

Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Сибирский государственный медицинский университет»
Минздрава России

П.Н. Пестерев, С.А. Хардикова

ОНКОДЕРМАТОЗЫ

Учебное пособие

Томск
Издательство СибГМУ
2020

УДК 616.5-006 (075)

ББК 55.83

П 286

Пестерев, П.Н. Онкодерматозы: учебное пособие / П.Н. Пестерев, С.А. Хардилова. – Томск: Издательство СибГМУ, 2020. – 169 с.

В последние годы врачи-дерматовенерологи в своей ежедневной практике все чаще встречаются с новообразованиями кожи.

В учебном пособии на основе современных данных освещены вопросы этиологии, патогенеза, клиники и диагностики доброкачественного и злокачественного поражения кожи. Учебное пособие написано в строгом соответствии с учебной программой по дерматовенерологии и предназначено для студентов, обучающихся по специальностям «Лечебное дело», «Педиатрия», «Стоматология», а также для ординаторов, врачей факультета повышения квалификации и после дипломной подготовки специалистов-дерматовенерологов, косметологов, онкологов, хирургов, терапевтов, врачей общей практики и других.

УДК 616.5-006 (075)

ББК 55.83

Рецензент:

Р.М. Абдрахманов – д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой дерматовенерологии ФГБОУ ВО Казанский государственный медицинский университет Минздрава России.

Утверждено и рекомендовано к печати учебно-методической комиссией лечебного факультета ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России (протокол № 99 от 29 января 2019 г.).

Издательство СибГМУ, 2020

© С.А. Хардилова, П.Н. Пестерев, 2020

СОДЕРЖАНИЕ

ОНКОДЕРМАТОЗЫ	5
Базалиома	5
Плоскоклеточный рак кожи	11
Меланома	15
ПСЕВДОРАКИ	28
Кератоакантома	28
Гигантская остроконечная кондилома Бушке–Левенштайна	31
Карциноидный папилломатоз кожи Готтрона.....	33
ПРЕКАНЦЕРОЗЫ ИЛИ ПРЕДРАКОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ	37
Лейкоплакия	37
Крауроз вульвы	40
Крауроз полового члена	41
Бархатная эритроплазия Кейра.....	42
Болезнь Боуэна	43
Болезнь Педжета	45
Меланоз преканцерозный ограниченный Дюбрея	46
Эпидермодисплазия веррукозная Левандовского–Лютца.....	47
Ксеродерма пигментная	48
Кожный рог.....	49
Старческая бородавка.....	50
Старческая кератома.....	52
Актинический кератоз	53
Кератоз мышьяковистый.....	54
Синдром невобазоцеллюлярный семейный	55
Синдром атипичных родимых пятен	58
Синдром Базекса–Дюпре–Кристола	60
Невусы.....	60
ПАРАНЕОПЛАЗИИ	67
Акрокератоз паранеопластический Базекса.....	68
Чёрный акантоз	69
Эритема мигрирующая гирляндобразная Гаммела.....	71
Синдром глюкоганомы.....	72

Гипертрихоз ланугозный	74
Синдром карциноидный	74
Синдром множественной невromы слизистых оболочек	76
Тестовые задания.....	80
Ситуационные задачи	120
Ответы на тестовые задания	145
Ответы на ситуационные задачи	150
Рекомендуемая литература	154
Приложение	155

ОНКОДЕРМАТОЗЫ

К наиболее частым онкодерматозам относятся базалиома, спиналиома и меланома.

БАЗАЛИОМА (Basalioma)

Синонимы: базоцеллюлярная эпителиома, базально-клеточный рак.

Базалиома является наиболее часто встречающейся злокачественной опухолью кожи. Одни авторы причисляют её к карциномам, а другие – к доброкачественным опухолям, невусам. Известно и третье положение, согласно которому базалиома, ввиду её своеобразных клинических и биологических свойств, представляет переходную форму между невусами и злокачественными опухолями. Особое положение базалиомы среди опухолей кожи объясняется следующими её свойствами: базалиома обладает инфильтративным инвазивным, часто деструктивным ростом. Она обуславливает необратимое изменение, показывающее прогрессивный рост. После терапевтических вмешательств может дать рецидивы. Перечисленные свойства приближают базалиому к злокачественным опухолям. Об относительной доброкачественности процесса свидетельствует то обстоятельство, что базалиома практически не даёт метастазов.

Несмотря на то, что возникновение базалиомы на почве какого-либо предварительно существующего заболевания является нередким явлением, она возникает, как правило, на здоровой на вид коже, без какого-либо предшествующего процесса. Пребластоматозные изменения базалиомы еще недостаточно известны, однако мы знаем о существовании таких процессов, на почве которых могут возникать базалиомы (рубец, старческая бородавка).

Итак, базалиома – медленно развивающаяся и редко метастазирующая опухоль, возникающая в эпидермисе или придатках кожи. По мнению большинства исследователей, базалиома развивается из плюрипотентных эпителиальных клеток, способных дифференцироваться в направлении разных структур. В формировании опухолей придается значение генетическим факторам, иммунным нарушениям, эколо-

гическим воздействиям (интенсивная инсоляция, контакт с канцерогенами и др.). Развитию базалиом благоприятствуют рубцово-атрофические изменения кожи после ожогов, после или на фоне туберкулёзной и красной волчанок, после рентгено- и ПУВА-терапии. В 1996 г. исследователи национального института здоровья США обнаружили в 1X хромосоме генома человека ген РТС, мутации которого приводят к развитию этого вида опухолей. Наиболее вероятной причиной мутации являются УФЛ с длиной волны 290–320 нм.

По международной гистологической классификации опухолей ВОЗ (1980 г.), базалиома трактуется как истинный рак. Однако редкое метастазирование позволяет отнести её к местно-злокачественным или местно-деструктурирующим опухолям.

Клиника. Базалиома одинаково часто встречается у мужчин и женщин после 40–50 лет. Однако она изредка встречается у детей и подростков. По данным литературы, среди злокачественных опухолей кожи базалиома составляет 69–76,7%. Излюбленным местом локализации базалиом является кожа головы и шеи (94%). Реже она возникает на туловище и конечностях. Базалиома обычно появляется в виде солитарных узлов, однако на туловище могут возникать и множественные очаги (до десятков) (рис.17–19).

В 85% случаев базалиома поражает светлокожих и гораздо реже – креолов и людей с коричневой кожей.

Базалиомы кожи головы чаще всего располагаются около внутреннего угла глаз, по границе носа и лба, по линии наружных углов глаз и виска, на крыльях носа, по ходу носогубной складки и на верхней губе.

В области и по краям базалиом воспалительные явления сначала совсем отсутствуют, позже они появляются, но очень редко. Разрастание процесса по краям идёт неравномерно. Опухоль очень легко изъязвляется. Особенно опасны опухоли, расположенные в окружности глаз, носа, ротовой полости, так как, изъязвляясь и распространяясь по краям и в глубину, они в течение короткого срока могут разрушать окружающие ткани (*basalioma terebrans*).

Характерным свойством базалиом является медленный рост. Больные обычно имеют анамнез один–два года.

Обычно различают три основных типа базалиомы:

1) опухолевый, 2) язвенный, 3) поверхностный.

Опухолевый тип

Начинается с появления мелкого узелка полушаровидной формы, слегка возвышающегося над уровнем кожи, который в течение нескольких лет достигает 1,5–3 см в диаметре. Постепенно формирующиеся узлы достигают величины горошины чёрного перца, обычной горошины и фасоли, но могут достигать и более значительных размеров. Очень часто очаги располагаются близко друг к другу. Очаги увеличиваются за счет периферического роста, иногда образуя лентообразные участки поражения. Поверхность опухоли гладкая бледно- или застойно-розового, коричневатого-красного цвета, с телеангиэктазиями, иногда покрыта чешуйками. Кожный рисунок на месте поражения полностью исчезает. На поверхности наблюдается сетевидный рисунок сосудов. Опухоли могут быть множественными. Опухолевая форма имеет пять разновидностей.

Крупноузелковая форма. Поражение проявляется в виде плотных, выступающих над общим уровнем кожи узелков полушаровидной формы. Процесс распространяется неравномерно к периферии, где местами под кожей пальпируются плотные тяжи. Поверхность бугристая, на ней отмечаются телеангиэктазии. Местами появляются небольшие депигментированные пятна, напоминающие склеродерму.

Конглобированная форма. При этой форме несколько плотных, выступающих над кожей узлов сливаются, образуя крупную опухоль. Отдельные узлы имеют вид полушара. Поверхность бугристая. Под истончённым покровным эпителием располагается сеть мелких, расширенных сосудов. В центре очага поражения обнаруживаются вдавления с бугристым основанием, которое иногда изъязвлено и покрыто корками.

Бородавчатая форма. Элементы поражения проявляются в виде плотных, выступающих над уровнем кожи полушаровидных узлов, имеющих папилломатозные края. В центре очага располагается бородавчатая, плотно прилипающая роговая масса. При удалении этой массы остается кровотокающая изъязвленная поверхность.

Мелкоузелковая (цирцинатная) форма. При этой форме группа плотных узелков величиной с чёрный перец или с горошину располагается кольцеобразно, центробежно. Элементы имеют перламутровый или восковой блеск. В центре на вид здоровой кожи появляются новые мелкие узелки подобного строения.

Опухолево-язвенная форма. Постепенно вырастает опухоль, на поверхности которой кожа истончается, становится блестящей, мем-

браноподобной, через неё резко вырисовываются поверхностно идущие, сетевидные, неравномерно расширенные мелкие сосуды. Обнаруживаются явления и умеренного воспаления. Как в центре, так и по краям опухоли наблюдаются многочисленные изъязвления величиной с чечевичное зерно и образование желтовато-коричневых корок. Опухоль растёт чрезвычайно медленно. Корки отпадают, язвы эпителизируются, затем они появляются снова. Часто возникает центральный кратер неправильной формы.

Язвенный тип

При этой разновидности базалиомы первоначальным элементом поражения является язва. Разъедающая язва Джекоба (*ulcus rodens*). Изъязвлённый тип базалиомы характеризуется интенсивным ростом. Проникая в глубину в течение нескольких месяцев, он может вызвать тяжелые разрушения, главным образом, в окружности естественных отверстий тела вблизи ушей и глаз. Поверхность язвы часто глубоко западает, края резко вырисовываются, основание неравномерное, напоминающее корку сала. Поражение может распространяться и на переходные слизистые оболочки (нос, верхняя губа, окружность век). Язвы иногда покрыты плотно прилегающей корковой массой. По краям обнаруживаются явления роста без воспалительных явлений.

Прободающая базалиома (basalioma terebrans). Является редкой разновидностью *ulcus rodens*. Отличается интенсивным периферическим и глубинным ростом. Поражения, локализованные на голове, могут разрушать крылья носа, веки, глазное яблоко, ушную раковину и, распространяясь на придаточные пазухи и слуховые ходы, в конце концов приводят к смерти больного. Поражения, локализованные на туловище, охватывают участки величиной в несколько ладоней. Они имеют зазубренные или неравномерные, иногда подрытые края. Проникая в глубину, процесс поражает как мышечную, так и костную ткань. Воспалительная реакция по краям выражена умеренно. Прободающая базалиома рецидивирует даже после её радикального широкого и глубокого вырезания. Иногда заболевание рецидивирует у лиц, получивших недостаточную дозу лучевой терапии.

Вегетирующая базалиома (basalioma vegetans). Может быть как вариантом язвенной, так и опухолевой форм базалиомы. Представляется в виде бородавчатых, папилломатозных разрастаний, с наклоном к кровоточивости и распаду. Такая базалиома иногда достигает гигантских размеров.

Поверхностный тип

Поверхностная базалиома часто бывает множественной. Очаги поражения поверхностные, умеренно плотные, обладают медленным ростом. Характеризуется появлением шелушащихся розового цвета пятен с чёткими контурами, овальной, округлой или полигональной формы. По периферии этих элементов наблюдается слегка возвышающийся валик, состоящий из мелких, плотных, слегка поблескивающих при боковом освещении узелков (кожных жемчужин). Со временем цвет опухоли меняется на тёмно-розовый, коричневатый.

Экземоподобная форма. При этой форме пораженные участки достигают величины чечевичного зерна и более, нередко даже до ладони ребенка. Они резко отграничены от окружающей кожи. В области очага обнаруживается умеренное воспаление. Кожный рисунок исчезает, обнаруживаются только глубокие кожные складки. На поверхности образуются беловатые, сероватые пластинчатые чешуйки. Местами имеются поверхностные язвы, покрытые кровянистыми корками. Эта картина напоминает хроническую или подострую инфекционную экзему. Наиболее характерной локализацией процесса является лицо и туловище, где иногда возникает множество элементов (8–9), величиной до размеров мужской ладони. Среди множественных элементов поверхностной базалиомы иногда встречаются элементы и узелково-изъязвленной разновидности. Края отдельных очагов расплывчаты. Очаг является отёчным, воспалённым. Поверхность покрыта корками и чешуйками. Местами встречаются эрозированные ярко-красные, мокнущие участки. Тогда картина напоминает подострую экзему. Изменение чаще наблюдается в области изгибов. При этой форме базалиомы на голове, висках и на туловище, кожа становится атрофичной, тонкой, как папиросная бумага, сухой и морщинистой. Поражение распространяется по краям, и здесь же обнаруживаются мелкие язвочки величиной с чечевичное зерно. Центр очага рубцово-атрофически изменён, депигментирован, картина иногда напоминает склеродерму или хронический эритематоз.

Пигментная базалиома (basalioma pigmentosum). Как правило, по краям или в центре поверхностной формы базалиомы, реже при узелковой форме её, наблюдается коричневатая, синеватая, фиолетовая или серовато-коричневатая точечная, сетевидная пигментация. Эту форму, особенно узелковую, бывает трудно отличить от преканцерозного меланоза Дюбрея и меланомы. Пигментированная базалиома бывает и опухолевого типа.

Склеродермоподобная базалиома (basalioma sclerodermiforme). Скорее следовало бы отнести её к поверхностному типу опухоли, чем к самостоятельному типу. Она выглядит как чётко отграниченная, плотная, плоская или слегка возвышающаяся бляшка желтоватой или белесоватой окраски. Периферический валик обычно отсутствует. В центре бляшки могут наблюдаться атрофические изменения, явления дисхромии, телеангиэктазии. Изъязвляется редко. Чаще бывает на лице.

Гистопатология. При всех типах базалиом главным критерием является наличие эпителиальных клеток с тёмноокрашенными вытянутыми ядрами, расположенными палисадообразно по периферии очагов. Они напоминают базальные клетки эпидермиса, но отличаются от последних отсутствием межклеточных мостиков и крупными, интенсивно окрашенными ядрами. Митозы встречаются редко. В строме, богатой волокнистой субстанцией, часто обнаруживают лимфогистиоцитарные инфильтраты.

Диагноз. При установлении диагноза дифференцируют: с кератоакантомой, спиноцеллюлярной эпителиомой, болезнью Боуэна, себорейной кератомой, липоидным некробиозом, преканцерозным меланозом Дюбрея, склероатрофическим лишеном, обызвествляющейся эпителиомой Малерба, эккринной спираденомой, актиническим кератозом.

Из не инвазивных методов с целью обследования подозреваемой базалиомы целесообразно использовать дерматоскопию, при которой удаётся найти характерные для этого заболевания признаки: отсутствие пигментной сетки, наличие крупных серо-голубых овоидных гнёзд, множественных серо-голубых глобул, структур в форме кленового листа, структур, напоминающих велосипедные колёса, ветвящихся сосудов, изъязвлений.

Для окончательной верификации диагноза и последующего лечения больного направляют к онкологу.

Лечение. Диагностика, лечение и диспансеризация проводится онкологом. Для лечения используют хирургическое иссечение, рентгенотерапию, крио- и лазеродеструкцию, общую химиотерапию, местно – 30–50% проспидиновую, 0,5% колхаминовую мази в различных сочетаниях с учётом ситуации. После лечения диспансерное наблюдение. Обязательна защита кожи от воздействия ультрафиолетовых лучей.

ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫЙ РАК КОЖИ (*Epithelioma planocellulare*)

Синонимы: спиноцеллюлярный рак, спиналиома, эпидермоидкарцинома, канкроид и др.

Плоскоклеточный ороговевающий рак почти во всех случаях возникает на почве предраковых состояний. Заболеванию предшествуют длительно существующие очаги воспалительного процесса (угри, фурункулы, нарывы), доброкачественные опухоли, кожные болезни (волчанка, болезни, обусловленные вирусами папилломы человека), аномалии развития, рубцы термических и солнечных ожогов, отморожения, травмы, механические раздражения, предраковые состояния (пигментная ксеродерма, болезнь Педжета, болезнь Боуэна), иммунодепрессия, хронические язвы, свищи, старческие кератомы, дермоидные кисты, кожный рог, а также профессиональные и бытовые факторы (курение и закладывание табака за щеку, алкоголь).

Так называемый рак «кангри», возникающий от ношения горшков, наполненных горячими углями с целью согревания тела (Гималаи, Индия). Рак «каиро» (Япония) возникает от воздействия медных коробок, наполненных горячей угольной пылью, также носимых под одеждой для согревания тела. Раки кожи моряков, крестьян, путешественников и других лиц, постоянно получающих солнечные ожоги.

Профессиональные заболевания раком кожи наблюдаются при воздействии на человека рентгеновских и радиевых лучей, сажи, каменноугольной смолы, дегтя, угля, смолы, креозота, мазута, мышьяка, парафина и других раздражителей.

Следует отметить, что при воздействии всех вышеперечисленных факторов могут развиваться различные злокачественные опухоли: базально-клеточные и плоскоклеточные раки, а также и меланомы.

Плоскоклеточный рак, подобно базалиомам, в большинстве случаев локализуется на открытых участках тела: на лице, на шее, на тыле кистей, возможно на предплечье, на волосистой части головы и на наружных половых органах (рис. 20, 23). Большинство поражений, наблюдаемых на лице, располагаются на местах, подвергнутых усиленному раздражению: выдающиеся участки – спинка носа, скуловая дуга, края ушной раковины и нижняя губа. Реже спиналиомы появляются на туловище. На слизистых рта она может быть и опухолевого и язвенного типов. В 78% случаев опухоль располагается на красной кайме губ, в 4,5% – на слизистой щек, в 9,6% – на слизистой языка.

Спиналиома на туловище, в отличие от базалиомы, появляются обычно одиночно, базалиомы же очень часто представлены множественными узлами. Множественные очаги плоскоклеточного рака, как правило, встречаются на лице. Профессиональные раки (в результате воздействия дегтя и его производных) появляются на предплечье и тыле кистей, чаще всего множественные.

Плоскоклеточный рак возникает у мужчин несколько чаще, чем у женщин. Спиналиома, возникающая на почве лейкоплакий или хейлитов нижней губы или же появляющаяся без видимого предварительного изменения, у мужчин наблюдается почти вдвое чаще, чем у женщин.

Спиналиома появляется в возрасте 40 лет. Частота их появления к 50 годам увеличивается. Наибольший процент заболевших наблюдается после достижения возраста 60–70 лет.

На основании клинических признаков различают два типа плоскоклеточного рака:

- 1) опухольный,
- 2) язвенный.

Опухольный (экзофитный) тип

Начальная стадия этого типа плоскоклеточного рака ничем не отличается от опухольного типа базалиомы. Однако она характеризуется бурным ростом. В течение нескольких недель опухоль достигает величины 2–4 см в диаметре, а иногда и более. Кожный рисунок над опухолью сначала тускнеет, а затем исчезает. Явления воспаления отсутствуют. В первые недели субъективные явления у больного отсутствуют. Цвет пораженных участков не отличается от цвета пораженной кожи. Узлы лишь очень редко принимают коричневатый или коричневато-красный оттенок. Очаги опухоли плотны, нередко напоминают хрящ. Процесс распространяется по краю, где над кожей прощупываются плотные тяжёлые бугристой поверхности. Первоначальный узел развивается в двух направлениях. При веррукозной (гиперкератотической) разновидности опухольного типа в центре плотно прилегающего узла, возвышающегося над уровнем кожи в виде полушара, наблюдаются серовато-коричневые роговые наслоения, что придает ему сходство с кератоакантомой, кожным рогом. Поражение сидит на широком основании, а края валикообразно приподняты. По периферии могут наблюдаться шелушение и трещины. Наиболее частая локализация таких опухолей – нижняя губа. Папилломатозная разновидность чаще всего развивается на закрытых участках тела, отлича-

ется быстрым ростом, более крупными размерами и наличием вегетаций по типу цветной капусты или имеет вид помидора. На третьем – четвертом месяце появляются ограниченные изъязвления или некротические участки, покрытые корками. Цвет пораженных участков, как правило, не отличается от цвета здоровой кожи, но иногда встречаются изменения коричневого или коричневатого-красного цвета.

Язвенный (эндофитный) тип

Изменения первоначально появляются в язвенной форме. Различают поверхностную и глубокую разновидность.

Поверхностная разновидность. Язва неправильной формы, характеризуется резкими краями и покрыта толстой, легко удаляемой коричневатой коркой. Язва распространяется не в глубину, а к периферии. По периферии появляются дочерние язвы, которые сливаются между собой, образуя язвы неправильной формы, с четкими границами, покрытые толстыми корками. Поверхностные язвы, локализующиеся на лице, иногда напоминают хроническую экзему. Экземоподобные явления на лице особенно хорошо выражены при злокачественном изъязвленном перерождении старческих кератом. Рецидивы, возникающие в рубцах, оставшихся после облучения, очень часто имеют поверхностный, изъязвленный характер.

Глубокая разновидность. Язвы обладают плотными, крутыми, развороченными краями, с неровным бугристым рельефом дна, иногда папилломатозным, распространяются к периферии и проникают в подлежащие ткани. Они легко кровоточат. Основание язв сальное, желтовато-красного цвета. Поверхность бугристая и покрыта однородным желтовато-белым налётом. Опухоли быстро распространяются на подкожную клетчатку или глубже вплоть до костей, становятся неподвижными, болезненными.

При обоих типах отмечается раннее, уже на третьем–четвертом месяце, появление метастазов в регионарные лимфатические узлы, которые становятся плотными (до хрящевой консистенции), умеренно подвижными или фиксированными. Реже происходит метастазирование в кости и внутренние органы.

Гистопатология. Опухоли состоят из беспорядочно располагающихся нормальных и атипичных эпителиальных клеток, проникающих глубоко в дерму. Атипичия проявляется полиморфизмом клеток, гиперплазией и гиперхроматизмом их ядер, отсутствием межклеточных мостиков, увеличением числа митозов и множественными атипичными митотическими фигурами; наблюдается ороговение клеток

шиповидного слоя с образованием «роговых жемчужин». Вблизи опухоли и в её ткани – скопления лимфоцитов, нередко с признаками деструкции. Существуют различные варианты строения спиналиомы, описания которых представлены в специальных руководствах.

Диагноз. При установлении клинического диагноза дифференцируют с базалиомой, кератоакантомой, бородавчатым туберкулёзом кожи, хронической пиодермией, псевдоэпителиоматозной гиперплазией, гуммозным сифилидом, болезнью Боуэна, болезнью Педжета, актиномикозом, доброкачественными опухолями кожи, келоидами, саркомами, беспигментными меланомами, дерматозами неракового происхождения и др.

Для уточнения диагноза применяют биопсию.

Всех больных, у которых подозревают плоскоклеточную эпителиому, незамедлительно направляют к онкологу для окончательной клинической и гистологической верификации диагноза и решения вопроса о лечении.

Прогноз заболевания зависит от типа поражения и своевременного начала лечения.

При поверхностных поражениях кожи прогноз благоприятен. Прогноз при глубоко проникающих формах может быть неблагоприятен, в особенности при переходе процесса на хрящи или кости, а также при метастазах во внутренние органы.

