сирингома является доброкачественной опухолью потовых желез.

Высыпания чаще множественны, располагаются симметрично на лице, особенно периорбитально, шее, в области плечевого пояса, грудной клетки, половых органов. Реже - на животе, разгибательной поверхности конечностей. Они могут быть немногочисленными и локализоваться только на лице (периорбитально) или на шее.

По данным Allington, сирингома является самой частой опухолью век. Это мелкие, едва возвышающиеся над уровнем кожи, резко ограниченные, плотноватые милиумподобные опухолевидные элементы, слегка блестящие, как бы просвечивающие, темно-розовые, желтовато-коричневатые или чаще цвета нормальной кожи.

Слияние отдельных элементов наблюдается в очень редких случаях. Диссеминированные формы встречаются редко.

Лечение - Отдельные крупные элементы могут быть удалены диатермокоагуляцией.



ТРИХОЭПИТЕЛИОМА (trichoepithelioma)

Синонимы: кистозная железистая эпителиома (Brook, 1892), кистозная трихобазалиома, множественная папулезная трихобазалиома (Jarisch, 1894).

Этиология и патогенез

Трихоэпителиома представляет собой доброкачественную опухоль с дифференцировкой в сторону волосяных структур. Часты семейные случаи с аутосомно-доминантным типом наследования. Считается, что одиночная опухоль не наследуется.

Высыпания обычно множественные, имеют вид мелких опухолевидных элементов, полушаровидных, округлых очертаний, плотноватых, по цвету не отличающихся от нормальной кожи или светло-розовых. Размеры их на лице обычно не превышают 0,2-0,5 см, на волосистой части головы они могут быть крупнее, до 2-3 см. Поверхность их гладкая, на более крупных элементах часто обнаруживаются телеангиэктазии.

Располагаются преимущественно на лице (носогубные складки, веки, верхняя губа, лоб), реже на волосистой части головы, шее, верхней половине туловища. Имеются сообщения о диффузных и солитарных формах трихоэпителиомы.

Хирургическое удаление при подозрении на развитие карциномы.



папилломы



Келоид представляет собой опухолевое разрастание и склероз соединительной ткани неизвестной природы. В Гистологической классификации ВОЗ (1980) они рассматриваются среди опухолеподобных процессов мягких тканей.

Различают спонтанные келоиды, развивающиеся на внешне неизменной коже, и вторичные, возникающие на фоне рубцов различного происхождения (после ожогов, хирургических вмешательств, пиококковых процессов, обычных угрей и др.). Это деление в значительной мере условно, так как травматическое воздействие, на месте которого развился спонтанный келоид, может быть минимальным и остаться без внимания. В качестве факторов, способствующих разрастанию соединительной ткани, указываются гормональные нарушения, прежде всего дисфункция половых желез, беременность, гипофункция надпочечников, себорейная конституция (отсюда преимущественная локализация в так называемых себорейных местах), общие хронические инфекции (туберкулез и др.) Отмечается роль вторичного инфицирования раневой поверхности.

Келоиды чаще развиваются у женщин. От 50 до 88% составляют лица до 30-летнего возраста, что объясняется большей подверженностью молодежи травмам, особенностями структуры и функции кожи в этом возрасте (повышенное натяжение, ускоренный синтез коллагена). Вначале келоид имеет вид небольшого быстро растущего образования. Затем, достигнув определенного размера (обычно в течение 6-18 месяцев), годами остается в стационарном состоянии.

После оперативных вмешательств, большинство келоидов развивается в первые 6 месяцев, около 17% - через год. Не было отмечено ни одного случая келоида через два года после операции. Период между заживлением ожога и ростом келоидов, возникших на месте ожогов II - III степени, составляет от 1-3 месяца.

Келоиды, как правило, не исчезают в отличие от гипертрофических рубцов, которые обычно регрессируют через несколько месяцев самопроизвольно. Окраска их постепенно бледнеет, келоид становится белым или приобретает цвет нормальной кожи. Субъективные расстройства непостоянны, как правило, наиболее выражены в начальной фазе развития келоидов. Может наблюдаться зуд, небольшой или мучительный, гиперестезия или болезненность, самопроизвольная или при давлении. Боль может быть значительной, особенно при развитии келоидного рубца на стопах после нерационального удаления бородавок. Высока склонность к рецидивам после оперативного вмешательства.

При локализации келоидов на суставах могут развиваться контрактуры, на шее - ограничение подвижности. Злокачественное перерождение бывает редко, при многолетнем существовании многократных травмах преимущественно у пожилых. Больше вероятность развития эпителиом в области келоидов, развившихся на послеожоговых рубцах.

Располагаться келоиды могут на любом участке кожи, в том числе и в полости рта, но чаще бывают на груди, особенно в области грудины, на лице, ушных раковинах, шее, в межлопаточной области. У ожоговых больных келоиды чаще наблюдались на руках и ногах, лице, туловище, шее.

Лечение

Лучи Букки, лазера, хирургическое иссечение, внутриочаговое введение кортикостероидов, лидазы, пирогенные препараты, димексид, лечебная физкультура, массаж.



Эпидермальная киста – атерома – истинная киста, стенки которой выстланы эпителием, состоящих из зернистых и шиповатых клеток. Цвет окружающей ткани, Мягкое безболезненное образование.



КСАНТОМЫ (xanthoma).

Ксантоматоз кожи, в частности множественные туберозные (эруптивные) ксантомы - одно из проявлений нарушенного липидного обмена

Гиперлиппротеинемии (гиперлипидемии) представляют собой заболевания, при которых нарушения в образовании, транспорте и расщеплении липопротеинов ведут к повышению уровня триглицеридов и холестерина в плазме крови. Повышение уровня липидов сыворотки бывает первичным и вторичным.

Первичные гиперлиппротеинемии - когда без определенной причины уровень триглицеридов и холестерина плазмы превышает принятые пограничные значения. Fredrickson и соавт. (1971) предложили принцип дифференцирования пяти типов первичных гиперлиппротеинемий, который основывается на соотношении липопротеиновых фракций плазмы и базируется прежде всего на фенотипе электрофореза липидов.



Гемангиома (ангиома) – часто встречающееся доброкачественное новообразование, образованное тканью мелких сосудов. Гемангиомы имеют красный цвет (от ярко-алого до застойно-синюшного) за счёт крови, наполняющей сосуды, из которых состоит опухоль. Гемангиомы могут быть как единичными, так и множественными, существовать в различных видах:

Гемангиома капиллярная ("земляничный" невус) - одиночные или множественные выступающие над уровнем кожи элементы ярко-красного цвета с четкими границами. Появляется с рождения или в течение первых месяцев жизни; чаще всего проходит без лечения к 10-летнему возрасту.

Гемангиома кавернозная - одиночные или множественные опухолевидные сосудистые образования разной величины, мягкой консистенции с неровной поверхностью. Цвет кожи над ними имеет синюшный оттенок или не изменён.

Гемангиома смешанная состоит из кавернозной части с расположенной над ней капиллярной ангиомой.



ЦИЛИНДРОМА (cylindroma)

Синонимы: гиалинизированная трихобазалиома.

Этиология и патогенез

Цилиндрома представляет собой редко встречающуюся доброкачественную опухоль. Происхождение ее неясно. В гистологической классификации опухолей ВОЗ (1980) цилиндрома рассматривается как эккринная опухоль, но указывается на наличие мнений о развитии из апокриновых желез, а также из волосяных структур. Lever и Hashimoto относят цилиндрому к опухолям из незрелых структур апокриновых желез.

Клиника

Узловатые опухоли, внешне сходные с помидорами, каштанами или гроздьями винограда, мягкой или слегка плотноватой консистенции, обычно безболезненные. Количество опухолей различно, чаще они более или менее многочисленны, солитарные встречаются редко. Поверхность их гладкая, часто усеяна множественными телеангиэктазиями. Кожа в их зоне лишена волос, синюшного, розоватого или красного цвета, напряжена, может эрозироваться. Величина может быть различной, но редко превышает 4-6 см.

Опухоли локализуются преимущественно на волосистой части головы и лице, редко на других участках кожи, изолированно, но из-за тесного расположения имеют вид конгломератов, значительно возвышающихся над кожей, иногда занимающих значительные участки кожи, например, покрывающих волосистую часть головы, наподобие тюрбана, иногда закрывая и часть лба (отсюда название - тюрбанная опухоль).