Профилактика. Устранение длительно и повторно действующих раздражителей (трение одеждой, частые порезы во время бритья, курение и пр.). Борьба с предраковыми состояниями. Следует избегать чрезмерной инсоляции.

Профилактика профессионального рака кожи заключается в основном в максимальном соблюдении технических правил выполнения работы с соответствующими канцерогенами и соблюдение правил личной гигиены, чистоты тела и одежды. Регулярное систематическое диспансерное наблюдение за состоянием лиц, работающих с вредными продуктами.

МЕЛАНОМА

(от греческого *melas, melanos* – тёмный, чёрный)

Синонимы: меланобластома, меланокарцинома, меланоцитома, меланоцитобластома, меланомалигнома.

Опухоль из клеток, продуцирующих пигмент меланин.

Термином «меланома» обозначают злокачественные опухоли из пигментной ткани.

Этиология и патогенез. Меланома развивается преимущественно из врожденных и приобретенных невусов, может образовываться на фоне преканцерозного меланоза Дюбрея, а иногда и на видимо не измененной коже.

Хотя многие факторы могут влиять на развитие меланомы, но главным считается ультрафиолетовый спектр солнечного излучения. Лучшим доказательством в пользу этого мнения является нарастание частоты заболеваний, прямо пропорциональное близости региона проживания населения к экватору. Исследования последних лет свидетельствуют, что интенсивное солнечное излучение, ведущее к возникновению ожогов, представляет собой более важный аспект в этиопатогенезе меланом. Лица, имевшие в течение жизни множественные либо тяжелые солнечные ожоги, обладают повышенным риском развития меланомы.

Заболеваемость меланомой кожи демонстрирует неизменную тенденцию к постоянному росту во всем мире. Темп роста стандартизованных показателей заболеваемости меланомой кожи в России с 1992 по 1999 год оказался равным 30%, уступая лишь раку щитовидной и предстательной желез. Среди всех злокачественных опухолей кожи меланома занимает особое место. Составляя не более 10% от всех форм рака кожи, меланома ответственна за 80% смертей, приходящихся на группу злокачественных опухолей кожи. Это объясняется тем, что меланома является злокачественной опухолью, для которой характерны не только местные рецидивы или появление регионарных лимфогенных метастазов, но и в значительно большей степени гематогенное метастазирование с развитием отдаленных метастазов.

Общемировая тенденция роста заболеваемости меланомой кожи, возможно, объясняется произошедшим за последние десятилетия увеличением суммарного времени воздействия ультрафиолетовой части спектра солнечного света на человека, генетически к этому не подготовленного.

Увеличение этого времени обусловлено возможностью путешествовать в тропические страны во все периоды года, а также проживанием белого населения в странах с высокой солнечной инсоляцией. В последние десятилетия усиление ультрафиолетового излучения, возможно, связано еще и с возникающими озоновыми дырами.

Заболеваемость меланомой кожи выше среди белого населения с кельтским (чрезмерно белая кожа, рыжие или светло-русые волосы, голубые или зелёные глаза, кожа не подвержена загару, легко возникают солнечные ожоги) и скандинавским (светлая кожа, голубые глаза, волосы светло-русые, русые, кожа подвержена загару незначительно, солнечные ожоги возникают часто) фототипами. Среди населения средневропейского (промежуточный тип кожи, солнечные ожоги возникают лишь при значительном времени пребывания на солнце, кожа загорает легко. Глаза зелёные, карие, волосы русые, тёмно-русые) и южного (оливковая кожа, карие глаза, тёмные волосы. Кожа не подвержена солнечным ожогам, загар ложится легко) фототипами заболеваемость меланомой кожи существенно ниже, а среди темнокожего населения она является крайней редкостью.

Одним из факторов риска являются три и более эпизода солнечных ожогов в течение жизни и особенно в детском и юношеском возрасте, присутствие на коже веснушек и лентиго, наличие трех и более атипичных меланоцитарных невусов. И, наконец, наиболее значимым фактором риска в развитии меланомы кожи является семейный синдром множественных диспластических невусов.

Выделяют шесть факторов риска, предрасполагающих к меланоме:

- 1) значительное количество веснушек на коже спины;
- 2) три и более солнечных ожога с развитием пузырей в возрасте до 20 лет;
- 3) работа в течение длительного времени летом на солнце в подростковом возрасте;
- 4) наличие актинического кератоза;
- 5) светлый тип волос.

Источником опухоли во всех случаях являются малигнизированные пигментообразующие клетки – меланоциты.

Возраст больных меланомой от 15 до 80 лет. Женщины болеют значительно чаще мужчин. Меланомы начинаются чаще в период полового созревания или начинающегося старения.

Клиника меланомы. По частоте первичной локализации опухоли на первом месте кожа – 87,1%, на втором месте глаза – 7,0%, затем

наружные половые органы – 2,7%, прямая кишка – 1,0% и прочие локализации – 0,2%.

По данным литературы меланома развивается из предшествующего невуса у 66,5%, на фоне видимо неизменённой кожи – у 20,3%, на фоне предракового меланоза Дюбрея – у 10% и у 9,3% до заболевания локальные изменения кожи не были установлены.

Начальная картина заболевания может протекать следующим образом: невоидное или родимое пятно, обычно после предшествующей травмы или без видимых причин, начинает увеличиваться, изменять окраску, поверхность его поднимается над общим уровнем, в основании появляется уплотнённый инфильтрат, поверхность становится бугристой, появляются мелкие изъязвления, возникают кровотечения и образование превращается в экзофитную опухоль. По периферии очага иногда развивается воспалительный инфильтрат.

Меланомы кожи имеют разную величину, форму, поверхность, консистенцию и окраску. Величина опухоли может быть ничтожной (точка, укол иглы, булавочная головка). Обычно в ранних стадиях диаметр опухоли не превышает 1–2 см, в поздних стадиях возможно образование крупных опухолевых узлов. Обычно диаметр новообразования колеблется от 1 до 3 см. Это объясняется тем, что нередко появляются ранние гематогенные метастазы, и больной быстро погибает, не доживая до развития крупной опухоли.

Меланома может выглядеть как плоское пигментное пятно, образовывать легкое выпячивание, приобретать вид папилломатозных разрастаний, иметь грибовидную форму, располагаться на ножке, на широком основании и т. д.

Опухоль может быть круглой, овальной, полигональной или неправильной формы. Чаще отмечается одиночная опухоль. Иногда вблизи нее образуются дополнительные очаги, которые располагаются изолированно или сливаются с первичным очагом.

Поверхность меланомы может быть гладкой, блестящей. Затем возникают неровности, мелкие изъязвления и кровоточивость. В дальнейшем нарастает инфильтрация и распад опухолевого узла.

В редких случаях заболевание начинается в виде ограниченной красноты, превращающейся в незаживающую язву с разрастаниями на поверхности. Консистенция меланомы может быть мягкая, плотная или жесткая.

В зависимости от количества меланина злокачественные пигментные опухоли могут быть светло- или темно-коричневыми, красновато-багровыми, сине-черными или черными, как тушь.

Встречаются беспигментные меланомы (белые, ахроматические), при которых пигментация опухоли выражена слабо или совсем отсутствует, в некоторых случаях имеет красный цвет; считается более злокачественной.

Пигментация новообразования может быть равномерной или неравномерной, при этом опухоль может быть более пигментированной в центре, может иметь черный ободок по периферии, или имеет пестрый характер, когда пигмент в виде мелких пятен рассеян по всей ее поверхности.

Клинически меланома кожи представлена четырьмя основными формами, с учетом, как клинических симптомов, так и гистологических характеристик. Они включают в себя следующее:

1. Поверхностно-распространяющаяся меланома. Наиболее часто встречающаяся форма (70%). Возникает преимущественно на фоне существующего пигментного невуса, может находиться на любом участке кожи, у женщин чаще встречается на ногах, у мужчин – в области верхней половины спины. Средний возраст начала заболевания – 30–50 лет. Данная форма характеризуется относительно благоприятным прогнозом, связанным с присутствием в развитии двух фаз – радиального и вертикального роста. В фазе радиального роста, которая может длиться несколько лет, опухоль обладает низким потенциалом для дальнейшего распространения. В последующем фаза радиального роста переходит в фазу вертикального роста, которая характеризуется проникновением опухолевых клеток в более глубокие слои кожи и подкожно-жировую клетчатку, что способствует дальнейшему распространению болезни. Вторая фаза может длиться лишь несколько месяцев.

2. Лентигомеланома. Лентигомеланома встречается довольно редко (5% от всех форм меланомы) и выделена в особую группу благодаря некоторым клиническим особенностям: позднему возрасту начала заболевания (в среднем около 70 лет), локализации (преимущественно на лице), медленному росту и относительно благоприятному течению. Развивается на фоне предракового изменения кожи – злокачественного лентиго (рис. 16), которое характеризуется появлением различных по форме и окраске пигментных пятен, похожих на крупные веснушки, длительным хроническим течением и отсутстви-

ем способности к инвазии. Эта форма опухоли, так же, как и поверхностно-распространяющаяся меланома, в своей эволюции проходит две фазы роста, причём фаза радиального роста может продолжаться многие годы, а фаза вертикального роста может длиться несколько лет. Риск развития метастазов при этой опухоли низкий, в результате прогноз – благоприятный.

3. Акрально-лентицинозная меланома локализуется на коже ладоней, подошв и в области ногтевой пластинки. Этот тип меланомы у европейцев составляет 10% (от общего числа меланом), а у населения негроидной расы – до 70%. По морфологическим и клиническим особенностям акрально-лентицинозная меланома в значительной степени схожа с поверхностно распространяющейся формой, поскольку также характеризуется наличием двух фаз роста. Специфическая локализация опухоли затрудняет её раннюю диагностику, что ухудшает прогноз заболевания.

4. Нодулярная меланома проявляется в виде узла или бляшки черного цвета, плотной консистенции с бугристой или глянцева­той поверхностью, неровными контурами, иногда в виде полипа на ножке, развиваясь на фоне пигментного пятна. Меланома может локализоваться в центре или на его периферическом участке. Вокруг узлов может наблюдаться воспалительный ареол, в основании развивается глубокий инфильтрат, который может изъязвляться. Часто вокруг первичного очага возникают метастазы в виде черных узелков. Этот тип составляет 15%, может возникать в любом возрасте, чаще развивается в области туловища, головы и шеи. Узловатый тип меланомы с самого начала не имеет радиального типа роста и сразу же представляет инвазивный узел в фазе вертикального роста. Характеризуется быстрым ростом (в течение нескольких месяцев) и менее благоприятным прогнозом.

Малигнизация невусов нередко начинается с изменения окраски. При этом в одних случаях возникает потемнение, а в других, наоборот, посветление тона пигментного образования. Кроме того, иногда из первичных пигментированных меланом могут возникать бес­пигментные рецидивы и метастазы, которые в своей поздней стадии развития приобретают темный цвет, и наоборот, некоторые бес­пигментные опухоли могут дать пигментированные рецидивы и метастазы.

Подногтевая меланома. Это редкая локализация опухоли, составляющая от одного до четырех процентов от общего количества

меланом. Частота поражения рук и ног примерно одинакова, значительно чаще страдает первый палец.

Подногтевая меланома начинается с появления темной каймы вблизи ногтевого валика, или продольными полосами, может быть темно-синего цвета. Затем появляется припухлость и образуется опухоль, постепенно разрушающая ноготь и вызывающая кровотечение. В типичных случаях определяется черного цвета изъязвленное новообразование, выделяющее темноватую жидкость.

В ранних стадиях клиническая картина напоминает панариций или подногтевую гематому.

Развившаяся подногтевая меланома представляет собой черную, грибовидной формы изъязвившуюся опухоль.

Для подногтевой меланомы характерны сравнительно медленное течение, преимущественно лимфогенный характер метастазирования и более благоприятный отдаленный прогноз.

Меланома вульвы. Первичные меланомы вульвы встречаются редко. Опухоль чаще развивается у пожилых женщин на фоне дискератозов, лейкоплакий и крауроза. Обычно заболевшие женщины отмечают зуд, жжение, иногда боли, появление белей, кровянистых выделений.

Меланомы могут иметь разную консистенцию (мягкую, плотную), разнообразную поверхность (гладкую, бородавчатую, бугристую, дольчатую, изъязвленную), разную окраску (от желтовато-коричневой до черной). Форма опухоли может быть округлой или овальной. Диаметр опухоли колеблется от 0,5 до 3 см. Увеличиваются регионарные лимфатические узлы. Процент гибели женщин, больных меланомой вульвы, высокий.

Значительно реже, чем меланома вульвы, встречается первичная пигментная злокачественная опухоль влагалища. В литературе сообщаются данные лишь о единичных наблюдениях.

Меланома полового члена. Меланомы наружных половых органов у мужчин также встречаются крайне редко. По сводным данным литературы они составляют 0,86% от общего числа пигментных злокачественных опухолей.

Меланомы полового члена обычно возникают в дистальном конце головки или в крайней плоти. Течение их высокзлокачественно и прогностически крайне неблагоприятно. Особенности лимфооттока

из полового члена определяют раннее метастазирование опухоли в поверхностные или глубокие паховые лимфатические узлы, а иногда и в подвздошные и надчревные лимфатические узлы.

Для всех форм меланомы характерно раннее метастазирование лимфогенным путем, в основном в кожу и лимфатические узлы. Гематогенное метастазирование (легкие, печень, мозг) происходит в более поздние сроки.

Метастатические очаги на коже могут быть пятнисто-папулезными, нодулярными, фунгозными, изредка – везикуло-буллезными. Редкое метастазирование – в виде диффузного меланоза.

Прогноз зависит от глубины вертикальной инвазии опухоли. В течении заболевания выделяют три стадии:

1. Локальный процесс.
2. Вовлечение регионарных лимфоузлов.
3. Диссеминация процесса.

При подозрении на меланому следует учитывать данные литературы, согласно которым ошибочная диагностика меланом составляет от 4 до 60%. Особенно сложной и в подавляющем большинстве остаётся ошибочной диагностика беспигментных меланом. В связи с этим понятна тяга врачей к гистологическому подтверждению диагноза. Однако многолетний опыт специалистов показал, что частичное удаление доброкачественного пигментного невуса обычно ведёт к его малигнизации, а неполное иссечение меланом способствует генерализации процесса.

При проведении дифференциальной диагностики меланомы с другими заболеваниями необходимо отличать её от пигментированных эпителиом, ангиофиброматоза с сидерозом, неврофиброматоза с сидерозом, от болезни Боуэна, от пигментированных папиллом, от пигментных невусов, прекансерозного меланоза Дюбрея, синдрома атипичных родимых пятен и других заболеваний.

Подногтевую меланому следует отличить от ониомикоза, подногтевой гематомы, ботриомикомы, гломусной опухоли, ангиофибромы Коенена, стриарной меланонихии.

Актуальность ранней диагностики меланомы кожи обусловлена значительными отличиями в прогнозе течения болезни у пациентов с различными стадиями. Так, по данным литературы, меланома кожи толщиной менее 1 мм и без изъязвления уже может дать 10-летнюю выживаемость только у 87,9% больных. С увеличением диаметра и толщины меланомы кожи, её изъязвлении, лимфогенных и, особенно,

гематогенных метастазов, прогноз всё более и более ухудшается, вплоть до катастрофического. Следовательно, выявлять и диагностировать это заболевание необходимо как можно быстрее.

При проведении дифференциальной диагностики меланом с пигментными невусами и прочими новообразованиями необходимо в первую очередь использовать неинвазивные методы. Из числа таковых в последние годы наиболее широко доступным для клинициста является эпилюминесцентная дерматоскопия, позволяющая оценить в пигментном образовании специфические дерматоскопические признаки меланомы. Таким образом, при использовании эпилюминесцентной дерматоскопии в большинстве случаев удаётся дифференцировать меланому кожи от доброкачественных образований. Для повседневного использования этого метода необходима обеспеченность врача-дерматовенеролога дерматоскопом и его обязательная специализация по этому разделу. Дерматоскопия способствует распознаванию не только злокачественных и доброкачественных новообразований, но и прочих многочисленных дерматозов.

Для меланомы положительными дерматоскопическими признаками являются:

1. Пелена или сине-белая вуаль. Этот признак обусловлен гиперкератозом эпидермиса и присутствием меланина в толще дермы (свободный меланин и меланин, содержащийся в малигнизированных меланоцитах и меланофагах). Чувствительность выявления данного признака при меланоме составляет 51%, а специфичность – 97%.

2. Множественные коричневые атипичные точки. Скопления тёмно-коричневых точек визуально отражают супрабазальные скопления малигнизированных меланоцитов. Чувствительность выявления этого признака при меланоме составляет 30%, специфичность – 97%.

3. Псевдоподии. Они представляют собой видоизменение пигментной сетки по периферии очага поражения в виде ложноножек и являются результатом накопления меланоцитов по периферии образования. Чувствительность этого признака при меланоме составляет 23%, специфичность – 97%.

4. Радиальная лучистость. Данный признак является результатом удлинения перегородок пигментной сетки по периферии очага поражения и уплотнения опухолевой ткани. Радиальная лучистость характерна для поверхностно-распространяющейся формы меланомы. Чув-

ствительность выявления этого признака при меланоме составляет 18%, специфичность – 96%.

5. Рубцеподобная депигментация. Данный признак является результатом разрушения опухолевой ткани, её регрессом. Чувствительность выявления этого признака при меланоме составляет 36%, специфичность – 93%.

6. Периферические чёрные гранулы / точки. Периферические чёрные гранулы / точки отличаются от гранул и точек, наблюдаемых при доброкачественных новообразованиях, чёрным цветом. Свидетельствуют о периферическом росте опухоли. Чувствительность выявления этого признака при меланоме составляет 42%, специфичность – 92%.

7. Полихромия (5–6 цветов). Данный признак связан с наличием 5–6 цветов в дерматоскопической картине новообразования, что обусловлено расположением меланина в разных слоях кожи. При этом учитываются следующие цвета: красный, желтовато-коричневый, тёмно-коричневый, чёрный, серый и синий. Чувствительность выявления этого признака при меланоме составляет 53%, специфичность – 92%.

8. Множественные сине-серые точки (картина рассыпанного молотого перца). Множественные сине-серые точки определяются в участках регресса меланоцитарных образований. Представляют собой гранулы меланина в меланофагах. Чувствительность выявления этого признака при меланоме составляет 45%, специфичность – 91%.

9. Расширение пигментной сетки по периферии очага поражения. Признак обусловлен ростом опухоли по периферии. Чувствительность выявления этого признака при меланоме составляет 35%, специфичность – 86%.

Данный метод очень полезен в качестве скринингового для выявления меланомы кожи. Однако он не учитывает особенности беспигментной формы меланомы.

Кроме дерматоскопии для установления диагноза меланомы используют другие неинвазивные методы. Это сиаскопия и конфокальная лазерная сканирующая микроскопия. Но эти методы используют в учреждениях, где имеется необходимая для этого соответствующая техника. Несомненно, комплексное обследование больного с использованием дерматоскопии, сиаскопии и конфокальной лазерной сканирующей микроскопии даёт более полноценные результаты.

Во всех без исключения случаях установления диагноза меланомы и при малейшем подозрении на это заболевание больной должен быть срочно направлен для окончательной верификации диагноза, лечения и диспансеризации к онкологу.

Гистопатология. Характеризуется выраженным полиморфизмом атипичных клеточных элементов. Часто опухоль состоит из крупных клеток кубической или полигональной формы. Иногда клетки веретенообразные, создают хаотично переплетающиеся пучки. Могут быть неусоподобные клетки, мелкие круглые или овальные с гиперхромными ядрами и узким ободком цитоплазмы. Выявляют крупные баллоноподобные клетки с гиперхромными ядрами, иногда многоядерные. В случаях развития меланомы из невуса отмечают её ячеистое строение, при этом группы полиморфных клеток отделены друг от друга прослойками соединительной ткани.

При поверхностно распространяющейся меланоме наблюдают акантоз, гиперкератоз, во всей толще эпидермиса большое количество меланоцитов с атипичными гиперхромными ядрами светлой протоплазмой. Веретенообразные клетки отсутствуют. При инвазии в дерму в ней появляется инфильтрат из мононуклеаров.

При лентиго-меланоме картина соответствует преинвазивной стадии. При инвазии в дерму клетки приобретают веретенообразную форму, вокруг пролифератов атипичных клеток – инфильтрат из мононуклеаров.

Нодулярная меланома сразу инвазирует всю дерму и подкожную клетчатку, реакция кожи вокруг пролифератов слабая.

Метастазы при меланоме. Среди злокачественных опухолей человека меланома занимает особое место по характеру и объёму метастазирования. Метастазы могут быть первыми обращающими на себя внимание признаками заболевания, выражением распространённости процесса или единственным вторичным проявлением так и не выявленного первичного заболевания.

Метастазирование меланом происходит двумя основными путями: лимфогенным и гематогенным.

По данным литературы, наиболее частое метастазирование меланомы наблюдается в лимфатические узлы, легкие, печень, мозг, кожу и кости, реже – в сердце и брюшную полость. Редко – в надпочечники, почки, поджелудочную железу, селезенку, мочевого пузыря, желчный пузырь, щитовидную железу, яичник, предстательную железу и околоушную железу.

Несомненно, врачам-клиницистам необходимо знать клинику всех возможных метастазов меланомы, но студентам и врачам, изучающим дерматовенерологию, а также работающим по этому разделу особенно важно знать клинику метастазов кожи и лимфатических узлов.

Для кожного типа метастазирования характерно возникновение множественных подкожных узлов круглой или овальной формы, расположенных в области лица, волосистой части головы, туловища и конечностей. Величина их весьма различна. Отдельные узлы едва пальпируются, другие достигают диаметра 2–4 см. Эти узлы обычно не сливаются между собой, покрыты кожей нормальной или синеватой (просвечивающий меланин) окраски. Отмечено неравномерное распределение узлов. Обычно их больше на спине, животе и грудной стенке. При наличии очень крупных узлов возможно их срастание, при этом кожа становится блестящей, натянутой, истощенной; вскоре возникает её изъязвление.

Метастазы пигментной меланомы могут оставаться пигментными или становиться амелотическими. В свою очередь в метастазах первично беспигментной меланомы может иметь место или отсутствовать видимый меланин. Содержание видимого меланина в том и в другом случае различно.

Возникают метастатические узлы постепенно. Количество кожных метастазов у отдельных больных колеблется иногда от десятков до сотни и более.

На основании тщательного изучения особенностей кожных метастазов Rode подразделяет их на три формы:

- 1) сателлитную;
- 2) эризипеллоидную;
- 3) форму, развивающуюся по типу тромбофлебита.

При сателлитной форме характерно появление вблизи первичной опухоли или рубца после её удаления мелких высыпаний тёмного или чёрного цвета. Эти высыпания множественны, разной величины и формы, не связаны друг с другом. Они незначительно возвышаются над уровнем кожи и напоминают пятна от туши или чернил.

При эризипеллоидной форме метастазов распространение опухоли напоминает таковое при рожеподобной форме рака молочной железы. В этом случае кожа, окружающая опухоль, слегка отёчная, болезненная, синевато-красного цвета.

Третья форма метастазирования клинически сходна с картиной тромбофлебита. В толще кожи в нескольких сантиметрах от первичной опухоли появляются болезненные, радиарно распространяющиеся уплотнения с гиперемией вокруг них. Нередко расширены поверхностные вены. Эти уплотнения постепенно увеличиваются в размерах и изъязвляются. Метастазы тромбофлебического типа чаще наблюдаются при локализации первичной опухоли на нижних конечностях; эризипелоидные метастазы более характерны для расположения первичной меланомы на висках, запястьях, груди, то есть в областях, где кожа непосредственно прилежит к кости. Сателлиты развиваются преимущественно на туловище и конечностях.