Обычно развивается в молодом возрасте, чаще у женщин. Но может существовать и с детства. В этих случаях они обычно множественны, часто наследуемы. С возрастом размеры и количество опухолей увеличиваются. Достигнув определенного размера, длительно остаются в стационарном состоянии.

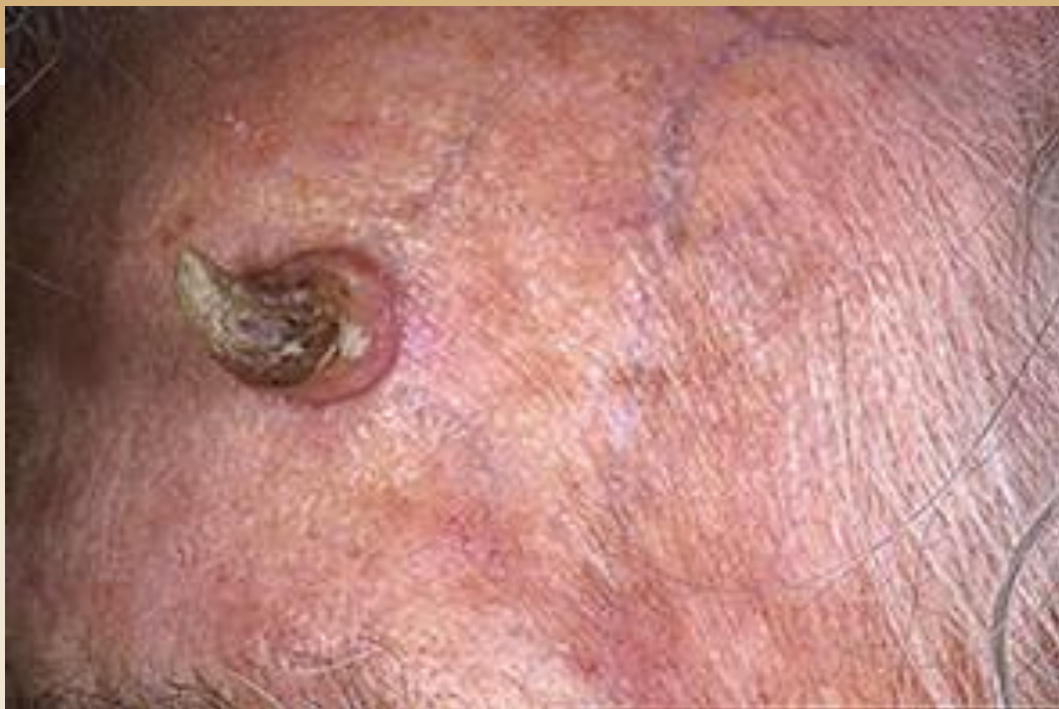
Злокачественное перерождение наблюдается редко.

Лечение

Отдельные наиболее крупные опухоли могут быть удалены хирургически.



**Гиперплазия слюнных желез – опухолеподобное поражение слюнных желез
Неизвестной этиологии, в виде папул с пупковидным вдавлением.
Встречается в зрелом и пожилом возрасте. Локализуются элементы на лбу,
Висках, щеках.**



Кожный рог одна из форм кератоза сопровождается выраженной кератинизацией. Это рогоподобная опухоль, длина составляет не менее половины диаметра основания. Чаще локализуется на коже ушных раковин и области лба, у пожилых людей со светлой кожей.





РЕКЛИНГХАУЗЕНА БОЛЕЗНЬ (morbus Reelinghausen)

Синоним: нейрофиброматоз

Этиология и патогенез

Болезнь Реклингхаузена является аутосомно-доминантным заболеванием из группы факоматозов. Значительная часть случаев обусловлена спонтанными мутациями. Около одного случая этого заболевания приходится на 3000 новорожденных (по данным Christophers, 1979). Считается, что нейрофибромы могут возникать как из шванновских клеток, так и из соединительной ткани, окружающей нерв.

Клиника

Клиническая картина многообразна. Ведущими являются нейрокутанные изменения, но часто выявляются признаки поражения внутренних органов, костной ткани, желез внутренней секреции, глаз. На коже в большинстве случаев обнаруживаются пигментные пятна и нейрофибромы, кожные и подкожные.