Метастазы обычно появляются в регионарных лимфатических узлах. Они могут быть одиночными, множественными, могут сочетаться с другими видами метастазов (чаще с поражением кожи). Установлено достаточно раннее метастазирование в регионарные лимфатические узлы. По материалам хирургов, удалявших с профилактической целью неувеличенные регионарные лимфатические узлы, в них были обнаружены опухолевидные элементы. Последние нередко обнаруживаются в клинически не пальпируемых лимфатических узлах.

По данным литературы, наблюдаются одиночные или множественные метастазы в лимфатические узлы, их сочетание с кожной диссеминацией или поражением других органов. Величина узлов колеблется от 1–2 см в диаметре до крупных конгломератов, занимающих большие пространства тела. Кожа над ними остаётся неизменённой или выглядит истощённой. В отдельных случаях лимфатические узлы приобретали вид характерных иссиня-чёрных образований с тестоватой консистенцией и изъязвлённой поверхностью. У большинства больных сравнительно быстро к поражению лимфатического аппарата и кожи присоединяется гематогенная диссеминация.

Лечение меланомы. В соответствии с вышеизложенным, при подозрении на меланому больного срочно следует направить к онкологу. Поскольку только от его компетенции зависит установление окончательного диагноза и решение вопроса о правильном лечении.

Согласно данным литературы, для лечения меланомы используются хирургические, лучевые и комбинированные (лучевые и хирургические) методы. Кроме этого применяются методы химиотерапии.

Профилактика меланомы заключается в осторожном использовании ультрафиолетовых лучей солнечного спектра. Особенно важно

избегать избыточной инсоляции в детском и юношеском возрасте. Химические фотозащитные средства не оправдывают своё назначение для профилактики меланомы. Поэтому более надёжными защитными средствами остаётся одежда, шляпы, зонты. Следует весьма осторожно использовать солнечные ванны. Необходимо оберегать кожу от различной прочей травматизации, особенно если на ней имеются пигментные невусы. В случае заболевания прогноз в значительной степени определяется своевременностью установления диагноза и лечения.

ПСЕВДОРАКИ

Сюда относятся заболевания кожи, при которых наблюдается псевдокарциматозная гиперплазия эпидермиса. В результате развиваются опухолевидные заболевания, по клинической картине напоминающие рак кожи. Это такие заболевания, как кератоакантома, гигантская остроконечная кондилома Бушке–Левенштайна, карциноидный папилломатоз кожи Готтрона.

КЕРАТОАКАНТОМА (Keratoacantoma)

Синонимы: псевдоэпителиома, вегетирующие сальные кисты, эпителиоподобная веррукома, доброкачественная акантома, роговой моллюск и др.

Это сравнительно редкое эпителиальное доброкачественное новообразование, характеризующееся быстрым развитием и самопроизвольной регрессией.

Кератоакантому впервые описал Dupont в 1930 г. По данным литературы, кератоакантома составляет 3–5% всех злокачественных новообразований кожи. Кератоакантома встречается у лиц обоего пола, однако, по мнению большинства авторов, чаще у мужчин. Возраст больных кератоакантомой колеблется от 15 до 80 лет, но преимущественно заболевание развивается в возрасте 40–70 лет. Описаны единичные случаи кератоакантомы у детей.

По мнению большинства исследователей, преимущественной локализацией кератоакантомы являются открытые части тела и, прежде всего, лицо и голова, на которые по статистике приходится 80–85% случаев, тогда, как на кисти и предплечья – лишь 10–15%. Кератоакантома редко развивается в области красной каймы губ, но при этом преимущественно на нижней губе. На закрытых частях тела и на слизистых оболочках кератоакантома бывает редко. В большинстве случаев кератоакантома – это солитарная опухоль. Однако в литературе имеются сообщения и о множественных кератоакантомах.

Этиология и патогенез. Причины возникновения кератоакантомы изучены недостаточно. В развитии кератоакантомы многие авторы

склоняются в пользу вирусной этиологии, однако никому еще не удалось выделить возбудителя заболевания. По мнению многих авторов, причиной возникновения кератоакантомы являются различные местные раздражители кожи: инсоляция, механические и термические травмы и химические раздражители. Указывается на значение иммунных механизмов и генетических факторов в развитии кератоакантомы. В ряде случаев кератоакантома может развиваться на фоне тех или иных дерматозов (туберкулёзная волчанка, токсикодермия, нейродермит, ихтиоз, псориаз и др.). В редких случаях при кератоакантоме отмечается семейный характер заболевания.

Клиническая картина. В типичных случаях кератоакантома представляет собой одиночную опухоль 1–2 см в диаметре, округлой или овальной, шаровидной формы, не спаянную с подлежащими тканями, серовато-розовой окраски или цвета нормальной кожи, плотной консистенции. Центральная часть кератоакантомы представлена плотными сероватой окраски роговыми массами, которые образуют западение или возвышаются над поверхностью опухоли (рис. 10, 11). Роговые массы окружены валикообразной зоной. В редких случаях встречаются гигантские опухоли — до 22 см в диаметре.

В развитии кератоакантомы различают периоды роста, стабилизации и регресса. Период роста продолжается в среднем 3–4 недели, при этом особенно быстрый рост происходит в первые 8–10 дней от момента возникновения опухоли. Примерно в течение месяца кератоакантома достигает максимальной величины, затем её рост прекращается и наступает стадия стабилизации, которая составляет 2–3 недели, после чего опухоль вступает в стадию регресса. В последний период кератоакантома начинает уплощаться, роговые массы отторгаются, границы опухоли становятся менее чёткими.

Кроме типичных, различают ещё разнообразные атипичные клинические формы кератоакантомы:

- 1) периунгвинальная;
- 2) множественная;
- 3) эруптивная (количество опухолей может достигать нескольких сотен);
- 4) гигантская;
- 5) мультинодулярная (центрифужная – опухоль развивается из слияния нескольких очагов, а центральный кратер часто отсутствует);

- б) веррукозная (поверхность опухоли покрыта мощными гиперкератотическими массами);
- 7) вегетирующая (поверхность покрыта полипоподобными разрастаниями, в свою очередь покрытыми роговыми массами);
- 8) стойкая (существует до 8 месяцев и более).

В подавляющем большинстве сроки развития и инволюции кератоакантомы составляют 2–3 месяца. Однако имеются многочисленные сообщения о случаях с медленным развитием и длительным существованием кератоакантомы. Так, по данным литературы, примерно у 1/3 больных продолжительность кератоакантомы составляла от 4–6 месяцев до 1 года и даже 2,5 лет.

Прогноз кератоакантомы благоприятный. В подавляющем большинстве она проходит самопроизвольно. Однако в небольшой части случаев опухоль может трансформироваться в эпителиому. И хотя такие случаи относительно редкие, некоторые авторы относят кератоакантому к преканцерозам.

Гистопатология. При срезе, проходящем через эпицентр опухоли, акантотический эпидермис вдавлен в виде кратера, заполненного роговыми массами. Часть пролиферирующего эпидермиса по краям кратера истончается и клювовидно нависает над ним, стремясь охватить преимущественно ортокератозные роговые массы в виде «воротничка». Общая гистологическая картина при этом напоминает чашу, заполненную рогом. Эпидермис, выстилающий «чашу» снизу, неравномерно разрастается вглубь дермы, на некоторых участках достигая уровня потовых желез, а иногда и до мышц. При этом пласты многослойного эпителия образуют выросты неправильных очертаний. Базальные клетки в зоне выростов на некоторых участках хаотично расположены или не определяются. Наблюдаются клетки с гигантскими гиперхромными и гомогенными ядрами, напоминающие дискератозные элементы. В строме опухоли отмечают диффузный инфильтрат, состоящий из лимфоцитов, гистиоцитов, плазматических клеток и полиморфно-ядерных лейкоцитов. При кератоакантоме имеется псевдокарциноматозная гиперплазия, которая трудно отличается.

Диагноз. При установлении диагноза следует, прежде всего, дифференцировать с плоскоклеточным раком кожи. Трудности в данном случае бывают как в некотором сходстве клинических, так и гистологических данных. Поэтому в ряде случаев отличить кератоакантому от плоскоклеточного рака не представляется возможным. Для верификации диагноза учитывают комплексную оценку клинических и

гистоморфологических признаков. К абсолютным клиническим признакам относят возникновение кератоакантомы на неизменённой коже, наличие в опухоли центрального рогового кратера, отсутствие изъязвления и увеличения регионарных лимфатических узлов даже при длительном существовании опухоли, самопроизвольное заживление. Относительным клиническим признаком кератоакантомы является темп роста. В типичных случаях кератоакантома отличается быстрым ростом, а плоскоклеточный рак кожи развивается медленно. Однако следует учитывать, что иногда кератоакантома растёт медленно, а плоскоклеточный рак развивается быстро. К абсолютным гистологическим признакам в типичных случаях кератоакантомы, в отличие от плоскоклеточного рака кожи, следует отнести наличие «воротничка» и клювовидных выступов, нависающих над роговым кратером, отсутствие клеточной анаплазии, экзоцитоз.

Кератоакантому следует также дифференцировать с вульгарной бородавкой, старческой кератомой, гигантским контагиозным моллюском, кожным рогом, множественной саморубцующейся плоскоклеточной карциномой Фергюсон–Смита, болезнью Кирля.

Лечение. При кератоакантоме, несмотря на самопроизвольное разрешение этой опухоли, показано раннее хирургическое лечение (иссечение), так как в ряде случаев возможно образование нежелательных деформирующих рубцов или озлокачествление опухоли. Больных с кератоакантомой необходимо также обследовать рентгенологически, так как известны случаи сочетания этой опухоли с первичным множественным раком желудка и толстого кишечника. При множественных кератоакантомах необходимо выяснение семейного анамнеза.

ГИГАНТСКАЯ ОСТРОКОНЕЧНАЯ КОНДИЛОМА БУШКЕ–ЛЕВЕНШТАЙНА (*Condyloma gigante Buschke–Loewenstein*)

Гигантская остроконечная кондилома впервые была описана Buschke в 1896 г. Заболевание встречается относительно редко. Обычно эта опухоль локализуется на половом члене, реже – в аноректальной области, паховых складках, в области вульвы, животе, бедрах, в подмышечных впадинах, на слизистых оболочках мочевого пузыря, мочеиспускательного канала, полости рта, конъюнктиве глаза. Болеют обычно мужчины и исключительно редко – женщины.

Этиология и патогенез. Многие авторы предполагают вирусную этиологию заболевания.

Клиническая картина. Гигантская кондилома обычно развивается у мужчин среднего возраста, преимущественно на половом члене в области венечной борозды или на внутреннем листке крайней плоти. В начале на неизменённой коже возникают множественные элементы типа папиллом. Иногда они развиваются на фоне фимоза. Появившиеся элементы быстро увеличиваются в размерах и сливаются между собой, образуя очаг поражения с широким основанием, поверхность которого покрыта вегетациями. По мере роста опухоли вегетации становятся более выраженными, а поверхность их частично покрывается роговыми чешуйками, становится влажной, мацерированной, издающей неприятный запах. Особенностью гигантской кондиломы Бушке–Левенштайна является её прогрессирующий рост, вследствие чего опухоль разрушает близлежащие ткани (крайнюю плоть, кавернозные тела, мочеиспускательный канал и др.), иногда образуя фистулёзные ходы.

Несмотря на инвазивный карциномоподобный рост гигантской кондиломы, регионарные лимфатические узлы остаются интактными, а метастазы не образуются. На поверхности опухоли вегетирующие образования формируют очаг поражения, напоминающий цветную капусту. По периферии опухоли обнаруживаются отсевы в виде типичных остроконечных кондилом.

Гистопатология. Гигантская остроконечная кондилома, по мнению большинства исследователей, имеет сходство с остроконечными кондиломами и характеризуется правильной клеточной структурой, выраженным акантозом, наличием в ряде случаев вакуолизации эпидермальных клеток. Отличие заключается в том, что для гигантской остроконечной кондиломы характерны также гиперкератоз и выраженная псевдокарциноматозная гиперплазия эпидермиса с тенденцией роста эпидермиса в глубину со смещением нижележащих тканей. Это напоминает плоскоклеточную карциному с низкой степенью злокачественности. Нередко можно обнаружить некоторую клеточную атипию и повышенную митотическую активность. В дерме отмечается густой хронический воспалительный инфильтрат и расширенная сеть лимфатических сосудов и капилляров.

Диагноз. При установлении диагноза гигантскую остроконечную кондилому дифференцируют с плоскоклеточным раком, цветущим оральным папилломатозом, остроконечными и широкими кондило-

мами. Наиболее трудна дифференциальная диагностика гигантской остроконечной кондиломы и плоскоклеточного рака с локализацией на половом члене. В ряде случаев ни клинически, ни гистологически не удастся достоверно разграничить эти заболевания. Не менее сложно дифференцировать гигантскую остроконечную кондилому от бородавчатого рака полового члена. Для правильной гистологической оценки необходимо производить полное иссечение очага поражения с последующим исследованием биоптатов с разных участков опухоли, так как злокачественная структура обнаруживается не во всех тканях новообразования. Бородавчатый рак полового члена отличается от гигантской остроконечной кондиломы медленными темпами развития, изъязвлением бородавчатой поверхности, отсутствием остроконечных кондилом по периферии очага поражения.

Для гигантской остроконечной кондиломы характерна вакуолизация многих клеток шиповидного слоя. При гигантской остроконечной кондиломе наблюдается быстрый рост и отсутствие метастазов в регионарные лимфатические узлы.

Гистологическое сходство гигантской остроконечной кондиломы и плоскоклеточного рака наблюдается лишь в поверхностных слоях, тогда как в более глубоких слоях можно выявить явления анаплазии и отсутствие вакуолизации клеток при раке.

В отличие от гигантской остроконечной кондиломы, цветущий папилломатоз рта очень часто имеет тенденцию к озлокачествлению. Однако гистологически различить эти заболевания очень трудно.

Лечение. Оперативное лечение показано во всех случаях гигантской остроконечной кондиломы, так как эта опухоль иногда может озлокачествляться, с трудом поддается лечению, имеет склонность к рецидивам и большое сходство с бородавчатой карциномой.

Рентгенотерапия при гигантской остроконечной кондиломе не показана.

КАРЦИНОИДНЫЙ ПАПИЛЛОМАТОЗ КОЖИ ГОТТРОНА (*Papillomatosis cutis carcinoides Gottron*)

Заболевание описано Готтроном в 1932 г. Это относительно редкое заболевание. Имеет клиническое и гистоморфологическое сходство с плоскоклеточным раком.

Этиология и патогенез. В развитии карциноидного папилломатоза кожи Готтрона большое значение отводится механической травме.

Определенное значение для развития данного заболевания может иметь и хроническое воспаление, обусловливаемое различными дерматозами, а также нарушение кровообращения в области нижних конечностей.

Клиническая картина. Очаги преимущественно локализируются на нижних конечностях и в основном симметрично. Существуют длительное время (годы и десятилетия) без некроза, язв и метастазов. Редкими локализациями карциноидного папилломатоза кожи являются туловище, верхние конечности и даже слизистая оболочка полости рта. Заболевание обычно развивается на фоне какого-либо длительно существующего дерматоза (вульгарная волчанка, экзема, ихтиоз и др.) или на рубцах, где постепенно возникают бородавчатые, папилломатозные разрастания и вегетации. Сформировавшийся очаг поражения имеет вид уплощенной бляшки, диаметром 4–5 см и более, с четкими границами и возвышающийся над общим уровнем на 1–1,5 см. Поверхность очага покрыта опухолевидными образованиями тестоватой консистенции и обильными вегетациями, что напоминает цветную капусту. Цвет поверхности очага напоминает цвет сырого мяса. Углубления между вегетациями и опухолевидными образованиями заполнены желтовато-беловатой роговой массой, а поверхность очага нередко покрывается густым липким секретом, издающим неприятный запах. Иногда на поверхности образуются эрозии и поверхностные изъязвления.

На поверхности очага могут образовываться желтовато-сероватые корки, кровоточащие грануляции, явления гиперкератоза и участки обызвествления. Иногда по периферии очага обнаруживают остаточные явления кожного заболевания, на фоне которого развился карциноидный папилломатоз кожи.

Гистопатология. Гистологическая картина при карциноидном папилломатозе кожи Готтрона характеризуется в основном псевдокарциноматозной гиперплазией эпидермиса. Акантолитические тяжи, образованные за счет шиповидных клеток, проникают в глубокие отделы дермы. Однако при этом не обнаруживается атипии клеток, а базальная мембрана на всех участках сохранена. В эпителиальных отростках выявляется выраженная склонность к образованию «трубчатоподобных» роговых масс и клеток с неполным ороговением, напоминающих жемчужины. Для карциноидного папилломатоза кожи характерно значительное накопление гликогена в пролиферирующих комплексах кератиноцитов. В строме, окружающей эпители-

альные тяжи, резко выражена лимфоидно-гистиоцитарная инфильтрация с примесью плазматических клеток. Гистологическая картина может быть разной в зависимости от величины участков. Наиболее она характерна в крупных очагах, где обнаруживают акантоз с картиной псевдокарциноматозной гиперплазии, гиперкератоз и роговые массы в комплексах кератиноцитов, расположенных в глубоких слоях дермы. Следует отметить, что указанная гистологическая картина имеет большое сходство с плоскоклеточным раком.

Диагноз. При установлении диагноза следует дифференцировать с плоскоклеточным раком кожи. От высокодифференцированного плоскоклеточного рака карциноидный папилломатоз кожи Готтрона отличается характерной клинической картиной. При карциноидном папилломатозе очаги развиваются постепенно в виде бляшки с папилломатозными образованиями и вегетациями на поверхности. Карциноидный папилломатоз не имеет возвышающихся валообразных краёв, не изъязвляется. Поверхность его очагов тестоватой консистенции. Течение карциноидного папилломатоза длительное (годы и десятилетия) без метастазирования и вовлечения в патологический процесс регионарных лимфатических узлов. Указанные клинические особенности противоречат клинике высокодифференцированного плоскоклеточного рака кожи.

Трудности в диагностике заболевания могут возникнуть в случаях локализации карциноидного папилломатоза на рубцах, так как образование гиперплазии на таких участках всегда подозрительно в отношении озлокачествления. В этих случаях могут помочь результаты гистологического исследования. В отличие от плоскоклеточного рака, акантотические тяжи при карциноидном папилломатозе состоят из хорошо дифференцированных клеток, не сопровождаются признаками анаплазии и характеризуются наличием трубчатоподобных роговых масс в акантотических тяжах. При гистохимическом исследовании карциноидный папилломатоз кожи, в отличие от плоскоклеточного рака, характеризуется значительным содержанием гликогена в комплексах эпидермальных клеток. Однако гликоген отсутствует в клетках только недифференцированного плоскоклеточного рака.

Важными отличительными гистологическими признаками являются всегда интактная базальная мембрана и наличие периваскулярного лимфоидно-гистиоцитарного инфильтрата с примесью тучных клеток при карциноидном папилломатозе кожи Готтрона. Для верификации диагноза иногда требуется наблюдение.

Карциноидный папилломатоз кожи Готтрона отличается от хронической вегетирующей пиодермии Азуа симметричностью очагов, локализацией их преимущественно на голеньях, уплощённой формой и длительным течением. Однако при иной локализации и отсутствии симметрии карциноидного папилломатоза кожи провести дифференциальную диагностику с вегетирующей пиодермией Азуа трудно. В таких случаях гистологическое исследование может оказать помощь, так как при вегетирующей пиодермии Азуа на фоне выраженной псевдокарциноматозной гиперплазии нередко обнаруживаются полости и кисты, содержащие лейкоциты и клеточный детрит, а клетки массивного воспалительного инфильтрата везде проникают в эпителиальные тяжи. Иногда для уточнения диагноза требуется наблюдение. При хронической вегетирующей пиодермии Азуа эффективна комплексная противовоспалительная и противомикробная терапия.

Карциноидный папилломатоз кожи Готтрона следует также дифференцировать с бородавчатым туберкулёзом кожи и глубокими микозами.

Лечение. По мнению многочисленных авторов, в связи с исключительно торпидным течением карциноидного папилломатоза кожи показано хирургическое иссечение очагов, иногда с последующей пластикой или рентгенотерапией. Есть данные об успешном обкалывании очага поражения преднизолоном.

ПРЕКАНЦЕРОЗЫ ИЛИ ПРЕДРАКОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

ЛЕЙКОПЛАКИЯ (Leukoplakia)

Синоним: Лейкокератоз.

Лейкоплакия на слизистой оболочке рта описана E. Vidal (1883).

Лейкоплакия (от греч. Leukos – белый и plax – пластинка) – очаг хронического воспаления слизистой оболочки, сопровождающегося различной степенью ороговения эпителия. Появление рогового и зернистого слоёв эпителия на слизистой оболочке там, где они в норме отсутствуют, вызывает образование очагов беловато-сероватого цвета с плотным роговым налётом, не снимающимся при поскабливании.

Этиология и патогенез. Постоянное длительное раздражение слизистых оболочек, покрытых многослойным плоским эпителием, способствует его ороговению. Ороговение вызывает травматизация протезами, коронками, острыми краями зубов, раздражение некоторыми острыми пищевыми продуктами, горячей пищей, химическими раздражителями, никотином, алкоголем, выделениями из мочеиспускательных путей, воспалительными заболеваниями и др. Развивается лейкоплакия чаще в возрасте после 50 лет. Лейкоплакию относят к предраковым заболеваниям.

Клиника. В начале развития просвечивающая гиперемированная слизистая оболочка придаёт поверхности очага бледно-розовый цвет. В дальнейшем, по мере увеличивающегося ороговения, очаг лейкоплакии постепенно уплотняется и слегка возвышается над общим уровнем окружающей слизистой. В результате поверхность пораженного участка может быть беловато-розовой и перламутровой. Разнообразие окраски зависит от неравномерного отложения кератогиалина, элеидина и кератина во вновь образовавшихся зернистом и роговом слоях. Иногда на поверхности лейкоплакии возникают плотные роговые разрастания высотой 3–5 мм, с образованием трещин, эрозий и язв.

Субъективные ощущения бывают лишь при эрозивных и язвенных процессах в виде болезненности.

С. Таппейнер в 1941 г. описал особую разновидность лейкоплакии у привычных курильщиков в пожилом возрасте. На слизистой оболочке твёрдого нёба образуется бляшка опаловидно-белого цвета, в форме четырехугольника или многоугольника, на поверхности которой располагаются углубления красного цвета, соответствующие выходным отверстиям желёз. Иногда лейкоплакия курильщиков наблюдается также на слизистой альвеолярного отростка и мягкого нёба.

Лейкоплакия гениталий чаще наблюдается на клиторе, малых губах, головке полового члена и внутреннем листке крайней плоти.

В начале развития лейкоплакии клиническая картина выражается преобладанием явлений хронического воспаления с очагами тёмно-красного цвета. В дальнейшем происходит ороговение слизистой оболочки с образованием белых участков, которые затем сливаются. Иногда отмечается сильный зуд.

Лейкоплакия мочевого пузыря и мочевыводящих путей наблюдается реже, чем лейкоплакия полости рта. Клиническая картина при этой локализации такая же, как и при лейкоплакии слизистой оболочки в других местах.

Учитывая клинические особенности, выделяют плоскую, веррукозную, эрозивно-язвенную, мягкую, «волосатую» и лейкоплакию курильщиков Таппейнера.

Мягкая лейкоплакия отличается образованием на слизистой щек, губ и языка слегка элевирующих очагов белого цвета, покрытых легко снимающимися чешуйками. Очаги крупные, могут сочетаться с поражением половых органов. Развивается в молодом возрасте и может наблюдаться у детей.

«Волосатая» лейкоплакия наблюдается почти исключительно у ВИЧ-инфицированных. Установлено, что она является результатом инфицирования слизистой вирусом Эпштейна–Барр и / или человеческим папилломавирусом. В некоторых случаях «волосатая» лейкоплакия встречается при других иммунодефицитных состояниях и исключительно редко у здоровых лиц. Проявляется она белесоватыми бляшками, имеющими шершавую «волосатую» поверхность или более гладкую поверхность с вертикальными трещинами.