Как правило наиболее ранним симптомом являются пигментные пятна, которые появляются вскоре после рождения, обычно множественные, с гладкой поверхностью, характерным желтовато-коричневым цветом (пятна цвета «кофе с молоком»). Величина их обычно небольшая (0,5-1 см), но большую диагностическую значимость имеют пятна, размер которых превышает 1,5-2 см, особенно у взрослых, когда наличие более чем 6 подобного типа пятен делает диагноз нейрофиброматоза вероятным. Степень этой вероятности возрастает, если одновременно обнаруживают в подмышечных впадинах множественные мелкие (типа веснушек), скученно расположенные пятна. В ряде случаев (по данным Crowe, у 16% больных) развивается диффузный нейрофиброматоз с избыточным разрастанием соединительной ткани кожи и подковной клетчатки с возникновением опухолевидных образований гигантских размеров (elephantiasis neurofibromatosa),

В зоне нейрофибром могут быть нарушения различных видов чувствительности, иногда болезненность. Из других изменений кожи описываются невусы, пигментные В зоне нейрофибром могут быть нарушения различных видов чувствительности, иногда болезненность. Из других изменений кожи описываются невусы, пигментные и сосудистые В зоне нейрофибром могут быть нарушения различных видов чувствительности, иногда болезненность. Из других изменений кожи описываются невусы, пигментные и сосудистые, cutis laxa, синдром Ehlers - Danlos, аденома сальных желез, ихтиоз.

Нейрофибромы в полости рта обнаруживаются у 1-5% больных (Freedus и Doyle). В наблюдении И. Ю. Голоусенко, у больной помимо множественных изменений на коже обнаруживалось утолщение десен, множественные опухолевидные образования в полости рта.

Клинические проявления изменений нервной системы зависят от локализации и характера поражения (ограниченное или диффузное). Они наблюдаются у 3-8% больных (по данным Crowe). Наиболее часто в процесс вовлекаются глазной, слуховой и тройничный нерв, в результате чего могут развиваться головные боли, головокружения, невралгии, снижение слуха, зрения, экзофтальм. Больные часто апатичны, страдают депрессией, у них снижен интеллект. Развитие внутрочерепных опухолей может вызывать эпилепсию.

Изменения костной системы обнаруживаются у многих больных и характеризуются остеодистрофией, кифосколиозом, гипоплазией ребер, возникновением субпериостальных кист, деформацией твердого неба, челюстей, наличием spina bifida.



Болезнь Боуэна

В настоящее время рассматривается как внутриэпидермиальный рак (cancer in situ).

Заболевают лица обоего пола, в возрасте 40-60 лет. Поражает поверхность кожи и слизистую оболочку полости рта.

Клинически заболевание проявляется разнообразно. Чаще это высыпания пятнисто-узелкового характера, покрытые чешуйками или корочками. Иногда выглядит папулей или бляшкой бледно-розового или желтого цвета. Бляшки четко очерчены. Нередко папулы и бляшки сливаются между собой, образуя обширную поверхность, покрытую местами папилломатозными выростами.

На почве болезни Боуэна возникает, как правило, недифференцированный рак, при котором быстро реализуются метастазы (Боуэноид карцинома).

Дифференциальный диагноз необходимо проводить со старческой кератомой (при кератоме — гиперкератоз и папилломатоз более выражены).

Лечение хирургическое.



Болезнь Кейра (эритроплакия Кейра) встречается редко, чаще у лиц пожилого возраста на головке полового члена и на препуции. На женских наружных половых органах встречается довольно редко.

Клинически проявляется в виде ярко-красного, ограниченного, бархатистого, безболезненного узла различной величины. Процесс развивается медленно, годами. Со временем в области узла появляются папилломатозные выросты или изъязвления.

Дифференциальный диагноз необходимо проводить с сифилитической эрозией, появляющейся после отпадания пузырьков (herpes genitalis), а также с ограниченным, доброкачественным, плазмноклеточным баланопоститом.

Лечение хирургическое.



Лейкоплакия – одна из наиболее частых предраковых поражений рта у взрослых, встречается почти у 1% населения, чаще 50-70 лет. Мужчины болеют в 2 раза чаще. Важная роль отводится внешним раздражителям, при прекращении воздействия этих раздражителей она может проходить. Ряд авторов связывают развитие лейкоплакии рта с ВПЧ типа 11 и 16. клинически очаги состоят из мелких или крупных серовато-белых бляшек.



Лимфома - гетерогенная группа злокачественных опухолей, происходящих из лимфоидной ткани, при которых возможны специфические поражения кожи. Возникает преимущественно у лиц пожилого и старческого возраста 50- 80 лет. Болеют одинаково часто как жители городов, так и сельского населения, распределение по социальному составу свидетельствует о том, что около 80% составляют рабочие.

В последнее десятилетие большинство исследователей отмечают рост числа больных ЗЛК.

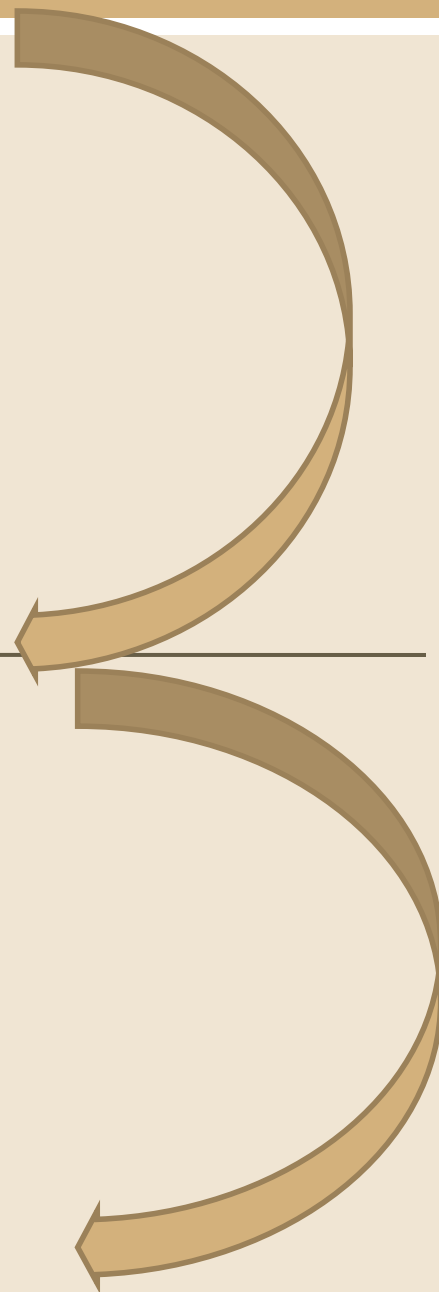
ПЕРВОЕ МЕСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ 50-75% У ЛЮДЕЙ
СТАРШЕ 50 ЛЕТ

- ПОВЕРХНОСТНАЯ
- ПИГМЕНТИРОВАННАЯ
- ОПУХОЛЕВАЯ
- ЯЗВЕНАЯ
- СКЛЕРОДЕРМОПОДОБНАЯ
- СИНДРОМ ГОРЛИНА –ГОЛЬЦА(НЕВОИДНЫЙ
БАЗАЛЬНОКЛЕТОЧНЫЙ СИНДРОМ)

МЕТАТИПИЧЕСКИЙ РАК КОЖИ – ЭТО
ЭПИТЕЛИАЛЬНАЯ ОПУХОЛЬ КОЖИ, ЗАНИМАЮЩАЯ
ПРОМЕЖУТОЧНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ МЕЖДУ
БАЛЬНОКЛЕТОЧНЫМ И ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫМ
РАКОМ

ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫЙ РАК КОЖИ СОСТАВЛЯЕТ 20%
ВСЕХ РАКОВ КОЖИ С ЧАСТОТОЙ СООТНОШЕНИЯ С
БАЗАЛИОМОЙ 1:4

- ОПУХОЛЕВИДНАЯ
- ЯЗВЕННАЯ



Стадии распространения рака кожи

Для оценки распространенности рака кожи в практических лечебных учреждениях используются отечественная классификация по стадиям и по системе TNM.