Лейкоплакия может перерождаться в плоскоклеточный рак. По материалам различных авторов, плоская лейкоплакия малигнизирует-

ся в 7–20%, веррукозная – в 20–30%, эрозивно-язвенная – в 20–50% случаев.

При малигнизации усиливается ороговение, увеличиваются размеры, инфильтрация и уплотнение очагов. Появляются и постепенно увеличиваются кровоточащие эрозии, а также сосочковые разрастания на их поверхности.

Гистопатология. При плоской лейкоплакии наблюдают акантоз, паракератоз, отёк и периваскулярные полиморфно-клеточные инфильтраты.

При веррукозной форме резко выраженный гиперкератоз, акантоз с неравномерными эпидермальными выростами, внутриклеточный отёк в клетках шиповидного слоя. В дерме – отёк, расширение сосудов, периваскулярные инфильтраты из лимфоцитов.

При эрозивно-язвенной лейкоплакии наблюдают дефект эпителия, по краям которого – акантоз с удлинением эпителиальных выростов, паракератоз, экзоцитоз. В строме – воспалительные изменения с отёком, диффузными инфильтратами из лимфоцитов с примесью плазмоцитов и тканевых базофилов.

Мягкая лейкоплакия отличается от обычной отсутствием полной кератинизации, повышенной митотической активностью базальных клеток и воспалительной реакцией в строме. В основе её лежит дискератоз с образованием функционально активных клеток и дистрофия других клеточных элементов. Наблюдают акантоз, паракератоз; зернистый слой отсутствует, имеются светлые, неокрашенные клетки с пикнотическими ядрами.

Диагноз. При установлении диагноза дифференцируют с красным плоским лишаём, краурозом, сифилитическими папулами, белым губчатым невусом, кандидозом.

Лечение. Диета с устранением острых, пряных, горячих и прочих раздражающих блюд. Отказ от курения и крепких спиртных напитков. Устранение травмирующих факторов и патологии желудочно-кишечного тракта. Витамины А, Е, группы В. При необходимости мезим-форте, панзинорм и другие ферментные препараты. Электрофорез лидазы, ронидазы; обкалывание гидрокортизоном. Местно – метилурациловая мазь, аекол, солкосерил и др. В случае присоединения дрожжеподобных грибов рода Кандида – клотримазол или другие противокандидозные средства.

В зависимости от локализации процесса больные лейкоплакией должны находиться на диспансеризации у стоматологов, гинекологов

и др. специалистов. При подозрении на возможную малигнизацию их следует незамедлительно направлять к онкологам.

КРАУРОЗ ВУЛЬВЫ **(Kraurosis vulvae)**

Kraurosis vulvae от греч. *krauros* – сухой, хрупкий.

Синонимы: прогрессивная диффузная атрофия вульвы, атрофическая лейкоплакия, лейкоплакический вульвит и др.

Это заболевание, выражающееся постепенно прогрессирующей атрофией вульвы, ведущей к полному исчезновению клитора, малых и больших половых губ со склерозированием входа во влагалище.

Этиологическим фактором, по-видимому, является нарушение функции эндокринной системы. С этим согласуется развитие крауроза вульвы у пожилых женщин в климактерическом периоде или у молодых женщин с нарушениями или отсутствием месячных.

Клиника. В течении заболевания выделяют 3 стадии: первая стадия начинается с гиперемии и отёка, которые захватывают клитор, малые и большие половые губы. Во второй стадии воспалительные явления стихают, и постепенно происходит атрофия половых органов. Кожа и слизистые становятся сухими, истончаются, теряют эластичность, приобретают розово-белесоватый, коричневый оттенки, теряют блеск, напоминают сморщенную папиросную бумагу. Малые половые губы и клитор сглаживаются и исчезают. Большие половые губы становятся плоскими и лишаются волос. Слизистая оболочка становится гладкой, сухой, обесцвеченной. Третья стадия характеризуется полной атрофией наружных гениталий, развитием рубцового склероза всех частей вульвы. В результате сморщивания тканей суживается (склерозировается) вход во влагалище. Поражение может захватывать часть промежности и вагины. Крауроз вульвы сопровождается сильным зудом во всех стадиях. Возникающие расчёсы нередко осложняются вторичной инфекцией.

Крауроз относят к предраковым заболеваниям. По данным литературы, перерождение в рак наблюдается в 19–54% случаев.

Гистопатология. В начальной стадии обнаруживают небольшое утолщение рогового и шиповидного слоев с участками паракератоза, акантоз. В дальнейшем атрофия эпидермиса. Дермальные сосочки сглажены, граница эпидермиса с дермой в виде прямой линии. В дерме – инфильтраты вокруг сосудов и между коллагеновыми волокна-

ми, состоящие из лейкоцитов, лимфоцитов и тучных клеток. Коллагеновые волокна склерозированы, эластические – в уменьшенном количестве.

Диагноз. При установлении диагноза дифференцируют с нейродермитом, хроническим вульвитом, красным плоским лишаём, склеродермией, лейкоплакией, хроническим кандидозом и сенильной эволюцией вульвы.

Прогноз для жизни благоприятный. Главной опасностью крауроза вульвы является трансформация его в карциному. При краурозе вульвы иногда наблюдаются случаи развития рака внутренних половых органов.

Лечение. Наиболее целесообразно применение гормональных препаратов (фолликулин, синэстрол, диэтилстильбестрол. Назначают витамины А, РР, Е и зудоуспокаивающие средства. Борьба с влажностными выделениями, что способствует уменьшению зуда и связанных с ним осложнений. Относительно назначения эстрогенов мнения противоположны. Одни авторы их назначают, а другие не рекомендуют из-за возможности стимуляции малигнизации процесса.

КРАУРОЗ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА **(Kraurosis penis)**

Синонимы: болезнь Дельбанко, атрофический прогрессирующий баланит с краурозом.

Этиология и патогенез. Развитию заболевания могут способствовать различные воспалительные заболевания (бактериальные, вирусные, грибковые), раздражающие факторы (химические, механические), возрастная инволюция.

Клиника. Заболевание начинается с развития сухости и уменьшения эластичности головки полового члена или внутреннего листка крайней плоти. В результате склерозирования крайней плоти сужается препуциальное кольцо, и головка оказывается в состоянии фимоза. В дальнейшем развивается атрофия, и поверхность становится белесоватой, морщинистой и слегка шелушащейся. На поверхности появляются телеангиэктазии.

Случаи трансформации процесса в рак наблюдаются редко.

Гистопатология. Гистологические изменения такие же, как и при краурозе вульвы.

Диагноз. При установлении диагноза дифференцируют с красным плоским лишаём, баланитом ксеротическим облитерирующим, баланитом Фольмана, бархатной эритроплазией Кейра, склероатрофическим лишеном.

Лечение. Мужские половые гормоны, аевит, лидаза, биостимуляторы, фонофорез с гидрокортизоном. Местно – кортикостероидные (не фторированные) и смягчающие мази.

БАРХАТНАЯ ЭРИТРОПЛАЗИЯ КЕЙРА (Erythroplasia Queyrat)

Синонимы: эпителиома бархатная, обнаженная, сосочковая Фурнье–Дарье.

Эритроплазия (от греч. Erythros – красный и plasis – форма, образование). Редкий преинвазивный дерматоз, описан в 1893 г. Фурнье и Дарье.

Этиология и патогенез. Среди факторов, способствующих развитию эритроплазии Кейра, возможно, имеет значение хроническое раздражение смегмой, так как у лиц с удалённой крайней плотью это заболевание практически не встречается.

Клиника. Болеют преимущественно мужчины старше 50 лет. Поражаются только слизистые и полуслизистые оболочки. У мужчин поражается головка полового члена, венечная борозда и внутренний листок крайней плоти (рис. 21, 22), у женщин – уздечка клитора, внутренняя поверхность малых половых губ, стенки влагалища и губки шейки матки. Обычно наблюдается одиночный очаг округлой или овальной формы, слегка возвышающийся, с чёткими границами. В пределах очага поверхность плоская, блестящая, влажная, слегка волнистая, бархатная, насыщенно-красная, легко кровоточащая. На открытых участках поверхность сухая. Консистенция высыпаний слабо эластическая. Иногда бывает зуд. Со временем инфильтрация увеличивается, очаг может покрыться корками. Появление вегетаций и эрозий, регионарная аденопатия свидетельствуют о развитии спиноцеллюлярной эпителиомы. По данным литературы, трансформация бархатной эритроплазии в эпителиому составляет 20–40%.

Гистопатология. В эпидермисе – неравномерный акантоз (иногда до 30–40 рядов клеток), очаговый гипер- и паракератоз, мелкие тяжи из атипичных клеток со светлой вакуолизированной цитоплазмой и гиперхромными ядрами, многочисленные митозы. В дерме – расши-

рение сосудов, лимфоцитарные инфильтраты с примесью плазматических клеток. В части случаев картина соответствует болезни Педжета и Боуэна.

Диагноз. При установлении диагноза дифференцируют с болезнью Боуэна, спиналиомой, кандидозным баланитом, сульфаниламидной эритемой, псориазом и другими заболеваниями. Прогноз серьезный.

Лечение. При поражении крайней плоти целесообразно её удаление. При неинвазивной форме эритроплазии Кейра применяют криодеструкцию, лазеротерапию (углекислотный лазер), мази с цитостатиками (проспидин). При инвазивной форме эритроплазии Кейра – химиотерапия и хирургические методы лечения.

БОЛЕЗНЬ БОУЭНА (Morbus Bowen)

Заболевание описал американский дерматолог J.T. Bowen (1912).

Это медленно прогрессирующее заболевание кожи, характеризующееся злокачественными дискератотическими изменениями в эпидермисе и часто трансформирующееся в спиноцеллюлярный рак.

Этиология не выяснена. По-видимому, болезнь Боуэна представляет собой особую форму внутриэпидермальной эпителиомы, так называемой эпителиомы *in situ* или *cancer Demblee*. Некоторые авторы видят в начальной стадии болезни Боуэна предраковый дерматоз невоидного характера. Патогенетическую роль иногда, по-видимому, играет длительная травматизация соответствующих участков кожи, инсоляция и старческие изменения кожи. Это довольно редкое заболевание. Болеют лица обоего пола, чаще в возрасте 45–65 лет.

Клиника. Чаще обнаруживается один очаг, а иногда – большое их количество. В начале возникает ограниченное, с медленным периферическим ростом пятнисто-узелковое высыпание, покрытое чешуйками и корками, после удаления которых открывается гиперемированная, иногда влажная, гладкая или сосочковая поверхность. В результате слияния высыпаний образуется бляшка неправильных очертаний. Иногда развивается гиперкератотическое, плотное, эрозированное утолщение кожи.

У женщин очаги чаще обнаруживаются на нижних конечностях, у мужчин – на волосистой части головы, на ушных раковинах. При-

мерно в 10% случаев поражаются слизистые оболочки. Описаны случаи локализации процесса на веках, конъюнктиве, роговице.

Выделяют экземоподобную форму, при которой значительная часть поверхности бляшки эрозируется, покрывается серозными корко-чешуйками, сопровождается мокнутием. При гиперкератотической форме края бляшек утолщены, очаги могут напоминать псориазные высыпания, иногда кожный рог. Веррукозная форма характеризуется формированием уплотненных бляшек с папилломатозными разрастаниями, встречается редко, часто локализуется в аногенитальной области.

Болезнь Боуэна протекает обычно без субъективных ощущений, но иногда отмечается зуд, жжение. Лимфатические узлы поражаются редко. Во второй стадии заболевания возникают опухолевидные бородавчатые или грибовидные разрастания, то есть возникает рак Боуэна.

Течение болезни Боуэна длительное. Без лечения развивается рак кожи с метастазами, иногда ранними.

Гистопатология. Резко выраженный акантоз, гиперкератоз; клетки шиповидного слоя располагаются хаотично, имеют разнообразную форму и величину, некоторые из них вакуолизированы, ядра гиперхромные разной величины. Иногда выявляются крупные многоядерные клетки. Иногда обнаруживаются «роговые жемчужины». При трансформации в рак происходит погружение акантолитических тяжей в дерму с одновременным нарушением целостности базального слоя.

Диагноз. При установлении диагноза учитывают клинику и дифференцируют с псориазом, болезнью Педжета, себорейной экземой, старческим кератозом, актиническими кератомами, невусами, бугорковым сифилидом, туберкулёзом кожи, плоской базалиомой, боуэноидным папулёзом и различными формами эпителиом. При локализации на слизистых и полуслизистых дифференцируют с эритроплазией Кейра. При установлении диагноза очень важно гистологическое подтверждение. При установлении раннего диагноза и своевременном лечении прогноз благоприятный.

Лечение болезни Боуэна хирургическое, электрокоагуляция, крио- и лазеродеструкция, 30–50% проспидиновая мазь. При раке Боуэна – хирургическое лечение и лучевая терапия.

БОЛЕЗНЬ ПЕДЖЕТА (Morbus Paget)

Заболевание описано английским хирургом J. Paget (1874).

Этиология и патогенез. Заболевание относят к облигатным пре-канцерозам. В его развитии предполагается роль травм, рубцовых изменений и других факторов. Считается, что заболевание может иметь эпидермальное происхождение или из выводных протоков молочных желёз. При маммарной локализации развитие заболевания связывают с клетками рака молочных ходов или карциномы апокриновых потовых желёз, при экстрамаммарной – предполагается возможность развития из клеток волосяных фолликулов и апокриновых потовых желёз.

Клиника. Заболевание развивается обычно у женщин в возрасте старше 40 лет. Начинается с образования мелкого эритематозного шелушащегося очага на сосках или вокруг сосков молочной железы, реже на половых органах, в перианальной и подмышечной областях. Очаги имеют чёткие границы и полициклические очертания. По периферии очагов обнаруживается слегка возвышающийся валик. Иногда в очаге появляются эрозии, экссудация и серозно-кровянистые корки. Очаги, медленно увеличиваясь, могут достигать величины ладони взрослого человека. В тканях молочной железы могут обнаруживаться одиночные или множественные плотные узлы, сравнимые по величине с орехом от лесного до грецкого и более. В результате рубцевания тканей происходит втягивание соска. Увеличиваются регионарные лимфатические узлы. Субъективно может беспокоить зуд и жжение. При аногенитальной локализации наблюдаются вегетирующие и пигментные проявления.

Течение многолетнее. Прогноз неблагоприятный.

Гистопатология. В эпидермисе акантоз, папилломатоз. Среди эпителиоцитов обнаруживают клетки Педжета – крупные клетки с крупными ядрами, светлой протоплазмой, без протоплазматических мостиков, особенно много их в базальном слое. Около молочных ходов иногда определяются тяжи из атипичных клеток. В дерме воспалительные инфильтраты из лимфоцитов, плазматических клеток, единичных тучных клеток.

Диагноз. При установлении диагноза дифференцируют с базалиомой, болезнью Боуэна, инфекционной экземой, хронической пиодермией, педжетоидной злокачественной меланомой, эрозивным

аденоматозом соска, первичным сифилисом, кандидозом, склеро-атрофическим лихеном, педжетоидным ретикулёзом.

Лечение. Проспидин, блеомицин, рентгенотерапия, крио- и лазеродеструкция, хирургическое лечение.

МЕЛАНОЗ ПРЕКАНЦЕРОЗНЫЙ ОГРАНИЧЕННЫЙ ДЮБРЕЯ (*Melanosis circumscripta praecancerosa Dubreuilh*)

Синоним: злокачественное лентиго Hutchinson.

Заболевание описано J. Hutchinson (1890).

Этиология и патогенез изучены недостаточно. Относится к предраковым заболеваниям.

Клиника. Начинается меланоз с небольшого, неправильной формы пятна, медленно увеличивающегося в своих размерах. Поверхность его гладкая, кожный рисунок сохраняется, но становится более грубым. Окраска в очаге может быть неравномерной (серая, синюшная, чёрная при усилении к периферии) (рис. 16). Такая неравномерная окраска на разных участках очага характерна для этого заболевания. Размеры очагов могут достигать 2–6–10 см и более. Очаги чаще располагаются на открытых частях тела, но бывают случаи атипичной локализации, и не только на закрытых частях тела, но и на слизистых оболочках. Кожа в очаге менее эластична, но не инфильтрирована. Иногда встречаются амеланотические формы. Болеют преимущественно женщины, чаще в возрасте старше 50 лет. Очаг может существовать иногда многие годы.

По данным литературы, трансформация в меланому отмечается у 25–50% больных. Поэтому меланоз Дюбрея можно назвать не столько «меланомоопасным», сколько прямо «предмеланомным» заболеванием.

Предполагают, что малигнизации способствует травматизация и инсоляция. Если вокруг меланотического пятна появляется эритема или на его поверхности развивается гиперкератоз, папилломатоз, следует думать о малигнизации. В редких случаях меланоз спонтанно регрессирует.

Следует отметить, что меланома, развившаяся из меланоза Дюбрея, протекает менее злокачественно, чем меланома, развившаяся из меланомоопасных невусов.

Гистопатология. В начальной стадии акантоз, в базальном слое большое количество пигмента. Меланоциты, обогащённые меланином, располагаются одиночно, группами или в виде непрерывной се-

ти. В дерме – воспалительный инфильтрат из лимфоцитов и плазматических клеток, в соединительной ткани много меланофагов. В нижних отделах дермы – дистрофические изменения коллагена, множество меланофагов и полосовидный воспалительный инфильтрат.

Диагноз. При установлении диагноза дифференцируют с меланомой, себорейным кератозом, пигментированной базалиомой, некоторыми формами невусов.

Лечение хирургическое, рентгенотерапия.

ЭПИДЕРМОДИСПЛАЗИЯ ВЕРРУЦИФОРМНАЯ ЛЕВАНДОВСКОГО–ЛЮТЦА (Epidermodysplasia verruciformis, Dysplasia Lewandowsky–Lutz)

Синонимы: врождённые дискератотические бородавки, генерализованная бородавчатость.

Заболевание описано F. Lewandowsky и W. Lutz (1922).

Этиология и патогенез. Заболевание считается генодерматозом вирусной этиологии. У больных выделяют различные серотипы вирусов папилломы человека. Довольно часто наблюдаются семейные случаи заболевания. При этом прослеживается аутосомно-рецессивный тип наследования.

Клиника. Чаще всего заболевание начинается в детском возрасте. Появляются множественные бородавчатые элементы, величиной от горошины и более по всему кожному покрову с преобладанием на конечностях, лице и шее. Высыпные элементы цвета нормальной кожи, а иногда красновато-коричневой окраски, напоминают плоские и вульгарные бородавки. В местах типичной локализации элементы нередко располагаются в огромном количестве, при этом частично сливаются в бляшки различной величины и формы. В результате изоморфной реакции иногда элементы располагаются линейно. Кроме обилия бородавчатых элементов, на коже иногда встречаются пятна типа кофейных. По данным различных авторов у 12–75% больных возможна трансформация бородавчатых элементов в базалиому, плоскоклеточный рак или болезнь Боуэна.

Гистопатология. Акантоз, гиперкератоз, вакуолизация клеток зернистого и шиповидного слоёв с пикнозом ядер. В дерме незначительные периваскулярные инфильтраты из лимфоцитов и гистиоцитов.

Диагноз. При установлении диагноза дифференцируют с верруциформным акрокератозом Гопфа, веррукозным красным плоским лишаём, бородавчатым туберкулёзом кожи, бородавками, болезнью Дарье и др.

Лечение. Эффективных методов лечения верруциформной дисплазии пока нет. Установлена положительная динамика при длительном применении этретината по 1 мг/кг в сутки в течение двух месяцев с последующим медленным снижением дозы. Частичное улучшение наблюдается при использовании 5% фторурациловой мази. Лучевая терапия противопоказана, так как она способствует агрессивному течению рака кожи.

КСЕРОДЕРМА ПИГМЕНТНАЯ (Xeroderma pigmentosum)

Синонимы: прогрессирующий лентикулярный меланоз Пика, пигментный эпителиоматоз Бенье, пигментная атрофия кожи Крокера и др.

Заболевание описал Carosi (1870).

Этиология и патогенез. Относится к генодерматозам. Заболевание чаще возникает при кровнородственных браках. Заболевание передаётся в основном по аутосомно-рецессивному и редко по аутосомно-доминантному типу наследования. Случаи тяжелого течения болезни бывают при аутосомно-рецессивном типе наследования. Развитие заболевания обусловлено генетическим нарушением репликативного и репаративного синтеза ДНК в результате дефекта её ферментов полимеразы и эндонуклеазы. В итоге ДНК разрушается коротковолновым спектром ультрафиолетовых лучей, что ведёт к слабому накоплению тимидина в эпидермоцитах, фибробластах и лимфоцитах.

Клиника. В течении пигментной ксеродермы выделяют 5 стадий. Эритематозная стадия развивается на первом году жизни после инсоляции с появления эритематозно-сквамозных, отечных пятен, иногда с пузырьками и пузырями. После исчезновения эритемы и отёка наступает стадия пигментации, которая характеризуется образованием множественных пигментных пятен различной величины, формы и интенсивности (от светло- до тёмно-коричневой). В стадии атрофии кожа истончается, становится сухой, появляются телеангиэктазии и гладкие атрофические рубцы. Внешне видна пёстрая картина – чере-

дование гипо- и гиперпигментации (пойкилодермия). При этом могут сформироваться атрезия носовых и ротового отверстий, эктропион век, истончение ушных раковин и кончика носа, кератит, гиперпигментация радужки, помутнение роговицы, снижение остроты зрения. Следующая стадия характеризуется возникновением доброкачественных опухолей (ангиомы, фибромы, кератоакантомы и др.). На последней стадии, развивающейся примерно через 8–10 лет, происходит малигнизация предшествовавших новообразований либо самостоятельно развиваются меланомы, саркомы, базалиомы, эпителиомы. Отмечается повышенная частота висцеральных неоплазий.

Прогноз неблагоприятный. Многие больные погибают в молодом возрасте от злокачественных новообразований и их метастазов.

Гистопатология. В стадии воспаления картина неспецифична, отмечают гиперкератоз, истончение мальпигиева слоя, неравномерное накопление меланина в клетках базального слоя и увеличение числа меланоцитов. В дерме – небольшой лимфоцитарный инфильтрат. В стадии пигментации и атрофии гиперкератоз и накопление пигмента более выражено, эпидермис неравномерно атрофичен в одних участках и гипертрофичен в других. Ядра эпителиоцитов увеличены, нарушено их расположение. В дерме – базофилия коллагена и эластоз. В опухолевых стадиях находят соответствующую опухолям картину.

Диагноз. При установлении диагноза дифференцируют со световой оспой, мастоцитозом, недержанием пигмента, пойкилодермией и другими заболеваниями.

Лечение. Применяют антималярийные препараты, витамины А, Е, В2, В12, РР, антиоксиданты, ретиноиды, фотозащитные средства. Для профилактики рака назначают интерфероны. Лечение малоэффективно.

В случае малигнизации незамедлительно направить к онкологу.

КОЖНЫЙ РОГ (Cornu cutaneum)

Синонимы: фиброкератома Унны, старческий рог.

Причины развития кожного рога неизвестны.

Клиника. Развиваются безболезненные, плотные, слоистые роговые массы, рельефно выступающие над поверхностью кожи, различной величины и формы. Цвет колеблется от светло-серого до корич-

невато-чёрного. В основании рог может иметь диаметр до 1–2,5 см и более. Высота рога составляет от нескольких мм до несколько см. Чаще бывают единичные новообразования. Локализуется кожный рог на любой части тела, но чаще бывает на открытых участках. Чаще кожный рог встречается в пожилом и старческом возрасте. Заболевание относится к преканцерозам. Возможна трансформация в плоскоклеточный рак. О начале малигнизации свидетельствует появление болезненности, уплотнения и воспалительных явлений вокруг основания рога и ускорение его роста.

Гистопатология. В основании рога – слабовыраженный акантоз с высоко дифференцированными шиповидными клетками. Зернистый слой неравномерной толщины, основную массу рога составляют сплошные роговые массы, иногда с участками паракератоза. В дерме – лимфоидно-гистиоцитарные и плазмоцитарные инфильтраты. Коллагеновые волокна в верхних отделах дермы с очаговой деструкцией, эластические волокна в виде гиперхромных фрагментов и пучков.

Лечение. Хирургическое иссечение.

СТАРЧЕСКАЯ БОРОДАВКА (*Verruca senilis*)

Синонимы: себорейная бородавка, себорейный невус Унна, себорейный кератоз, себорройная кератопапиллома, базальная папиллома Левера.

Эти поражения развиваются в возрасте 40–50 лет и старше. Появление бородавок чаще всего наблюдается на туловище, на волосистой части головы и на лице. Они могут быть найдены и на других местах. В начале возникают плоские папилломы желтовато-коричневого цвета, которые по ходу дальнейшего развития превращаются в коричневые. Борозды между отдельными папилломами заполнены пропитанным жировым веществом роговой массой тёмно-коричневого цвета. Образования сидят на широком основании. По форме различают плоские и выпуклые бородавки. Плоские бородавки встречаются на самых различных местах, одиночно или группами. Диаметр колеблется от 1–2 мм до 20–40 мм, иногда расположенные рядом образования сливаются. Форма бородавок круглая или овальная. Поверхность несколько папилломатозна, консистенция мягкая. Выпуклый тип бородавок на одном и том же индивидууме встречается в значительно меньшем количестве. Они чаще появляются вместе с плоскими боро-

давками. Величина выпуклых образований превышает величину их оснований, вследствие этого их поверхность имеет дольчатое строение, напоминающее малину. В зависимости от количества роговой массы они могут иметь мягкую или плотную консистенцию.

По данным литературы, раковому перерождению подвергаются старческие бородавки, локализующиеся главным образом на лице. Кроме плоскоклеточного рака, из них может развиваться базалиома и меланома. Однако появление злокачественной опухоли в области старческой бородавки составляет 3,9%. Внезапное появление быстро увеличивающихся в размерах и количестве себорейных кератом известно как синдром (симптом) Лезера–Трела. Такое явление рассматривается как паранеопластический процесс. Чаще всего он сочетается с аденокарциномой желудочно-кишечного тракта, реже с раком легких, молочной железы, простаты, печени, т-клеточной лимфомой, синдромом Сезари.

Гистопатология. Морфологически выделяют гиперкератотический, акантотический, аденоидный и смешанный типы.

Гиперкератотический тип характеризуется гиперкератозом, акантозом, папилломатозом. Роговой слой участками инвагинирует в эпидермис, в результате образуются кистозные полости, заполненные роговыми массами (псевдороговые кисты).

Акантотический тип: резкое утолщение эпидермиса; гиперкератоз и папилломатоз незначительные; много псевдороговых кист, вокруг которых обнаруживаются «базалоидные» клетки.

Аденоидный тип характеризуется разрастанием многочисленных узких ветвящихся тяжей, состоящих из 1–2 рядов «базалоидных» клеток, в верхних отделах дермы. Выявляются крупные роговые кисты.

Диагноз. При установлении диагноза дифференцируют с актиническим кератозом, базалиомой, меланомой, эккринной поромой.

Лечение. Криотерапия, диатермокоагуляция, лазеродеструкция, 3% проспириновая и 5% 5-фторурациловая мази, солкосериловая мазь, кератолитические средства. Предупреждение травмирования и инсоляции очагов.

Обследование у онколога в случае развития синдрома Лезера–Трела.

СТАРЧЕСКАЯ КЕРАТОМА (*Keratoma senile*)

Старческая кератома проявляется в виде множественных узлов, на непокрытой, подверженной инсоляции атрофичной коже пожилых людей. Часто наблюдается у занятых в сельском хозяйстве рабочих, моряков, рыбаков.

Старческая кератома появляется, главным образом, на коже лобной и височной областей, на спинке носа, на щеках, на шее, на предплечье и на тыльной поверхности кистей (рис. 8, 9). Она чаще наблюдается в возрасте 60–70 лет, в подавляющем большинстве у людей, имеющих белую кожу и голубые глаза. У негров старческая кератома встречается очень редко. Болезненный процесс развивается очень медленно, и поражение достигает величины с чечевичное зерно или ноготь. Сначала появляется бледно-красное пятно с резкими или же невыраженными краями, но может наблюдаться в виде начального явления пятно телеангиэктатического или пигментного характера. В области пятен возникает шероховатый гиперкератоз и плоская бородавчатая поверхность. Утолщение, грязно-коричневые роговые пластинки сначала легко удаляются пинцетом или после размягчения мазью. На месте чешуек остаётся атрофическая депигментированная поверхность. Часто возникают рецидивы. В следующей стадии развития роговые пластинки утолщаются, принимают грязно-серый цвет. Плотно прилегают к подлежащей коже, которая иногда атрофична, а иногда покрыта точечными кровоизлияниями или папилломами. По краям наблюдается красноватая воспалённая полоса. Возможно образование мелких поверхностных язв.

На почве отдельных поражений довольно часто возникает злокачественная опухоль спиналиома или базалиома. По данным различных авторов, малигнизация старческой кератомы наблюдается в интервале от 11,6 до 25% случаев.

Гистопатология. На поверхности поражения наблюдается выраженный гиперкератоз и папилломатоз. Помимо акантоза и гипертрофии эпидермиса имеются и явления атрофии. В отдельных случаях атипия выражена только в базальном слое. Это проявляется в том, что базальный слой становится многослойным, гиперхроматичным и в цитоплазме клеток наблюдается вакуолизация. Кроме того, образуются отростки, отходящие от базальных клеток, базальная мембрана которых сохраняется. Атипия, чаще всего, выражена во всём мальпи-

гиевом слое. Правильное расположение клеток исчезает, их величина варьирует, число митотических форм увеличивается и наблюдается дискератоз.

Диагноз. При установлении диагноза дифференцируют с себорейными бородавками, хроническим эритематозом.

Лечение. В начальной стадии рекомендуются кератолитические мази и защита от инсоляции. В более поздних стадиях рекомендуется удаление узлов с последующим гистологическим исследованием. В случае малигнизации направляют к онкологу.

АКТИНИЧЕСКИЙ КЕРАТОЗ (Keratosi actinica)

Синоним: солнечный кератоз.

Этиология и патогенез. Является результатом длительного мутагенного действия ультрафиолетовых лучей на ДНК кератиноцитов. По данным различных авторов, его частота варьирует от 11 до 60% у лиц старше 40 лет.

Клиническая картина актинического кератоза характеризуется множественными ограниченными плотными очагами гиперкератоза, возникшими на участках, подверженных солнечной инсоляции, у людей со светлой кожей, чаще у мужчин. При этом заболевании имеется очень высокий процент трансформации в плоскоклеточный рак кожи. Риск перерождения возрастает с 1% при небольшом числе очагов поражения (менее 5) до 20% при распространённом варианте заболевания (более 20 очагов).

Выделяют пять клинических форм актинического кератоза:

1. Эритематозная форма представлена очагами, образованными сухими чешуйками различной формы с чёткими границами и, возможно, венчиком гиперемии по периферии образования.
2. Кератотическая форма характеризуется желтоватыми, коричневатыми, сероватыми массами, при слиянии которых обнаруживается кожа красноватого цвета.
3. Бородавчатая форма сопровождается папилломатозом, а роговая – кератинизацией.
4. Проллиферативная форма актинического кератоза характеризуется крупными размерами – до 3–4 см в диаметре.
5. Пигментная форма представлена коричневыми пятнами с кератотической поверхностью. Распространяющийся пигментный вари-

ант актинического (солнечного) кератоза характеризуется локализацией высыпаний в области лица и представлен папулёзными элементами с шелушащейся поверхностью, которые в результате центробежного распространения достигают размеров более 1 см.

Гистопатология актинического кератоза характеризуется пролиферацией атипичных клеток в нижних слоях эпидермиса в виде дискератоза и увеличения ядер, которые на поздних стадиях могут присутствовать во всех слоях эпидермиса. Может отмечаться паракератоз. Подлежащая дерма содержит эктатически расширенные сосуды, есть явления солнечного эластоза. При пигментном типе солнечного кератоза присутствует избыточное количество меланина, особенно в базальном слое. Иногда увеличение содержания меланина отмечается и в атипичных кератиноцитах. В верхней части дермы содержится много меланофагов.

Диагноз. При установлении диагноза дифференцируют с плоскоклеточным раком, себорейными кератомами, болезнью Боуэна, красной волчанкой, кератозом лихеноидным доброкачественным.

Лечение. В зависимости от клинической картины, рекомендуют хирургические методы, крио- и лазеродеструкцию, электрокоагуляцию, проспидиновую мазь и различные кератолитические мази.

Профилактика. Защита от солнечной инсоляции (защитная одежда, широкополые шляпы, зонты и фотозащитные мази). Перевод на работу, не связанную с ультрафиолетовым облучением. Диспансерное наблюдение у дерматолога и онколога.

КЕРАТОЗ МЫШЬЯКОВИСТЫЙ (*K. Arsenicalis*; СПН. Арсенокератоз)

В настоящее время накоплено достаточно доказательств канцерогенности мышьяка, что послужило основанием для отказа от использования мышьяковистых препаратов в медицине. Однако контакт с мышьяком сейчас возможен в производственных и иных условиях.

Наиболее частым и характерным последствием длительного применения препаратов, содержащих неорганический мышьяк, является кератоз, развивающийся преимущественно в области ладоней и подошв, хотя он возможен и на любом другом участке. По усреднённым данным, он регистрируется примерно у 44% больных, пользовавшихся такими лекарственными веществами. Латентный период возникновения кератоза достигает в среднем 6 лет. Заболевание проявляется

веррукозными папулами округлой формы, по размерам от миллиарных образований до бляшек.

Гистопатология. Гистологически обнаруживаются гиперкератоз, акантоз, возможна атипия ядер, как при актиническом кератозе.

Последствиями применения мышьяка могут быть болезнь Боуэна, множественные базалиомы и спиналиомы. Возможно так же развитие висцеральных опухолей, особенно рака легких, мочевого пузыря и других органов.

Продолжительность приёма мышьяка, необходимая для развития злокачественных новообразований, составляет несколько месяцев. При этом латентный период возникновения опухолей отличается пролонгированностью (в среднем до 18 лет).

Лечение. Описаны благоприятные результаты перорального применения этретината при мышьяковистом кератозе.

Профилактика. Поскольку в настоящее время в медицине мышьяк не применяется, остаётся проведение профилактических мероприятий в условиях его производства. Профилактика профессионального мышьяковистого кератоза, а вместе с тем и злокачественных новообразований, сводится к постоянному выполнению санитарно-технических и санитарно-гигиенических мероприятий при работе с препаратами мышьяка.

СИНДРОМ НЕВОБАЗОЦЕЛЛЮЛЯРНЫЙ СЕМЕЙНЫЙ (Syndrome neonatally familia)

Синонимы: синдром Горлина – Гольтца, синдром базально-клеточной карциномы, синдром базально-клеточного невуса и др.

Этиология и патогенез. Наследование аутосомно-доминантное с высокой пенетрантностью и вариабельной экспрессивностью. Есть указания на возможность рецессивного наследования. Заболевание представляет собой врождённую полидисплазию с поражением органов и систем эктодермального и мезодермального происхождения.

Клиника. Характеризуется развитием множественных базоцеллюлярных карцином на фоне пигментных невусов, наличием костных кист челюстей, обызвествлений мозговой оболочки, аномалий костной системы и у части больных – другими пороками развития.

Женщины составляют около 90% всех больных. Кожная симптоматика весьма разнообразна. Самые частые проявления – базально-клеточные карциномы, по внешнему виду напоминающие меланоци-

тарные невусы или фибромы при болезни Реклингхаузена, появляющиеся в детском или подростковом возрасте. Иногда базалиомы наблюдаются уже с рождения. В начале это мелкие (от булавочной головки до чечевицы), круглые, полушаровидные или слегка уплощённые элементы плотной консистенции, с гладкой поверхностью, цвета нормальной кожи или желтовато-коричневые. На поверхности их могут быть телеангиэктазии, милиумподобные образования. Располагаются высыпания симметрично, изредка односторонне, на коже лица (чаще на веках и в периорбитальной области), волосистой части головы, шеи, туловища, подмышечных впадин, бёдер. В области век, аксиллярных ямок, шеи они могут приобретать вид образований на ножке. В результате медленного периферического роста, продолжающегося до периода полового созревания, опухоли достигают 1,5 см и более в диаметре. Значительная часть элементов дальнейшей эволюции не претерпевает, но часть из них трансформируется в базалиомы. Появление последних может провоцироваться травмами, ожогами, прививками, воздействием канцерогенных факторов. Базалиомы, появившиеся в раннем детском возрасте, отличаются доброкачественным течением. В постпубертатный период они становятся агрессивными.

Другой тип кожных изменений – дискератотические углубления в области ладоней и подошв, связанные с отсутствием кератина из-за запаздывания созревания эпителиальных клеток в этих очажках. Они представляются в виде точечных или до нескольких мм в диаметре вдавлений с отвесными краями, розовато-красным дном, глубиной до одного мм. На более крупных элементах заметно исчезновение кожного узора. Этот тип проявлений отмечается примерно у 50% больных.

Кроме указанных проявлений, наблюдаются различные пороки развития кожи: липомы, сальные и эпидермальные кисты, милиумы, плоские бородавчатые образования, фибромы. Иногда встречаются кофейные пятна. Число новообразований на коже может иногда достигать многих сотен.

Характерными для синдрома являются доброкачественные одонтогенные кисты верхних и нижних челюстей, являющиеся причиной выпадения зубов уже к 25–30 годам. Кисты чаще возникают в первой декаде жизни, регистрируются у 65–75% больных. Встречаются различные дефекты костей: аномалии рёбер, деформации грудной клетки, сколиоз, *spina bifida*, синдактилия и др.; челюстно-лицевые ано-

малии: выступающие лобные бугры и надбровные дуги, расщепление губы и/или – нёба.

Глазную патологию связывают с глиоматозной нейробластической дисгенезией. Наблюдаются дистопия внутреннего угла глаз, катаракта, атрофия сетчатки, глаукома, врождённые изменения роговицы, ретинобластома, колобома радужки или зрительного тракта.

Неврологическая симптоматика может предшествовать кожным проявлениям. Почти у половины больных отмечают умственную отсталость, возможны эпилептиформные припадки, шизофреноподобные психозы, признаки гидроцефалии. При обследовании нередко выявляются обызвествления твёрдой мозговой оболочки и другие патологии.

Из других поражений описывают пороки развития почек, изменения паращитовидных желёз, гипогонадизм, кальцификацию яичников и мягких тканей, фибромиомы матки, кистозные изменения брыжейки, аденомы надпочечников, хроническую железодефицитную анемию и др.

Кроме основных, насчитывают около 40 дополнительных признаков. Считают, что для установления диагноза требуется наличие следующих симптомов:

- 1) появление множественных диссеминированных базалиом в первые два десятилетия жизни;
- 2) мезенхимальные дефекты в скелете (кисты костей);
- 3) псевдогипопаратиреоидизм;
- 4) семейное предрасположение.

Гистопатология. Изменения, типичные для разновидностей базалиом, в том числе уникального типа – инфундибулокистозной эпителиомы. В области ладонно-подошвенных «вдавлений» – дефекты рогового слоя с истончением остальных слоёв эпидермиса и появление дополнительных эпителиальных отростков из мелких типичных базальных клеток.

Диагноз. При установлении диагноза дифференцируют с болезнью Реклингхаузена, Прингла–Бурневиля, Дарье, трихоэпителиомой, цилиндромой, синрингомой, синдромом Мьюэра–Торре.

Лечение. Удаление более крупных и интенсивно растущих опухолей. Лучевая терапия противопоказана. Длительное применение ретиноидов вызывает регресс базалиом, но отмена терапии способствует их рецидиву. Наблюдение онколога, невропатолога, психиатра, окулиста и соответствующее симптоматическое лечение.

СИНДРОМ АТИПИЧНЫХ РОДИМЫХ ПЯТЕН (Dysplastic nevus)

Синонимы: синдром диспластического невуса, невус Кларка, диспластический невус и др.

Этиология и патогенез. Развитие синдрома обусловлено мутациями различных генов в хромосомах 1p или 9p. Клоны мутантных меланоцитов могут активироваться под влиянием ультрафиолетовых лучей, иммунодепрессантов. Наследование по аутосомно-доминантному типу.

Клиника. Диспластические невусы значительно отличаются друг от друга вариациями по размеру, форме и цвету (рис. 12, 13). Форма элементов круглая, овальная или неправильная; в отличие от приобретённых меланоцитарных невусов, имеют большую тенденцию к овальной форме и увеличению размеров (более 6 мм в диаметре). Границы часто нечёткие, размытые за счёт бордюра вокруг элементов, пигментация которого постепенно переходит в цвет нормальной кожи. Родимые пятна отличаются неравномерной пёстрой окраской, варьирующей от светло-коричневой до чёрной, примерно у 1/3 высыпаний преобладают красные оттенки. Элементы могут быть папулёзными, узловатыми, напоминать сосок молочной железы или их иногда сравнивают с «яичницей – глазуньей». Атипичные родимые пятна располагаются преимущественно на туловище, верхних конечностях, голених, тыльной поверхности стоп, ягодицах, реже на лице, иногда на волосистой части головы, они могут быть одиночными или множественными (до нескольких сотен).

Диспластические невусы начинают появляться позже, чем приобретенные меланоцитарные, – незадолго до начала полового созревания или в возрасте 2–6 лет, увеличиваясь в количестве и размерах к пубертату, и продолжают возникать в зрелом возрасте. Мужчины и женщины страдают с одинаковой частотой, более уязвимы лица со светлыми типами кожи. Имеются данные, подтверждающие роль диспластических невусов как маркеров повышенного риска развития меланомы. Для группы лиц с множественными атипичными родимыми пятнами этот риск достигает 6%, если у других членов семьи не выявлялась меланома, и 15%, если опухоль имела место в семейном анамнезе. Риск возникновения меланомы в течение жизни составляет 100% у лиц с диспластическим невусом при наличии её в семейном анамнезе у родственников второй и особенно первой степени родства.

По некоторым сообщениям, при синдроме, кроме меланомы, могут встречаться висцеральные злокачественные опухоли, особенно желудочно-кишечного тракта, поджелудочной и грудной желёз с тенденцией к развитию в среднем и пожилом возрасте. Отмечается также повышенный риск возникновения внутриглазной меланомы.

Гистопатология. В эпидермисе – гиперплазия и пролиферация меланоцитов в виде веретенообразных или эпителиоидных клеток, располагающихся гнёздами вдоль базального слоя. Критериями диспластического невуса считают:

- 1) атипию меланоцитов (укрупнение и полиморфизм клеток, полиморфизм и гиперхромия их ядер);
- 2) наличие гнёзд меланоцитов неправильной формы, образующих «перемычки» между межсосочковыми эпителиальными выростами;
- 3) разрастание коллагеновых волокон и фиброз в сосочковом слое дермы (непостоянный признак);
- 4) рыхлые или плотные лимфоцитарные инфильтраты (непостоянный признак);
- 5) разрастание сосудов (непостоянный признак).

Диагноз. При установлении диагноза дифференцируют с приобретёнными и врождёнными меланоцитарными невусами.

Лечение. Тактика при наличии атипичных родимых пятен определяется различными параметрами. Прежде всего, необходимо оценить характер пятен – являются ли они предшественниками меланомы или маркерами повышенного риска развития опухоли. С этой целью рекомендуют:

- 1) обследовать весь кожный покров каждые 3–12 месяцев (при семейных невусах – осмотр каждые 3 мес., при спорадических – каждые 6–12 мес.);
- 2) проведение скрининга кровных родственников на атипичные родимые пятна, меланому и другие злокачественные опухоли;
- 3) регулярное офтальмологическое обследование на меланому;
- 4) отслеживание характера изменений невусов по фотографии всего кожного покрова (в качестве отправной точки). Показаниями к иссечению являются изменение формы, размеров, окраски невусов. При отсутствии динамики атипичных родимых пятен, но отягощённом меланомой семейном анамнезе, больные подлежат тщательному диспансерному наблюдению. Больные должны быть проинструктированы относительно УФО – режима (применение фотозащитных средств,

отказ от солнечных ванн, соляриев) и обязательного самообследования кожи.

СИНДРОМ БАЗЕКСА–ДЮПРЕ–КРИСТОЛА (Syndromum Bazex–Dupre–Christol)

Описан в 1966 г. указанными авторами.

Этиология и патогенез. Предполагается аутосомно-доминантное наследование или доминантное, сцепленное с полом.

Клиника. Характерными признаками являются фолликулярная атрофодермия, гипотрихоз, множественные базальноклеточные эпителиомы. Фолликулярная атрофодермия, локализуемая на тыле стоп и кистей, в области локтей, нижнего отдела спины, иногда лица, обнаруживается уже при рождении или в грудном возрасте. Гипотрихоз может иногда достигать степени субтотальной алопеции (волосистая часть головы, ресницы, брови), изменения волос происходят по типу узловатого трихорексиса и перекрученных волос (*pili torti*). Базалиомы, преимущественно в области лица, начинают развиваться с пубертатного периода и регистрируются примерно у 30% больных. Они представлены в виде светло-коричневых папул, которые могут напоминать меланоцитарные невусы. Некоторые опухоли проявляют гистологические признаки трихоэпителиомы. Кроме того, у некоторых больных отмечают кальциноз, часто в области ушных раковин. Возможны локальный ангидроз или общий гипогидроз, *keratosis pilaris* в области ягодиц и подколенных ямок, милиумподобные папулы на лице, верхних отделах туловища и в складках.

Диагноз. При установлении диагноза дифференцируют с синдромами Бьёрнстада, Горлина–Гольтца, Крекдалла, Менкеса, псевдомонилетриксом, кератозом фолликулярным красным атрофическим.

Лечение. Удаление эпителиом. Наблюдение онколога.

НЕВУС (Naevus)

Невус и невоидные болезни – наследственные и врождённые пороки развития нейро-эктодермы с нарушением эмбриогенеза кожи и нервной системы. Невусы могут существовать с рождения или появляться в любом возрасте. Возникновение их в части случаев связано с очаговой пролиферацией эмбриональных зачатков, пролиферацией

сосудистой или соединительной ткани под влиянием экзо- и эндогенных факторов. С гистологической точки зрения, невус может состоять из однородных или различных элементов, и в зависимости от этого выделяют несколько их типов. Далее мы рассматриваем невусы в зависимости от частоты их малигнизации.

Пограничный пигментный невус (Nevus pigmentosus junctivus)

Является самым предраковым дерматозом, особенно после периода полового созревания.

Клиника. Пограничный пигментный невус чаще всего имеет вид плоского узелка тёмно-коричневого, тёмно-серого или чёрного цвета (рис. 1, 2). Поверхность его сухая, гладкая или слегка неровная. Волос, в том числе пушковых, никогда не бывает – это важный дифференциальный признак. Чаще бывает один элемент, но возможно и множество. Иногда пограничный невус выглядит пятном или очень незначительно инфильтрированным узелком неправильной формы с волнистыми краями, тёмно-коричневого, чёрного или синюшно-фиолетового цвета. Пограничный пигментный невус варьирует от нескольких мм до 3–4 см в диаметре; в большинстве случаев диаметр не превышает 1 см. Типичной локализации невуса нет.

Пограничный пигментный невус чаще является врождённым, однако нередко больные отмечают его появление в первые годы жизни или даже после полового созревания.

Своеобразными вариантами пограничного пигментного невуса можно считать так называемые кокардный невус с постепенно усиливающейся пигментацией по периферии в форме концентрических колец и пятнистый пигментный невус, при котором на фоне плоского светло-коричневого очага имеются более пигментированные точечные вкрапления.