I - стадия – опухоль или язва диаметром **до 2 см**, ограниченная эпидермисом или незначительной инфильтрацией дермы, смещающая вместе с кожей (без инфильтрации соседних тканей) и без метастазов ($T_1N_0M_0$)

II «а» стадия – опухоль или язва **более 2 см в диаметре, но менее 5 см**, прорастающая всю толщу кожи без распространения на подлежащие ткани. Регионарные метастазы не определяются ($T_2N_0M_0$)

II «б» стадия – опухоль или язва той же или меньшей степени местного распространения, что при II «а» стадии. Определяется одиночный смещаемый метастаз в регионарных лимфатических узлах ($T_{1-2}N_1M_0$)

III «а» стадия – ограниченно подвижная опухоль значительных размеров (**более 5 см в диаметре**), проросшая всю толщу кожи и подлежащие ткани, но не перешедшая еще на хрящ или кость, без определяемых метастазов ($T_3N_0M_0$)

III «б» стадия – опухоль такого же или меньшего размера, что при III «а» стадии, но с наличием множественных подвижных и одного малоподвижного метастаза в регионарных лимфатических узлах ($T_3N_2M_0$), ($T_{1-2}N_3M_0$)

IV «а» стадия опухоль или язва, широко распространяющаяся по коже, **проросшая подлежащие мягкие ткани, хрящевой или костный скелет**, но без метастазов в регионарных лимфатических узлах ($T_4N_0M_0$)

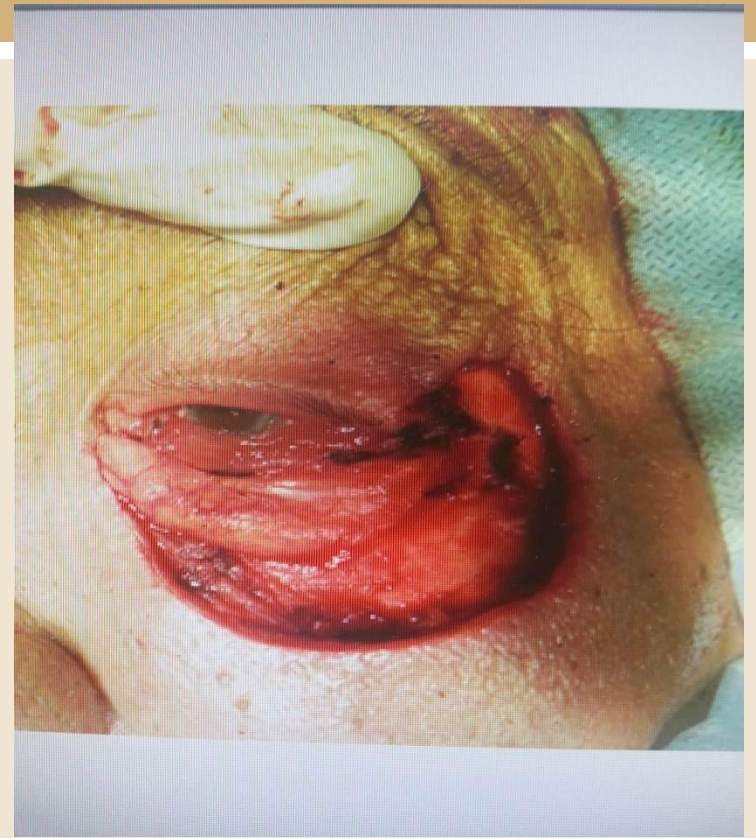
IV «б» стадия – опухоль такого же или меньшего размера, что при IV «а» стадии, при наличии либо неподвижных регионарных метастазов ($T_4N_3M_0$), либо в отдаленных органах ($T_{2-4}N_{1-3}M_1$)