Диагноз. При установлении диагноза дифференцируют с кавернозной гемангиомой, пигментными невусами, как меланомоопасными, так и меланомонеопасными.

Синий невус (Blauer nevus)

Синоним: голубой невус.

Синий невус впервые описал в 1906 г. Tiesche, неудачно назвав его доброкачественной меланомой кожи.

Клиника. Клинически синий невус представляет собой резко отграниченный от окружающей кожи и довольно инфильтрированный

узелок тёмно-синего или голубоватого, реже коричневатого или тёмно-коричневатого цвета, обычно округлой формы, полусферически выступающий над уровнем кожи, плотно-эластической консистенции, с гладкой безволосой поверхностью (рис. 4). Размер узелка небольшой, обычно не превышает 0,5 см в диаметре. В литературе, однако, описаны единичные наблюдения гигантского синего невуса, достигающего нескольких см в диаметре.

Иногда синий невус имеет вид мало инфильтрированного узелка, расположенного в толще кожи.

Синий невус встречается во всех возрастных группах, но чаще у лиц среднего возраста. Чаще синий невус появляется после периода полового созревания. Женщины болеют значительно чаще мужчин. Излюбленной локализации синего невуса нет.

В большинстве случаев синий невус является солитарным образованием, и довольно редко обнаруживаются множественные случаи.

Диагноз. Дифференцируют с пигментным пограничным невусом, лентикулярной дерматофибромой и другими невусами.

Развитие меланомы на месте синего невуса, в частности после травмы, наблюдается относительно редко, однако такие случаи всё-таки побудили отнести этот невус к группе меланомоопасных.

Невус Ота (Nevus De Ota)

Синоним: окуло-дермальный меланоцитоз.

В 1930 г. японский офтальмолог М.Т. Yasydac Ota опубликовал работу с подробным клиническим описанием нескольких сотен наблюдений своеобразного невоидного заболевания кожи глаза, отдалённые случаи которого были описаны ранее другими авторами. В дальнейшем это заболевание получило название невуса Ota–Sato.

Невус Ота представляет собой большой пигментный невус в области иннервации 1 и 2 ветвей тройничного нерва, как правило, односторонний.

Клиника. Клинически отмечают тёмно-коричневую пигментацию в различных отделах глаза – конъюнктиве, склере, радужной оболочке. Одновременно имеется массивный пигментный невус (или сливающиеся друг с другом невусы) на щеке, коже верхней челюсти и скуловой области той же стороны, чёрно-синюшного цвета (рис. 7). Всё это создаёт впечатление «грязной кожи» на пораженной стороне лица. В редких случаях также поражены красная кайма губ и слизистые оболочки мягкого нёба, глотки, гортани и носа.

Невус Ота бывает врождённым, но может появиться в раннем детстве или даже в период полового созревания. Растёт он обычно медленно. Кроме косметических неудобств, он, как правило, не вызывает никаких расстройств, в том числе нарушения зрения. Повидимому, чаще болеют женщины.

Невус Ота встречается почти исключительно у азиатских народов и лиц монгольской расы.

Различают 4 типа и 2 подтипа невуса Ота:

- 1) слабо выраженный (подтипы орбитальный и скуловой);
- 2) умеренно выраженный;
- 3) интенсивный;
- 4) двусторонний.

Злокачественное перерождение невуса Ота в меланому происходит весьма редко.

Гигантский пигментный невус (*Gigas pigmentatus nevus*)

Это всегда врождённое страдание. Невус обычно увеличивается в диаметре по мере роста ребёнка, достигая значительного, нередко гигантского размера – с ладонь и более. Форма и расположение бывают самые разнообразные. Гигантский пигментный невус редко можно назвать большим чисто пигментным невусом. Обычно на значительном протяжении его поверхность бугристая, иногда бородавчатая, с глубокими трещинами кожи (гигантский пигментный папилломатозный и веррукозный невус), часто встречаются так же участки выраженного гипертрихоза (гигантский пигментный волосяной невус). Цвет на всём протяжении не всегда одинаков, варьируя от грязно-серого до насыщенно-чёрного, иногда с синюшным оттенком. У некоторых больных гиперпигментация сопровождается множественными мягкими узлами типа фибром или нейрофибром, которые достигают размера яблока.

По данным литературы, малигнизация гигантского пигментного невуса происходит у 1,8–13% больных. При этом подчёркнуто, что развитие меланомы происходит без предварительной травматизации невуса.

Невусы меланоцитарные врождённые (*Nevus pigmentosus et pilosus*)

Синонимы: врождённые пигментные невусы, врождённые нево-клеточные невусы. Невус обычно увеличивается в диаметре по мере

роста ребёнка, достигая значительного, нередко гигантского размера – с ладонь и более (рис. 14, 15).

Встречаются у 1–2,5% новорожденных, а некоторые разновидности развиваются в течение первого года жизни. Невусы могут быть мелкие, средние и крупные. Окраска их варьирует от коричневого до чёрного цвета. С возрастом элементы утолщаются, а поверхность приобретает складчатый, бугристый характер. В части случаев на поверхности невуса отмечается рост волос. Среди этого вида иногда встречаются гигантские пигментные невусы, занимающие значительную часть туловища, головы или конечности, нередко с грубыми тёмными волосами.

Риск развития меланомы в течение жизни из мелких невусов составляет 1–5%, из крупных – 6,3%, из гигантских – 5–20%.

Невусы меланоцитарные

Синоним: родимые пятна.

Меланоцитарные невусы встречаются практически у каждого человека. Большинство из них являются приобретёнными, тогда как врождённые составляют 1–2,5%. С возрастом количество невусов постоянно нарастает, достигая пика в пубертатный период, а иногда продолжают появляться в течение всей жизни. Способствует появлению невусов солнечная инсоляция. Большинство вариантов меланоцитарных невусов имеет низкий злокачественный потенциал.

Невус эпидермальный линейный (Inflammatory linear verrucous epidermal nevus)

Невусы формируются в первые недели и месяцы жизни, а иногда и через годы после рождения. Линейный невус может быть односторонним и двухсторонним. В любом случае он располагается в виде прерывистых полосовидных очагов с прослойками здоровой на вид кожи. Длина очага может быть от нескольких сантиметров до длины всей конечности. Цвет невуса колеблется от рыжевато-коричневатого до тёмно-коричневого. Поверхность очагов может быть веррукозной, папилломатозной.

В зоне очагов иногда отмечается развитие базалиомы, спиналиомы.

Невус Спитц (Naevus Spitz)

Синонимы: ювенильная меланома, веретеночлеточный невус, ювенильный невус, эпителиоидно-клеточный невус.

Клиника. Наблюдается чаще в виде плоского или полушаровидного узла до 1 см в диаметре, одиночного (рис. 5, 6). Цвет светло-красный, желтовато-серый, коричневатый или чёрный. Поверхность гладкая, редко с папилломатозными, бородавчатыми разрастаниями и изъязвлением. Изредка встречаются множественные варианты.

Малигнизация крайне редкая.

Невус семейный Беккера (Nevus Becker melanosis)

Синонимы: пигментный волосатый невус, меланоз Беккера, синдром Беккера – Рейтера.

Считается пороком развития эпителиальной ткани.

Клиника. Проявляется чаще у мужчин, в молодом возрасте, нередко после избыточной инсоляции. Представляет собой очаг неправильной формы с чёткими границами. В пределах очага кожа пигментирована от светло-коричневого до чёрного цвета, с множеством чёрных волос. Волосы чаще появляются после наступления половой зрелости. В очагах иногда отмечается снижение всех видов чувствительности. Отмечается высокая частота семейных случаев. Частичный регресс наблюдается в крайне редких случаях.

Трансформации в злокачественную меланому единичны.

Невус Саттона (Nevus Sutton)

Синоним: гало-невус. Описан Sutton в 1916 г.

В патогенезе играют роль иммунные факторы.

Клиника. Характеризуется появлением зоны депигментации круглой или овальной формы вокруг пигментного невуса (рис. 3). Более частая локализация: верхняя часть туловища, плечи, шея. Иногда невус сопровождается витилиго, меланоме.

При меланоме невус Саттона имеет крупные размеры. В этом случае невус считается благоприятным признаком, так как меланомы при этом прогрессируют медленно.

Диагноз. При установлении диагноза дифференцируют с меланомой.

Лечение. Хирургическое лечение в случаях нетипичной клиники невуса.

Невус сально-железистый Ядассона (Nevus sebaceous Jadassohn)

Описан Jadassohn (1895).

Развитие невуса, по-видимому, связано с неправильной закладкой сальных желёз в эмбриогенезе.

Клиника. В большинстве случаев невус обнаруживается уже при рождении и реже – в первые годы жизни. Локализуется невус чаще на волосистой части головы. Проявляется невус в виде единичной, плоской или слегка возвышающейся бляшки желтого цвета с вельветоподобной поверхностью, имеет плотную консистенцию, четкие границы и состоит из папуловидных элементов. Иногда на поверхности отмечается рост волос. Размеры бляшек от 0,5 до 9 см в диаметре.

В процессе эволюции примерно у 20% развиваются различные доброкачественные и злокачественные новообразования (сосочковая сириngoцистаденома, сириngoма, трихолеомма, карцинома сальных желез, базалиома). При этом образующиеся злокачественные неоплазии обычно имеют с низкую степень злокачественности, метастазы отмечаются редко.

Диагноз. При установлении диагноза дифференцируют с липоматозным кожным поверхностным невусом.

Лечение хирургическое.

Невус комедовидный (Nevus comedonicus)

Синоним: невус акнейформный. Описал Hoffmann (1895).

Встречается редко. Относят к аденоматозным невусам, отмечают наследственный характер.

Клиника. Обнаруживается при рождении или появляется в первые годы жизни. Чаще отличается односторонним линейным расположением в виде густо расположенных или сгруппированных элементов, напоминающих крупные чёрные комедоны, вдавленные в кожу или выступающие над её поверхностью. Кожа над элементами пигментированная, с неровной поверхностью, морщинистая или имеет нормальный вид.

Иногда в очаге развиваются базалиомы.

Диагноз. При установлении диагноза дифференцируют с угревой болезнью, комедонами семейными дискератотическими.

Лечение. Криодеструкция, дермабразия.

Известны ещё многочисленные невусы, которые встречаются редко или злокачественным потенциалом не обладают. Среди них: невус анемический, невус белый губчатый, невус гладкий, невус липоматозный кожный поверхностный, невус Мейерсона, невус (пламенеющий) пламенный и др.

ПАРАНЕОПЛАЗИИ

Термином «паранеопластические заболевания», или «паранеопластические синдромы» у онкологических больных принято обозначать совокупность неспецифических симптомов, обусловленных отдалённым воздействием опухоли. В их число входят неспецифические нарушения обмена веществ, изменения в крови и кровеносных сосудах, сердечно-сосудистые синдромы, эндокринопатии, парапротеинемии, кожные, мышечные и неврологические синдромы. Злокачественная опухоль является неременным условием возникновения паранеопластического синдрома, хотя в элементах высыпаний при паранеопластических дерматозах её клетки могут отсутствовать.

Одна из важных и широко представленных разновидностей паранеопластических заболеваний – синдромы с поражением кожи.

В последние годы выявляется всё больше случаев, когда считавшиеся ранее самостоятельными кожные заболевания свидетельствуют о наличии опухолевых изменений внутренних органов. Чаще всего относятся к группе онкологического риска больные старших возрастов с дерматозами, не поддающимися обычным методам лечения. Кожные изменения, рассматриваемые как паранеопластические симптомы, заслуживают большого внимания, особенно со стороны онкологов, дерматологов и терапевтов.

Паранеопластические изменения кожи напоминают известный дерматоз, но всегда отличаются от него либо клинической картиной, либо реакцией на системную терапию. Наличие таких особенностей у больных всегда должно вызывать онкологическую настороженность. Целенаправленное обследование больных с паранеопластическими дерматозами способствует выявлению скрытых злокачественных новообразований на ранней стадии развития и даёт дополнительные шансы на излечение онкологических больных.

Заболевания, относимые к паранеопластическим, делят на 3 группы:

1. Облигатные паранеоплазии, развитие которых в зрелом возрасте, как правило, обусловлено злокачественными новообразованиями.

2. Факультативные паранеопластические дерматозы, связь которых со злокачественными новообразованиями внутренних органов статистически предсказуема.

3. Вероятные паранеопластические дерматозы, ассоциируются со злокачественными новообразованиями внутренних органов при определенных особенностях течения дерматоза (прогредиентное течение, частое рецидивирование, отсутствие эффекта от традиционного лечения и др.).

Из выше перечисленных представляет наибольший интерес первая группа заболеваний, на которых мы и остановимся. Это синдром Базекса, злокачественный чёрный акантоз, эритема круговидная Гаммела, гипертрихоз пушковый приобретённый, эритема мигрирующая некролитическая. По нашему мнению, в эту группу следует отнести также синдром карциноидный и синдром множественной невромы слизистых оболочек.

АКРОКЕРАТОЗ ПАРАНЕОПЛАСТИЧЕСКИЙ БАЗЕКСА (Acrokeratosis paraneoplastica Bazex)

Синонимы: псориазиформный акрокератоз Базекса, синдром Базекса.

Заболевание впервые описал А. Bazex (1965).

Этиология и патогенез. Заболевание относится к паранеоплазиям. Развивается на фоне карцином желудочно-кишечного тракта, органов дыхания, полости рта, глотки, гортани, рака предстательной железы. Дерматоз предшествует опухолевому процессу или развивается после выявления злокачественного заболевания. По данным литературы, он в 100% связан со злокачественным заболеванием.

Клиника. Заболевание наблюдается чаще у мужчин (до 90%) старше 40 лет. Поражаются кисти, стопы, нос, уши, щёки и, реже, – волосистая часть головы, колени, локти, туловище, где могут быть эритематозно-сквамозные, псориазоподобные очаги, сопровождающиеся зудом. Пальцы кистей имеют красно-фиолетовый цвет, могут быть утолщены, на их дорсальной поверхности располагаются гиперкератотические, иногда псориазиформные папулы с прочно сидящими чешуйками. На ладонной поверхности эритема более выраженная, наблюдаются явления фолликулярного гиперкератоза и диффузной кератодермии. Наблюдаются паронихии и подногтевой гиперкератоз. На стопах такие же проявления, но более выраженные. Кожа ушей и

носа тёмно-красной окраски, покрыта сухими, плотными, плохо снимающимися чешуйками. Могут быть нумулярные псориазиформные очаги или ихтиозиформные изменения на разгибательных поверхностях конечностей. Сквамозно-эритематозные очаги на лице могут имитировать красную волчанку. Иногда на туловище обнаруживаются множественные телеангиэктазии. Описаны случаи сочетания акрокератоза с синдромом Лезера–Трела.

Гистопатология. Гипер- и паракератоз, акантоз, папилломатоз, сегментарный гипергранулёз. Дерма местами отёчна, диффузная воспалительная реакция с дегенерацией эластических волокон.

Диагноз. При установлении диагноза дифференцируют с кератодермиями, красной волчанкой, болезнью Кирле, акрокератозом Гопфа, псориазом, синдромом Омстеда, кератозластойдозом.

Лечение. Кератолитические мази. После удаления опухолей проявления акрокератоза самопроизвольно исчезают.

ЧЁРНЫЙ АКАНТОЗ (*Acanthosis nigricans*)

Синоним: дистрофия кожи пигментно-сосочковая.

Этиология и патогенез. Предполагается, что чёрный акантоз вызывается гиперсекрецией неизвестного пептида, который образуется при расщеплении пропигментин, либо неспецифическим эффектом гиперинсулинемии. Механизм развития может быть разным, в зависимости от формы. Выделяют злокачественную, доброкачественную (идиопатическую и наследственную), ложную и лекарственную разновидности.

Злокачественный акантоз, являясь безусловной паранеоплазией, в 73% случаев ассоциируется преимущественно с опухолями абдоминальной локализации, при этом у 55% больных – с раком желудка. У 27% опухоли располагаются экстраабдоминально (предстательная железа, легкие, молочные железы и др.). Развитие кожного процесса чаще протекает синхронно с формированием опухоли, реже его появление запаздывает, а в 15–20% случаев предшествует заболеванию раком. Иногда злокачественный акантоз может ассоциироваться с другими паранеопластическими дерматозами (акрокератозом Базекса и др.). По-видимому, акантоз возникает в ответ на продукты катаболизма опухолевых клеток и на глубокие обменные и иммунные нарушения в организме онкологических больных.

Доброкачественный идиопатический акантоз развивается при эндокринных заболеваниях, сопровождающихся инсулинорезистентностью, поликистозе яичников и других состояниях, приводящих к избытку андрогенов, синдроме Иценко-Кушинга, гипотиреозе, первичной надпочечниковой недостаточности, акромегалии, гипогонадизме.

Доброкачественный наследственный акантоз может возникать при некоторых генетических заболеваниях, в том числе сопровождающихся инсулинорезистентностью. Семейная форма, по сравнению с другими, встречается более редко. Она начинается обычно в детстве (иногда обнаруживается при рождении), в пубертатном периоде симптомы её часто усиливаются с последующей стабилизацией.

Псевдоакантоз наблюдается у тучных людей, более выражено – у лиц с тёмным оттенком кожи. При снижении массы тела возможно улучшение или исчезновение проявлений.

Лекарственный акантоз может быть связан с применением никотиновой кислоты, инсулина, питуитарных экстрактов, кортикостероидов, метилтестостерона, фузидиевой кислоты, пероральных контрацептивов, антагонистов фолиевой кислоты.

Клиника. Проявления локализуются в подмышечных впадинах, под молочными железами, в паховых складках, в области шеи, половых органов, вокруг ануса, иногда вокруг рта и глаз. Пораженные участки кожи приобретают бурую или аспидно-чёрную окраску. На этом фоне появляются ворсинчатые и бородавчатые разрастания с явлениями гиперкератоза, усиливается кожный рисунок. В окружности очагов могут наблюдаться себорейные кератомы, пигментные невусы. У некоторых больных папилломатозные разрастания появляются на слизистых рта, пищевода, прямой кишки, влагалища. В части случаев процесс сопровождается ладонно-подошвенной кератодермией, алопецией, дистрофией ногтей.

Гистопатология. Выявляются папилломатоз, акантоз, гиперкератоз, частичная атрофия клеток шиповидного слоя, увеличение содержания меланина в клетках базального слоя. В дерме – неспецифические периваскулярные инфильтраты из лимфоцитов, большое количество меланофоров.

Диагноз. При установлении диагноза дифференцируют с болезнью Дарье, Фокса–Фордайса, токсической меланодермией, синдромом Лоренса–Сейпа.

Лечение. Обследование и лечение у онкологов, гинекологов, эндокринологов, в зависимости от формы заболевания. Ароматические

ретиноиды оказывают хорошее действие, но после их отмены процесс рецидивирует. Применяют смягчающие кремы, в том числе с витамином «А».

ЭРИТЕМА МИГРИРУЮЩАЯ ГИРЛЯНДООБРАЗНАЯ ГАММЕЛА (*Erythema gyratum repens*)

Заболевание впервые описал J.Gammel (1952).

Этиология и патогенез. Рассматривается как неспецифическая аутоиммунная реакция при злокачественных опухолях и относится к паранеопластическим заболеваниям. Вероятность возникновения опухолей почти 100%. Наиболее часто встречается при раке легких, матки, молочной железы, желудка. Иногда эритема встречается у здоровых.

Клиника. Характеризуется появлением множественных, неправильной формы эритематозных пятен, слегка элевирующих и быстро (0,5 – 1 см в сутки) серпигинирующих. Последнее обстоятельство приводит к образованию более крупных пятен гирляндобразных, с отрубевидным шелушением на периферическом валике. Картину сравнивают с рисунком поперечного среза ствола дерева или шкуры зебры. Сыпь в начале появляется на лице, затем распространяется на туловище и конечности и обычно не сопровождается субъективными явлениями. Ладони и подошвы в процесс не вовлекаются. Однако у некоторых больных отмечается мучительный зуд или болезненность элементов.

Встречаются атипичные варианты, при которых высыпания напоминают кольцевидную центробежную эритему Дарье или представляются в виде тяжелой с везикуляцией на поверхности. Описаны случаи, сопровождающиеся одновременным появлением ладонно-подошвенной кератодермии, ихтиоза.

Дерматоз регистрируется у лиц среднего и пожилого возраста. Признаки опухоли обнаруживаются в срок от одного месяца до двух лет после развития эритемы, иногда кожная и онкологическая симптоматика развиваются параллельно. При удалении опухоли сыпь разрешается через 10 дней – 6 недель.

Гистопатология неспецифична. Наблюдают небольшой гиперкератоз с островками паракератоза, легкий спонгиоз, нередко отёк дермы, расширение капилляров, умеренные периваскулярные инфиль-

траты из гистиоцитов и лимфоцитов, иногда с примесью эозинофилов.

Диагноз. При установлении диагноза дифференцируют с центробежной кольцевидной эритемой Дарье, фигурной эритемой Венде, центробежной эритемой Афцелиуса–Липшутца, синдромом глюкагономы, крапивницей, ревматической эритемой Лендорфа–Лейнера.

СИНДРОМ ГЛЮКАГОНОМЫ

Синоним: некролитическая мигрирующая эритема.

Этиология и патогенез. Заболевание является редкой разновидностью паранеопластических дерматозов. Глюкагонома – злокачественная опухоль из альфа-клеток поджелудочной железы, продуцирующая в значительных, превышающих в несколько раз норму, количествах глюкагон. Последний, в свою очередь, повышает уровень глюкозы в крови и является одной из причин развития сахарного диабета у больных с этим новообразованием. Обладая выраженным катаболическим эффектом, глюкагон обуславливает различные дистрофические процессы в коже, слизистых и других тканях.

Клиника. В основном заболеванию подвержены лица старше 45 лет, со значительным преобладанием женщин. Некролитическая эритема – наиболее частое проявление синдрома. Она начинается с появления блуждающих эритематозных пятен или экземоподобных очагов, которые обычно локализуются в области ягодиц, дистальных отделов конечностей, складок, в перианальной и парагенитальной областях, в местах травматизации. Могут вовлекаться слизистые рта и влагалитца. Эритематозные очаги в результате центрального разрешения довольно быстро превращаются в кольцевидные и гирляндобразные (при слиянии) структуры. На поверхности пятен наблюдают вялые пузырьки, фликтены, достигающие размера монеты, иногда средней ладони, и претерпевающие обычную эволюцию полостных элементов. Иногда клиническая картина имеет атипичный характер. В ряде случаев наблюдают диссеминированную эритематозно-везикулёзно-буллёзную сыпь, напоминающую пемфигус, реже встречаются случаи с псориазиформными проявлениями. Симптом Никольского отрицательный. Возможна изоморфная реакция (в зоне наложения лейкопластыря). При разрешении сыпи остаётся стойкая пигментация. Из-за толчкообразного появления высыпаний элементы одновременно могут находиться на разной стадии развития.

Кроме некролитической эритемы, отмечают повышенную ломкость и помутнение ногтей, диффузное поредение волос, паронихии, гиперемиию и отёчность языка, явления стоматита, изъязвления и эрозии в углах рта.

В крови – нормохромная анемия, повышение СОЭ.

Помимо гипергликемии, у больных в сыворотке крови регистрируют резкое снижение уровней аминокислот и цинка, гипохолестеринемиию. Для подтверждения диагноза требуются компьютерная томография и УЗИ поджелудочной железы, определение содержания глюкозагона в плазме натошак (при опухоли оно должно превышать 1000 нг/л, норма – 50–250 нг/л.).

Кожная симптоматика часто предшествует манифестным проявлениям опухоли, при удалении последней она полностью регрессирует. В период обострения могут наблюдаться общие явления с повышением температуры. Прогноз плохой.

В литературе имеются описания случаев некролитической эритемы на фоне цирроза печени без злокачественных опухолей поджелудочной железы, которые расцениваются как синдром псевдоглюкагономы.

Гистопатология. Непостоянный акантоз, паракератоз, в шиповатом слое – клетки с гиперхромными круглыми ядрами, зернистый слой отсутствует, некролиз клеток поверхностных слоёв и образование субкорнеальной полости, акантолиз отсутствует. В эпидермисе и сосочковом слое дермы – повышенное содержание пигмента. В дерме – неспецифические, периваскулярные инфильтраты из полинуклеаров, лимфо-, гистио- и плазмоцитов.

Диагноз. При установлении диагноза дифференцируют с истинной акантолитической пузырьчаткой, герпетиформным импетиго Гебры, доброкачественной семейной пузырьчаткой Гужеро–Хейли–Хейли, подроговым пустулёзом Снеддона-Вилькинсона, герпетиформным дерматозом Дюринга, инфекционной экземой, пустулёзным псориазом, энтеропатическим акродерматитом, центробежной эритемой Дарье, фигурной эритемой Венде.

Лечение. Радикальное удаление глюкагономы, онкологический надзор. У некоторых больных сдвиги в клинике кожных проявлений обеспечивает заместительная пероральная терапия препаратами цинка.

ГИПЕРТРИХОЗ ЛАНУГИНОЗНЫЙ **(Hypertrichosis lanuginose)**

Существуют приобретенная и врождённая формы.

Гипертрихоз ланугинозный приобретенный в большинстве случаев является паранеопластическим. Он ассоциируется со злокачественными опухолями легких, толстого кишечника, молочной железы, яичников, матки, мочевого пузыря, поджелудочной железы, лимфомами, лимфолейкозом. У мужчин преобладает рак легких, у женщин наиболее часто обнаруживают колоректальную карциному. Обычно гипертрихоз начинается после возникновения опухоли, иногда предшествует ей за 1–2 года.

Внезапно начинающийся быстрый рост тонких шелковистых волос на лице, довольно обильных и длинных (в лёгких случаях), и аналогичных волос на туловище (в тяжелых случаях) наблюдается в отсутствие признаков вирилизации. Это может сопровождаться явлениями глоссита, нарушениями вкуса и обоняния, пигментацией слизистой рта, развитием чёрного акантоза, точечной ладонно-подошвенной кератодермии, ихтиозиформных изменений кожи, фолликулярного гиперкератоза, точечных вдавлений на ногтевых пластинках.

Удаление опухоли ведёт к разрешению гипертрихоза.

СИНДРОМ КАРЦИНОИДНЫЙ **(Syndromum carcinoides)**

Синоним: синдром Кассиди–Шольте.

Этиология и патогенез. Кожные проявления при синдроме обусловлены гиперсекрецией серотонина тканями карциноида. Около 60% триптофана переводится у больных в серотонин. В результате нарушения обмена последнего развивается относительная недостаточность триптофана, которая, в свою очередь, ведёт к снижению образования никотинамида, что является причиной возникновения признаков недостаточности витамина РР. При синдроме также происходит нарушение системы гуморальной регуляции организма, что сопровождается извращением секреции и других тканевых аминов – гистамина, катехоламинов, нарушается равновесие кининовых соединений.

Клиника. Характеризуется карциноидом в нижней части тонкого кишечника, изменениями кожи и сердечных клапанов. Иногда карциноид локализуется в сигме, слепой или толстой кишке, изредка в желудке или желчном пузыре. Более подвержены синдрому женщины в возрасте 55–60 лет.

Наиболее характерные проявления со стороны кожи – частые приливы в виде возникновения пятен сначала на лице, затем на руках и верхних отделах туловища, сопровождающиеся резким жжением. Пятна пурпурно-красные, несколько отёчные, иногда сливаются. Цвет кожи между пятнами не изменяется или может быть синеватым. Иногда развиваются разлитой застойный цианоз и покраснение склер. Приливы продолжаются 5–10 минут до 10–12 раз в сутки, особенно они выражены после приёма пищи, тогда они продолжаются до 15–20 минут. Кроме того, приливы могут провоцироваться эмоциональным или физическим напряжением, лекарственными препаратами или возникать спонтанно. На фоне сыпи больные испытывают головокружение, тахикардию, отмечается гипер- или гипотензия. Со временем приливы принимают хронический характер, на коже формируются участки стойкого цианоза, телеангиэктазии, ограниченный склероз, а на коже, подвергшейся солнечной инсоляции, – пеллагроидные изменения. Довольно часто развиваются аллергодерматозы. Изредка наблюдаются изменения, напоминающие склеродермию или пахидермию в области лба и волосистой части головы.

Желудочно-кишечные симптомы выражены сильнее, чем при опухолях, не секретирующих серотонин. Стул частый (до 30 раз в сутки), водянистый, болезненный, без примеси слизи и крови. Отмечается усиленная перистальтика, кишечные шумы слышны на расстоянии. В результате диареи развиваются гипопротеинемия и сдвиги в электролитном балансе (дефицит натрия). В сыворотке крови больных находят гиперсеротонинемия. Сверхпродукция серотонина обычно сопровождается повышенной экскрецией с мочой 5-гидроксииндолуксусной кислоты (часто более 40 мг/день при норме 2–10 мг/день). Проводить её определение следует в суточной моче, при этом в предшествующие 3–4 дня необходимо исключить из рациона пряную пищу, сыры, томаты, красные сливы, баклажаны, грецкие орехи, алкоголь, стрессовые ситуации и физические нагрузки, которые могут спровоцировать дополнительное повышение продукции серотонина. Однако у некоторых больных отсутствует механизм пре-

вращения тканевого амина в 5-гидроксииндолуксусную кислоту, и уровень экскреции последней оказывается в пределах нормы.

Синдром обычно наблюдают при наличии множественных метастазов. Выраженность клиники зависит от общей массы карциноидной ткани.

Синдром Штайнера–Фёрнера (Steiner, Vorner, 1909) также относят к паранеоплазиям; в отличие от синдрома Кассиди–Шольте. Развивается на фоне рака поджелудочной железы, печени или иногда при хронических воспалительных заболеваниях тазовых органов. Кроме приливов, у больных появляются милиарные ангиомы и телеангиэктазии на коже лица.

Диагноз. При установлении диагноза дифференцируют с синдромами Кассирера, Кроу–Фуказе, климаксом.

Лечение. Удаление опухоли сопровождается разрешением кожных проявлений. Приливы могут быть купированы назначением циметидина и клонидина.

СИНДРОМ МНОЖЕСТВЕННОЙ НЕВРОМЫ СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК

Синоним: синдром множественной эндокринной неоплазии.

Этиология и патогенез не изучены. Относится к генетическим заболеваниям с аутосомно-доминантным типом наследования. Сообщается и о частых спорадических случаях.

Клиника. Характеризуется развитием невром слизистых, медуллярной карциномы щитовидной железы, феохромоцитомы и марфанOIDного хабитуса больных. Все 4 признака регистрируются в 50% случаев.

Невромы появляются в детском возрасте и наиболее демонстративными оказываются в полости рта и на конъюнктиве, где они бывают представлены в виде тесно расположенных полусферических узелков мягкой консистенции, некоторые из них располагаются на ножке. Узелки круглые, полупрозрачные, апельсинового цвета, безболезненные. Рост и слияние их могут приводить к значительному увеличению языка и губ. Вовлечение в процесс конъюнктивы влечёт за собой экзофтальм и эктропион; при исследовании щелевой лампой часто обнаруживают удлинение нервов роговицы. Иногда невромы располагаются в гортани (сиплый голос), на слизистой оболочке носа,

на коже. У некоторых больных наблюдаются кофейные пятна и / или лентиго ангиофибромы Коенена.

Медуллярная карцинома щитовидной железы развивается почти у всех больных в возрасте до 25 лет, иногда – в детском возрасте. Феохромоцитомы отмечается у 50% больных. Обе опухоли формируются из хромоаффинных клеток.

Часто констатируется марфаноидный хабитус, другие скелетные аномалии. Больные страдают упорной диареей, возможно, в результате высвобождения медиаторов из карциномы щитовидной железы.

Диагноз. При установлении диагноза дифференцируют с синдромом Мелькерссона–Розенталя, шванномами, амилоидозом, лейомиомами, нейрофибромами, болезнью Кауден.

Существует мнение, что агрессивное поведение опухоли при наличии множественных невром слизистых диктует необходимость проведения ранней профилактической резекции щитовидной железы.

Факультативные паранеопластические дерматозы:

1. Приобретенный паходермопериостоз.
2. Ретикулогистиоцитоз.
3. Опухольиндуцированная криоглобулинемия.
4. Приобретенная кератодермия ладоней и подошв.
5. Приобретенный ихтиоз.
6. Дерматомиозит у взрослых.
7. Буллезный пемфигоид.
8. Синдром Кауден.
9. Врожденный дискератоз.
10. Синдром Гарднера.
11. Синдром Блума.

Вероятные паранеопластические дерматозы:

1. Амилоидоз системный первичный.
2. Болезнь Педжета соска молочной железы.
3. Синдром Свита.
4. Синдром эктопической продукции АКТГ.
5. Паранеопластическая пузырьчатка.
6. Экстрамаммарный рак Педжета.
7. Болезнь Боуэна.
8. Эксфолиативная эритродермия.
9. Кожный зуд.
10. Кожная поздняя порфирия.

11. Синдром Труссо.
12. Мышьяковый кератоз.
13. Ладонный акантоз.
14. Васкулиты кожи.
15. Герпетиформный дерматоз Дюринга.
16. Синдром Лезера–Трела.
17. Эритема кольцевидная центробежная Дарье.
18. Синдром Хоуэлла–Эванса,
19. Пиодермия гангренозная.
20. Склеродермия.
21. Витилиго.
22. Гиперпигментация кожи лица.
23. Многоформная экссудативная эритема, панникулит.
24. Узловатая эритема.
25. Эритемато-сквамозные высыпания в области ягодич и крестца.
26. Генерализованный опоясывающий лишай.
27. Фолликулярный муциноз.
28. Синдром эпидермального невуса.
29. Субкорнеальный пустулёз Снеддона–Уилкинсона.

Другие дерматозы, при которых возможно озлокачествление или ассоциация со злокачественными новообразованиями кожи и внутренних органов:

1. Системная красная волчанка.
2. Вульгарные угри.
3. Гирсутизм.
4. Вульгарная волчанка.
5. Норвежская чесотка.
6. Неопластическая алопеция.
7. Мышьяковый кератоз.
8. Ксеротический облитерирующий баланит.
9. Экзема растрескивающаяся.
10. Эозинофильный фасцит.
11. Эпидермодисплазия верруциформная Левандовского–Лютца.
12. Цветущий оральный папилломатоз.
13. Лейкодерма.
14. Красный плоский лишай, бородавчатая форма.
15. Красный плоский лишай, пемфигоидная форма.
16. Склероатрофический лишай.

17. Меланоз.
18. Ксантомы.
19. Атаксия – телеангиэктазия.
20. Синдром Блума.
21. Синдром Чедиака–Хигаси.
22. Синдром Фанкони.
23. Синдром Маффуччи.
24. Порокератоз Мибелли.
25. Туберозный склероз.
26. Болезнь Хипеля–Ландау.
27. Болезнь Реклингхаузена.
28. Синдром Вернера.
29. Синдром Вискотта–Олдриджа.
30. Пигментная ксеродерма.

В результате катамнестического обследования больных ЦКВИ, страдавших дерматозами, было установлено, что при чёрном акантозе связь заболевания со злокачественной опухолью соответствовала 100%, при приобретенном ихтиозе – 75%, при гиперпигментации кожи – 54%, при болезни Боуэна – 45%, при кожном зуде – 44%, при ладонно-подошвенном гиперкератозе – 38%, при дерматомиозите – 34%, при дерматозе Дюринга – 29%, при сенильных кератомах – 28%, при эритеме Дарье – 25% и при витилиго, развившемся у взрослых, – 25%.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Базалиома

Выберите один или несколько правильных ответов.

1. ЧАСТОТА ВОЗНИКНОВЕНИЯ БАЗАЛИОМЫ В СРАВНЕНИИ СО СПИНОЦЕЛЛЮЛЯРНОЙ ЭПИТЕЛИОМОЙ И МЕЛАНОМОЙ
 - 1)значительно реже спиноцеллюлярной эпителиомы
 - 2)значительно реже меланомы
 - 3)значительно чаще спиноцеллюлярной эпителиомы
 - 4)значительно чаще меланомы

2. ЧАСТОТА ВОЗНИКНОВЕНИЯ МЕТАСТАЗОВ ПРИ БАЗАЛИОМЕ
 - 1)метастазы бывают чаще, чем при спиноцеллюлярной эпителиоме
 - 2)метастазы бывают чаще, чем при меланоме
 - 3)метастазы бывают одинаково часто при базалиоме, меланоме и спиноцеллюлярной эпителиоме
 - 4)метастазы при базалиоме бывают исключительно редко

3. РАЗВИТИЮ БАЗАЛИОМЫ ИНОГДА СПОСОБСТВУЕТ
 - 1)ультрафиолетовое облучение
 - 2)рубец после туберкулёзной волчанки
 - 3)контакт кожи с карценогенами
 - 4)генетические факторы

4. ВОЗРАСТ, В КОТОРОМ ЧАЩЕ ВСЕГО РАЗВИВАЕТСЯ БАЗАЛИОМА
 - 1)до 15 лет
 - 2)16–30 лет
 - 3)31–40 лет
 - 4)41 год и более

5. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ БАЗАЛИОМЫ
 - 1) голова и шея
 - 2) спина и живот
 - 3) нижние конечности
 - 4) верхние конечности

6. ЦВЕТ КОЖИ, КОТОРЫЙ ЧАЩЕ ПОРАЖАЕТ БАЗАЛИОМА
 - 1) светлый
 - 2) желтый
 - 3) коричневый
 - 4) чёрный

7. ОСНОВНЫЕ ТИПЫ БАЗАЛИОМЫ
 - 1) опухолевый тип
 - 2) язвенный тип
 - 3) поверхностный тип
 - 4) сквамозный тип

8. РАЗНОВИДНОСТИ ОПУХОЛЕВОГО ТИПА БАЗАЛИОМЫ
 - 1) крупноузелковая форма
 - 2) конглобированная форма
 - 3) бородавчатая форма
 - 4) мелкоузелковая форма
 - 5) опухоли-язвенная форма

9. РАЗНОВИДНОСТИ ЯЗВЕННОГО ТИПА БАЗАЛИОМЫ
 - 1) разъедающая язва
 - 2) прободающая базалиома
 - 3) вегетирующая базалиома
 - 4) злокачественная базалиома

10. РАЗНОВИДНОСТИ ПОВЕРХНОСТНОГО ТИПА БАЗАЛИОМЫ
 - 1) экземоподобная форма
 - 2) пигментная форма
 - 3) склеродермоподобная форма
 - 4) гиперемическая форма

11. КАКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЕКОМЕНДУЮТ ПРИ БАЗАЛИОМЕ?
 - 1) хирургическое
 - 2) рентгенотерапия

- 3) криотерапия
- 4) антибиотики

Плоскоклеточный рак кожи

Выберите один или несколько правильных ответов.

1. ЗАБОЛЕВАНИЯ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ РАЗВИТИЮ СПИНАЛИОМЫ
 - 1) туберкулезная волчанка
 - 2) болезни, обусловленные вирусами папилломы человека
 - 3) разноцветный лишай
 - 4) мокнущая экзема

2. КАКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОТНОСЯТСЯ К ПРЕКАНЦЕРОЗАМ?
 - 1) пигментная ксеродерма
 - 2) болезнь Педжета
 - 3) болезнь Боуэна
 - 4) себорейная кератома

3. ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ РАЗВИТИЮ СПИНАЛИОМЫ
 - 1) солнечная инсоляция
 - 2) термические ожоги
 - 3) отморожения
 - 4) хронические язвы
 - 5) иммунодепрессия

4. ВЕЩЕСТВА, СПОСОБНЫЕ ОБУСЛОВИТЬ РАЗВИТИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ СПИНАЛИОМЫ
 - 1) сажа
 - 2) каменноугольная смола
 - 3) деготь
 - 4) мазут
 - 5) мышьяк

5. ВОЗРАСТ, В КОТОРОМ ЧАЩЕ РАЗВИВАЕТСЯ ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫЙ РАК
 - 1) до 20 лет

- 2) 21–40 лет
- 3) 41–60 лет
- 4) 61 год и более

6. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ СПИНАЛИОМЫ

- 1) лицо
- 2) верхние конечности
- 3) нижние конечности
- 4) туловище

7. МЕСТО НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ СПИНАЛИОМЫ

- 1) красная кайма губ
- 2) слизистая щеки
- 3) слизистая языка
- 4) слизистая гениталий

8. НА КАКОМ УЧАСТКЕ КОЖИ ВОЗНИКАЮТ МНОГОЧИСЛЕННЫЕ СПИНАЛИОМЫ?

- 1) на лице
- 2) на туловище
- 3) на нижних конечностях
- 4) на волосистой части головы

9. В КАКИХ ЛОКАЛИЗАЦИЯХ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ РАКИ, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ ДЕГТЕМ, ДАЮТ МНОЖЕСТВЕННЫЕ ОЧАГИ?

- 1) предплечье – единичные очаги
- 2) предплечье – множественные очаги
- 3) тыл кистей – единичные очаги
- 4) тыл кистей – множественные очаги

10. ЧАЩЕ ВСЕГО ЗАБОЛЕВАЮТ СПИНАЛИОМОЙ

- 1) мальчики
- 2) мужчины
- 3) девочки
- 4) женщины

11. КАКОВЫ СНОВНЫЕ ТИПЫ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА?
- 1) опухолевый тип
 - 2) атрофический тип
 - 3) язвенный тип
 - 4) лихеноидный тип
12. ЧЕМ ОТЛИЧАЕТСЯ СПИНАЛИОМА ОТ БАЗАЛИОМЫ В НАЧАЛЬНОЙ СТАДИИ ОПУХОЛЕВОГО ТИПА?
- 1) медленным ростом
 - 2) быстрым ростом
 - 3) сильным зудом
 - 4) сильным мокнутием
13. КАКИЕ РАЗНОВИДНОСТИ ВКЛЮЧАЕТ ОПУХОЛЕВЫЙ ТИП?
- 1) гиперкератотическая
 - 2) атрофическая
 - 3) папилломатозная
 - 4) гладкая
14. КАКИЕ РАЗНОВИДНОСТИ ВКЛЮЧАЕТ ЯЗВЕННЫЙ ТИП?
- 1) плоская
 - 2) поверхностная
 - 3) глубокая
 - 4) коримбиформная
15. СПИНАЛИОМА ЧАЩЕ ВСЕГО МЕТАСТАЗИРУЕТ В
- 1) печень
 - 2) легкие
 - 3) кости
 - 4) регионарные лимфатические узлы
16. ПРОФИЛАКТИКА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ СПИНАЛИОМЫ
- 1) избегать чрезмерной инсоляции
 - 2) устранять длительно действующие раздражители
 - 3) устранение предраковых заболеваний
 - 4) выполнение технических и санитарно-гигиенических мероприятий при работе с канцерогенами

Меланома

Выберите один или несколько правильных ответов.

1. МЕЛАНОМА ЧАЩЕ ВСЕГО МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ ИЗ
 - 1)из вульгарных бородавок
 - 2)из плоских бородавок
 - 3)из подошвенных бородавок
 - 4)из пигментных пятен

2. МАЛИГНИЗАЦИИ ПИГМЕНТНОГО НЕВУСА СПОСОБСТВУЕТ
 - 1)оперативное иссечение части пятна
 - 2)механическая травма пятна
 - 3)солнечный ожог пятна
 - 4)использование кератолитической мази с целью отслойки пятна

3. КАКОЙ ЭЛЕМЕНТ ЧАЩЕ ТРАНСФОРМИРУЕТСЯ В МЕЛАНОМУ?
 - 1)меланоз Дюбрея
 - 2)пигментный невус
 - 3)трихофолликулома
 - 4)кожный рог

4. КАК ЧАСТО РАЗВИВАЕТСЯ МЕЛАНОМА НА ФОНЕ ВИДИМО ЗДОРОВОЙ КОЖИ?
 - 1)40%
 - 2)20%
 - 3)10%
 - 4)5%

5. ПРИ ПЕРВИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ МЕЛАНОМЫ ЧАЩЕ ПОРАЖАЕТСЯ
 - 1)кожа
 - 2)слизистые
 - 3)глаза
 - 4)половые органы

6. НАЧАЛЬНЫЕ ПРИЗНАКИ МЕЛАНОМЫ
 - 1)пигментное пятно начинает увеличиваться в размерах

- 2) пигментное пятно начинает уменьшаться в размерах
- 3) пигментное пятно изменяет окраску
- 4) пигментное пятно остается без изменений

7. МЕЛАНОМА В РАННИХ СТАДИЯХ ИМЕЕТ ВЕЛИЧИНУ

- 1) от булавочной головки до 1–2 см
- 2) 3–4 см
- 3) 5–6 см
- 4) 7–8 см диаметром

8. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЙ ДИАМЕТР РАЗВИВШЕЙСЯ МЕЛАНОМЫ

- 1) не более 0,5 см
- 2) 1–3 см
- 3) 4–5 см
- 4) 7–8 см

9. В КАКИХ СЛУЧАЯХ МОЖНО ДУМАТЬ О МЕЛАНОМЕ?

- 1) если увеличивающееся пятно имеет светло- или темно-коричневый тон
- 2) если увеличивающееся пятно имеет красновато-багровый тон
- 3) если увеличивающееся пятно имеет сине-черный или черный тон
- 4) если увеличивающееся пятно не имеет пигмента

10. ПОДНОГТЕВУЮ МЕЛАНОМУ ЧАЩЕ ДИФФЕРЕНЦИРУЮТ С

- 1) лейконихией
- 2) подногтевой гематомой
- 3) подногтевой вульгарной бородавкой
- 4) онихомикозом
- 5) панарицием

11. ПРИЗНАКИ ПОДНОГТЕВОЙ МЕЛАНОМЫ

- 1) темное увеличивающееся пятно под ногтем
- 2) отечность и образование опухоли
- 3) разрушение ногтя
- 4) кровотечение

12. НА ФОНЕ КАКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ РАЗВИВАЕТСЯ МЕЛАНОМА ВУЛЬВЫ?

- 1)на фоне остроконечных кондилом
- 2)на фоне дискератозов
- 3)на фоне лейкоплакии, крауроза
- 4)на фоне трихомоноза

13. В КАКОМ ВОЗРАСТЕ ЧАЩЕ РАЗВИВАЕТСЯ МЕЛАНОМА ВУЛЬВЫ?

- 1)до 20 лет
- 2)21–40 лет
- 3)41–60 лет
- 4)61–80 лет

14. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ МЕЛАНОМЫ ВУЛЬВЫ

- 1)образование желтоватой, коричневой или черной окраски
- 2)гладкая или бородавчатая поверхность
- 3)диаметр образования 0,5–3 см
- 4)увеличивающиеся регионарные лимфатические узлы

15. РЕДКАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕЛАНОМЫ

- 1)легкие
- 2)желудок
- 3)печень
- 4)влагалище

16. КАКОВЫ НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЕ МЕТАСТАЗЫ МЕЛАНОМЫ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА?

- 1)лимфатические узлы корней лёгких
- 2)паховые лимфатические узлы
- 3)подвздошные лимфатические узлы
- 4)подмышечные лимфатические узлы

17. КАКОВЫ НЕИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО МЕЛАНОМОЙ?