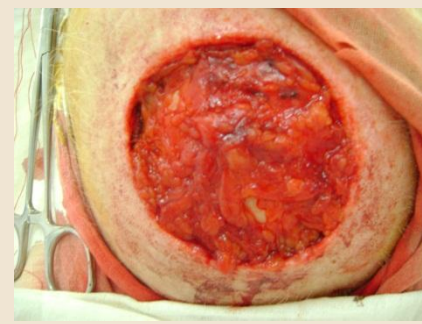




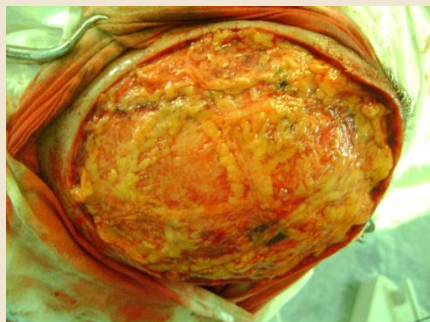
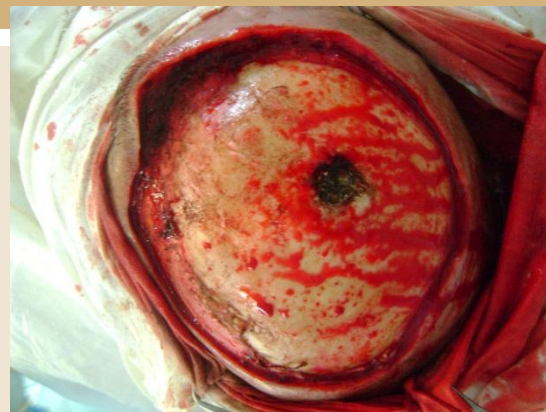








Первично-множественный с-г кожи нижней губы справа и волосистой части головы STIII(T3N0M0). Распад



Плоскоклеточный с-г кожи лобно-теменной области слева StIII(T3N0M0).
Состояние после лучевой терапии. Рецидив.



Плоскоклеточный с-г кожи крыла носа справа StIII(T3N0M0). Состояние после лучевой терапии. Рецидив.



Базальноклеточный с-г кожи заушной и затылочной области слева StIII(T3N0M0). Распад.







Рак кожи спинки носа, Ст-111.

Операция: иссечение опухоли с пластикой кожно-жировым лоскутом со лба



Диспансеризация первичная (ДО - 1)

Осмотр дерматологом всего прикрепленного

контингента

Здоровые

Больные

Факторы риска

Возраст старше 70 лет
HLA – фенотип
Иммунодефицит
Избыточная инсоляция
Слабопигментированный тип кожи
Наследственная предрасположенность к раку кожи
Мужской пол
Ионизирующая радиация

Выявление и формирование групп повышенного онкориска по БКР

Лечение у дерматолога или онколога

Активное наблюдение

Активное диспансерное наблюдение у дерматолога

Единичные формы БКР (83%)

Множественные формы БКР (17%)

Диспансеризация ежегодная (ДО-II)

Осмотром дерматологом по направлению терапевта

Осмотр дерматологом в течение 3 лет: 1 год 4 раза, затем 1 раз в год

Осмотр дерматологом пожизненно: первые 6 лет по 4 раза в год, затем 1 раз в год

Программа активного выявления предусматривает тщательный осмотр кожных покровов пациентов при первичном прикреплении к медицинскому учреждению (ДО-1).

Первый этап ДО – 1 - дифференцировать контингент на 2 группы: здоровых и больных.

Среди группы здоровых лиц на основе факторов риска формируются группы повышенного онкологического риска по раку кожи. Наблюдение за ними осуществляют участковые терапевты.

Цель наблюдения – раннее выявление первых признаков рака кожи. Выявленные больные после проведенного лечения находятся под активным диспансерным наблюдением дерматолога (ДО-11) с целью раннего выявления рецидива и возможного лечения.

Целесообразно наблюдать больных безотягощающих факторов риска не более 3 лет. Этого срока наблюдения вполне достаточно для уточнения прогноза и выявления возможного рецидива заболевания. При этом осмотр дерматологом проводится в первый год 4 раза, в последующие 2 года - 1 раз.

Больных с первично-множественным рецидивирующим раком рекомендуется брать на активное наблюдение сразу пожизненно. Это обусловлено тем, что у больных первично-множественными формами заболевания число рецидивов в 7,8 раза выше, чем у больных с единичной опухолью. Рецидивы в месте удаления рака у больных с единичной формой заболевания возникают на протяжении первых 3 лет наблюдения, а с множественной – на 3-5-м годах. В этой группе больных проводится углубленная ежегодная диспансеризация, направленная на раннее выявление онкологических заболеваний различной локализации. Осмотр осуществляется 4 раза в год в течение первых 5 лет, затем 2 раза в год.