- 1)сиаскопия
- 2)дерматоскопия
- 3)конфокальная микроскопия
- 4)люминесцентная микроскопия

18. ВОЗМОЖНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ЧАСТИЧНОГО ИССЕЧЕНИЯ ПИГМЕНТНОГО НЕВУСА

- 1) остатки невуса регрессируют
- 2) остатки невуса очень медленно заживают
- 3) вокруг возникают новые доброкачественные пигментные невусы
- 4) произойдет малигнизация пигментного невуса

19. КТО ДОЛЖЕН ЛЕЧИТЬ БОЛЬНОГО МЕЛАНОМОЙ ПРИ ЕЁ ЛОКАЛИЗАЦИИ НА ЛИЦЕ?

- 1) косметолог
- 2) дерматолог
- 3) хирург
- 4) онколог

20. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЕ МЕТАСТАЗИРОВАНИЕ МЕЛАНОМЫ БЫВАЕТ

- 1) в кожу и лимфатические узлы
- 2) легкие и печень
- 3) надпочечники и почки
- 4) поджелудочную железу

21. НАИБОЛЕЕ РЕДКОЕ МЕТАСТАЗИРОВАНИЕ МЕЛАНОМЫ БЫВАЕТ

- 1) в мозг
- 2) в кости
- 3) в селезенку
- 4) в желчный пузырь

22. ВОЗМОЖНОЕ НАИБОЛЬШЕЕ ЧИСЛО МЕТАСТАЗОВ ПРИ КОЖНОМ ТИПЕ МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ

- 1) до 10
- 2) до 50
- 3) до 100
- 4) более 100

23. В КАКИХ ЛИМФОУЗЛАХ ПРИ МЕЛАНОМЕ МОГУТ БЫТЬ ОБНАРУЖЕНЫ ОПУХОЛЕВЫЕ КЛЕТКИ?

- 1) в крупных изъязвившихся
- 2) в крупных неизъязвившихся

- 3) в немного увеличенных
- 4) в непальпируемых

24. В ЧЕМ СОСТОИТ ПРОФИЛАКТИКА МЕЛАНОМЫ

- 1) оберегать детей и подростков от солнечных ожогов
- 2) использовать защитную одежду от солнечных лучей
- 3) не травмировать пигментные невусы
- 4) не практиковать частичное иссечение различных пигментных пятен

**Кератоакантома,
Гигантская остроконечная кондилома Бушке–Левенштайна,
Карциноидный папилломатоз кожи Готтрона**

Выберите один или несколько правильных ответов.

- 1. **ПРЕИМУЩЕСТВЕННЫЙ ВОЗРАСТ ЗАБОЛЕВАНИЙ КЕРАТОАКАНТОМОЙ**
 - 1) до 15 лет
 - 2) 16–25 лет
 - 3) 26–40 лет
 - 4) 41 год и более

- 2. **КОНТИНГЕНТ, ЧАЩЕ БОЛЕЮЩИЙ КЕРАТОАКАНТОМОЙ**
 - 1) мужчины
 - 2) женщины
 - 3) мальчики
 - 4) девочки

- 3. **ПРЕИМУЩЕСТВЕННАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ КЕРАТОАКАНТОМЫ**
 - 1) лицо
 - 2) голова
 - 3) кисти, предплечья
 - 4) голени, стопы

- 4. **ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ КЕРАТОАКАНТОМЫ**
 - 1) инсоляция
 - 2) влияние ветра
 - 3) травмы
 - 4) влияние холода

5. ПРЕИМУЩЕСТВЕННАЯ ВЕЛИЧИНА КЕРАТОАКАНТОМЫ
 - 1) 1–2 см
 - 2) 3–4 см
 - 3) 5–6 см
 - 4) 7–8 см

6. НАИБОЛЕЕ БЫСТРЫЙ РОСТ КЕРАТОАКАНТОМЫ ПРОИСХОДИТ
 - 1) в первые 10 дней с момента появления
 - 2) через 11–20 дней после появления
 - 3) через 21–30 дней
 - 4) через 31–40 дней

7. АТИПИЧНЫЕ КЕРАТОАКАНТОМЫ
 - 1) множественная
 - 2) гигантская
 - 3) веррукозная
 - 4) вегетирующая

8. ПРЕИМУЩЕСТВЕННАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ СУЩЕСТВОВАНИЯ КЕРАТОАКАНТОМЫ
 - 1) 2–3 месяца
 - 2) 4–6 месяцев
 - 3) 7–9 месяцев
 - 4) 10–12 месяцев

9. ПОСЛЕДСТВИЯ КЕРАТОАКАНТОМЫ
 - 1) преимущественно трансформируется в меланому
 - 2) преимущественно трансформируется в спиноцеллюлярную эпителиому
 - 3) преимущественно трансформируется в базалиому
 - 4) преимущественно проходит самопроизвольно

10. КЕРАТОАКАНТОМУ СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ
 - 1) с плоскоклеточным раком
 - 2) вульгарной бородавкой
 - 3) старческой кератомой
 - 4) гигантским контагиозным моллюском

11. ПРЕИМУЩЕСТВЕННАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ГИГАНТСКОЙ ОСТРОКОНЕЧНОЙ КОНДИЛОМЫ БУШКЕ–ЛЕВЕНШТАЙНА
- 1) на половом члене
 - 2) на животе
 - 3) на спине
 - 4) на волосистой части головы
12. ПРЕИМУЩЕСТВЕННЫЙ КОНТИНГЕНТ, БОЛЕЮЩИЙ ГИГАНТСКОЙ ОСТРОКОНЕЧНОЙ КОНДИЛОМОЙ БУШКЕ–ЛЕВЕНШТАЙНА
- 1) мальчики
 - 2) девочки
 - 3) мужчины
 - 4) женщины
13. ЭТИОЛОГИЯ ГИГАНТСКОЙ ОСТРОКОНЕЧНОЙ КОНДИЛОМЫ БУШКЕ–ЛЕВЕНШТАЙНА
- 1) бактериальная
 - 2) вирусная
 - 3) грибковая
 - 4) иммунологическая
14. ПОВЕРХНОСТЬ ГИГАНТСКОЙ ОСТРОКОНЕЧНОЙ КОНДИЛОМЫ БУШКЕ–ЛЕВЕНШТАЙНА
- 1) гладкая, блестящая
 - 2) покрыта множественными папилломами, напоминающими цветную капусту
 - 3) покрыта корками желтоватого цвета
 - 4) имеет эрозии, язвы и трещины
15. РЕГИОНАРНЫЕ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ ПРИ ГИГАНТСКОЙ ОСТРОКОНЕЧНОЙ КОНДИЛОМЕ БУШКЕ–ЛЕВЕНШТАЙНА
- 1) увеличены, но не спаяны с окружающими тканями
 - 2) увеличены и спаяны с окружающими тканями
 - 3) увеличиваются через 5–6 месяцев болезни
 - 4) остаются интактными в течение всего периода болезни

16. ПРИ УСТАНОВЛЕНИИ ДИАГНОЗ ГИГАНТСКАЯ ОСТРОКОНЕЧНАЯ КОНДИЛОМА БУШКЕ–ЛЕВЕНШТАЙНА СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ
- 1) с плоскоклеточным раком
 - 2) бородавчатым раком полового члена
 - 3) остроконечными кондиломами
 - 4) широкими кондиломами
17. МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ГИГАНТСКОЙ ОСТРОКОНЕЧНОЙ КОНДИЛОМЫ БУШКЕ–ЛЕВЕНШТАЙНА
- 1) антибиотикотерапия
 - 2) антималярийные препараты
 - 3) хирургическое лечение
 - 4) рентгенотерапия
18. КАРЦИНОИДНЫЙ ПАПИЛЛОМАТОЗ КОЖИ ГОТТРОНА ИМЕЕТ КЛИНИЧЕСКОЕ И ГИСТОЛОГИЧЕСКОЕ СХОДСТВО
- 1) с псориазом,
 - 2) с т-клеточной лимфомой
 - 3) с плоскоклеточным раком
 - 4) с базалиомой
19. ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ КАРЦИНОИДНОГО ПАПИЛЛОМАТОЗА КОЖИ ГОТТРОНА
- 1) травмы
 - 2) воспалительные заболевания
 - 3) длительный приём цитостатиков
 - 4) вирусная инфекция
20. ПРЕИМУЩЕСТВЕННАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ КАРЦИНОИДНОГО ПАПИЛЛОМАТОЗА КОЖИ ГОТТРОНА
- 1) волосистая часть головы
 - 2) верхние конечности
 - 3) туловище
 - 4) нижние конечности
21. ПОВРХНОСТЬ ОЧАГА КАРЦИНОИДНОГО ПАПИЛЛОМАТОЗА КОЖИ ГОТТРОНА МОЖЕТ БЫТЬ ПОКРЫТА
- 1) опухолевидными образованиями

- 2) вегетациями
- 3) эрозиями
- 4) корками

22. МАКСИМАЛЬНАЯ ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ТЕЧЕНИЯ КАРЦИНОИДНОГО ПАПИЛЛОМАТОЗА КОЖИ ГОТТРОНА

- 1) 1–2 года
- 2) 3–5 лет
- 3) 6–10 лет
- 4) десятилетия

23. ЛИМФОУЗЛЫ ПРИ КАРЦИНОИДНОМ ПАПИЛЛОМАТОЗЕ КОЖИ ГОТТРОНА

- 1) увеличиваются, но не спаиваются с окружающими тканями
- 2) увеличиваются рано и спаиваются с окружающими тканями
- 3) нагнаиваются и изъязвляются
- 4) в патологический процесс не вовлекаются

24. КАРЦИНОИДНЫЙ ПАПИЛЛОМАТОЗ КОЖИ ГОТТРОНА ДИФФЕРЕНЦИРУЮТ

- 1) с плоскоклеточным раком
- 2) с хронической вегетирующей пиодермией Азуа
- 3) с бородавчатым туберкулёзом кожи
- 4) с глубокими микозами

25. МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ КАРЦИНОИДНОГО ПАПИЛЛОМАТОЗА КОЖИ ГОТТРОНА

- 1) хирургическое
- 2) рентгенотерапия
- 3) антибиотикотерапия
- 4) антималярийные препараты

Лейкоплакия, Крауроз

Выберите один или несколько правильных ответов.

1. СПОСОБСТВОВАТЬ РАЗВИТИЮ ЛЕЙКОПЛАКИИ МОЖЕТ СПОСОБСТВОВАТЬ

- 1) недостаток в пище витамина «Д»

- 2) курение
- 3) алкоголь
- 4) острая пища
- 5) всё перечисленное

2. ЛЕЙКОПЛАКИЯ ЧАЩЕ РАЗВИВАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ

- 1) до 20 лет
- 2) 21–40 лет
- 3) 41–50 лет
- 4) 51–70 лет

3. ЛЕЙКОПЛАКИЯ МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ НА

- 1) ладонях и подошвах
- 2) туловище и конечностях
- 3) волосистой части головы
- 4) слизистых рта и гениталий

4. ДЛЯ ЛЕЙКОПЛАКИИ КЛИНИЧЕСКИ ХАРАКТЕРНО

- 1) ороговение слизистой
- 2) беловато-сероватый цвет слизистой
- 3) мокнущие в очаге
- 4) белый, легко снимающийся налёт

5. В ОЧАГЕ РАЗВИВШЕЙСЯ ЛЕЙКОПЛАКИИ ПОЯВЛЯЮТСЯ НОВЫЕ СЛОИ ЭПИТЕЛИЯ

- 1) рогового слоя
- 2) зернистого слоя
- 3) шиповидного слоя
- 4) базального слоя

6. ЧАЩЕ ТРАНСФОРМИРУЕТСЯ В РАК СЛЕДУЮЩАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ФОРМА ЛЕЙКОПЛАКИИ

- 1) плоская
- 2) веррукозная
- 3) эрозивно-язвенная
- 4) ни одна из перечисленных

7. БОЛЬНОМУ ЛЕЙКОПЛАКИЕЙ СЛЕДУЕТ СОВЕТОВАТЬ

- 1) отказ от острых, горячих и прочих раздражающих блюд

- 2)отказ от курения
- 3)отказ от алкоголя
- 4)устранение травмирующих факторов
- 5)устранение патологии желудочно-кишечного тракта

8. БОЛЬНОМУ ЛЕЙКОПЛАКИЕЙ МОЖНО РЕКОМЕНДОВАТЬ

- 1)витамины «А», «Е», группы «В»
- 2)электрофорез лидазы
- 3)метилурациловую мазь, солкосерил
- 4)тетрациклиновую мазь

9. ФАКТОР, ОБУСЛОВЛИВАЮЩИЙ РАЗВИТИЕ КРАУРОЗА

- 1)нарушение функции нервной системы
- 2)нарушение функции эндокринной системы
- 3)нарушение функции желудочно-кишечного тракта
- 4)многочисленные роды

10. КЛИНИКА КРАУРОЗА ВУЛЬВЫ

- 1)гипертрофия клитора и малых половых губ
- 2)гипертрофия больших половых губ
- 3)атрофия клитора и малых половых губ
- 4)атрофия больших половых губ

11. КЛИНИКА КРАУРОЗА ПОЛОВОГО ЧЛЕНА

- 1)кожа головки полового члена и внутреннего листка крайней плоти резко гиперемирована и отёчна
- 2)кожа головки полового члена и внутреннего листка крайней плоти атрофирована, сухая, склерозирована и сужено препуциальное кольцо.
- 3)кожа головки полового члена и внутреннего листка крайней плоти покрыта белым, легко снимающимся налётом
- 4)на коже внутреннего листка крайней плоти и головки полового члена имеются плоские, блестящие, полигональные папулы с пупкообразным вдавлением в центре.

Эритроплазия Кейра

Выберите один или несколько правильных ответов.

1. ПРИ ЭРИТРОПЛАЗИИ КЕЙРА ПОРАЖАЕТСЯ
 - 1)кожа ладоней и подошв
 - 2)кожа головки полового члена и крайней плоти
 - 3)волосистая часть головы
 - 4)малые половые губы и клитор

2. ПРЕДПОЛАГАЕМЫЙ ФАКТОР, СПОСОБСТВУЮЩИЙ РАЗВИТИЮ ЭРИТРОПЛАЗИИ КЕЙРА
 - 1)хроническое раздражение смегмой
 - 2)раздражение дезинфицирующими средствами
 - 3)частое мытьё с мылом
 - 4)частые половые связи

3. ЭРИТРОПЛАЗИЕЙ КЕЙРА ЧАЩЕ БОЛЕЮТ
 - 1)преимущественно женщины
 - 2)преимущественно мужчины
 - 3)преимущественно девочки
 - 4)преимущественно мальчики

4. ПРЕИМУЩЕСТВЕННЫЙ ВОЗРАСТ БОЛЬНЫХ ЭРИТРОПЛАЗИЕЙ КЕЙРА
 - 1)до 15 лет
 - 2)16–30 лет
 - 3)31–50 лет
 - 4)51–70 лет

5. КЛИНИКА ЭРИТРОПЛАЗИИ КЕЙРА
 - 1)на головке полового члена имеется очаг округлой формы, насыщенно красного цвета, с плоской волнистой блестящей поверхностью
 - 2)на головке полового члена имеется очаг, полностью покрытый беловатым, легко снимающимся налётом.
 - 3)на головке полового члена и крайней плоти имеется разлитая гиперемия, отёк и дурной запах

- 4) на головке полового члена имеются множественные плоские, блестящие, полигональные папулы с пупкообразным вдавлением в центре.

Болезнь Боуэна

Выберите один или несколько правильных ответов.

1. РАЗВИТИЮ БОЛЕЗНИ БОУЭНА МОГУТ СПОСОБСТВОВАТЬ СЛЕДУЮЩИЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ
 - 1) длительная травматизация
 - 2) переохлаждение
 - 3) инсоляция
 - 4) старческие изменения кожи
 - 5) всё верно

2. ВОЗРАСТ, В КОТОРОМ ЧАЩЕ РАЗВИВАЕТСЯ БОЛЕЗНЬ БОУЭНА
 - 1) до 15 лет
 - 2) 16–30 лет
 - 3) 31–45 лет
 - 4) 46–65 лет

3. ПРИ БОЛЕЗНИ БОУЭНА МОГУТ РАЗВИВАТЬСЯ СЛЕДУЮЩИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ
 - 1) экземоподобная
 - 2) гиперкератотическая
 - 3) веррукозная
 - 4) папуло-некротическая

4. БОЛЕЗНЬ БОУЭНА ЧАЩЕ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ
 - 1) на волосистой части головы и ушных раковинах
 - 2) на нижних конечностях
 - 3) на слизистых
 - 4) в области гениталий и ануса

Болезнь Педжета

Выберите один или несколько правильных ответов.

1. БОЛЕЗНЬЮ ПЕДЖЕТА ЧАЩЕ БОЛЕЮТ
 - 1) мужчины
 - 2) женщины
 - 3) мальчики
 - 4) девочки

2. БОЛЕЗНЬЮ ПЕДЖЕТА ЧАЩЕ ЗАБОЛЕВАЮТ В ВОЗРАСТЕ
 - 1) до 15 лет
 - 2) 16–30 лет
 - 3) 31–40 лет
 - 4) 41 год и старше

3. ПРЕДПОЛАГАЕМЫЕ ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ БОЛЕЗНИ ПЕДЖЕТА
 - 1) травмы
 - 2) антибиотикотерапия
 - 3) рубцы
 - 4) гормональная терапия

4. БОЛЕЗНЬ ПЕДЖЕТА ДИФФЕРЕНЦИРУЮТ
 - 1) с базалиомой
 - 2) с инфекционной экземой
 - 3) со склероатрофическим лихеном
 - 4) с первичным сифилисом

5. К ПРИМЕНЯЕМЫМ СРЕДСТВАМ И МЕТОДАМ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ ПЕДЖЕТА ОТНОСЯТСЯ
 - 1) проспидин
 - 2) пенициллин
 - 3) рентгенотерапия
 - 4) хирургическое лечение

**Меланоз Дюбрея,
Эпидермодисплазия верруциформная Левандовского–Лютца,
Ксеродерма пигментная**

Выберите один или несколько правильных ответов.

1. **НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ОЧАГОВ МЕЛАНОЗА ДЮБРЕЯ ЯВЛЯЮТСЯ**
 - 1) открытые части тела
 - 2) закрытые части тела
 - 3) ладони и подошвы
 - 4) волосистая часть головы

2. **МЕЛАНОЗОМ ДЮБРЕЯ ЧАЩЕ БОЛЕЮТ В ВОЗРАСТЕ**
 - 1) до 15 лет
 - 2) 16–30 лет
 - 3) 31–50 лет
 - 4) 51 год и старше

3. **ЧАСТОТА ТРАНСФОРМАЦИИ МЕЛАНОЗА ДЮБРЕЯ В МЕЛАНОМУ**
 - 1) до 24%
 - 2) 25–50%
 - 3) 51–75%
 - 4) 76–100%

4. **ТРАНСФОРМАЦИИ МЕЛАНОЗА ДЮБРЕЯ В МЕЛАНОМУ СПОСОБСТВУЮТ**
 - 1) механические травмы
 - 2) психические травмы
 - 3) инсоляция
 - 4) несоблюдение диеты

5. **ПРИЗНАКИ МАЛИГНИЗАЦИИ МЕЛАНОЗА ДЮБРЕЯ**
 - 1) эритема
 - 2) папилломатоз
 - 3) гиперкератоз
 - 4) трещины

6. ЭТИОЛОГИЯ ЭПИДЕРМОДИСПЛАЗИИ ВЕРРУЦИФОРМНОЙ ЛЕВАНДОВСКОГО-ЛЮТЦА
- 1) бактериальная
 - 2) вирусная
 - 3) аллергическая
 - 4) грибковая
7. ЭПИДЕРМОДИСПЛАЗИЯ ВЕРРУЦИФОРМНАЯ ЛЕВАНДОВСКОГО-ЛЮТЦА ЧАЩЕ НАЧИНАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ
- 1) до 15 лет
 - 2) 16–30 лет
 - 3) 31–50 лет
 - 4) 51 год и более
8. ПРЕИМУЩЕСТВЕННОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ БОРОДАВЧАТЫХ ВЫСЫПАНИЙ ПРИ ЭПИДЕРМОДИСПЛАЗИИ ВЕРРУЦИФОРМНОЙ ЛЕВАНДОВСКОГО-ЛЮТЦА ЯВЛЯЕТСЯ
- 1) волосистая часть головы
 - 2) живот
 - 3) спина
 - 4) верхние и нижние конечности
9. ПРИ ЭПИДЕРМОДИСПЛАЗИИ ВЕРРУЦИФОРМНОЙ ЛЕВАНДОВСКОГО-ЛЮТЦА ИЗОМОРФНУЮ РЕАКЦИЮ МОЖНО УСТАНОВИТЬ ПО
- 1) слиянию элементов
 - 2) обилию элементов
 - 3) линейному расположению элементов
 - 4) расположению элементов в виде колец
10. О ПРЕИМУЩЕСТВЕННОЙ ВОЗМОЖНОСТИ ТРАНСФОРМАЦИИ ЭЛЕМЕНТОВ ЭПИДЕРМОДИСПЛАЗИИ ВЕРРУЦИФОРМНОЙ ЛЕВАНДОВСКОГО-ЛЮТЦА В РАК МОЖНО СКАЗАТЬ, ЧТО
- 1) трансформация в рак не наблюдается
 - 2) трансформация в рак составляет 1–10%
 - 3) трансформация в рак составляет 12–75%
 - 4) трансформация в рак составляет 100%

11. ВОЗМОЖНАЯ ГЛАВНАЯ ПРИЧИНА ВОЗНИКНОВЕНИЯ КСЕРОДЕРМЫ ПИГМЕНТНОЙ
- 1) переохлаждение
 - 2) перегревание
 - 3) аутосомно-доминантный тип наследования
 - 4) аутосомно-рецессивный тип наследования
12. ФАКТОР, ВЛИЯЮЩИЙ НА ОБОСТРЕНИЕ ПИГМЕНТНОЙ КСЕРОДЕРМЫ
- 1) сильный ветер
 - 2) переохлаждение
 - 3) перегревание
 - 4) солнечная инсоляция
13. ПИГМЕНТНАЯ КСЕРОДЕРМА МОЖЕТ ТРАНСФОРМИРОВАТЬСЯ
- 1) в меланому
 - 2) в саркому
 - 4) в базалиому
 - 5) в эпителиому
14. ПИГМЕНТНУЮ КСЕРОДЕРМУ ДИФФЕРЕНЦИРУЮТ
- 1) со световой оспой
 - 2) с мастоцитозом
 - 3) с недержанием пигмента
 - 4) с пойкилодермией

Невус

Выберите один или несколько правильных ответов.

1. ВРОЖДЁННЫЕ МЕЛАНОЦИТАРНЫЕ НЕВУСЫ ПО ВЕЛИЧИНЕ ВСТРЕЧАЮТСЯ
- 1) мелкие
 - 2) средние
 - 3) крупные
 - 4) гигантские

2. ВРОЖДЁННЫЕ МЕЛАНОЦИТАРНЫЕ НЕВУСЫ ОБНАРУЖИВАЮТСЯ
 - 1) у новорожденных
 - 2) в течение первого года жизни
 - 3) в возрасте 5–10 лет
 - 4) в возрасте 11–20 лет

3. РИСК РАЗВИТИЯ МЕЛАНОМЫ ПРИ ВРОЖДЁННЫХ МЕЛАНОЦИТАРНЫХ НЕВУСАХ СОСТАВЛЯЕТ
 - 1) от 1 до 20%
 - 2) от 21 до 30%
 - 3) от 31 до 40%
 - 4) от 41% и более

4. ИЗ ОБЩЕГО ЧИСЛА МЕЛАНОЦИТАРНЫХ НЕВУСОВ (РОДИМЫХ ПЯТЕН) ОТНОСИТСЯ К ВРОЖДЁННЫМ
 - 1) 1–2,5%
 - 2) 3–5%
 - 3) 6–10%
 - 4) 11–20%

5. ПОЯВЛЕНИЮ РОДИМЫХ ПЯТЕН СПОСОБСТВУЕТ
 - 1) перегревание
 - 2) переохлаждение
 - 3) солнечная инсоляция
 - 4) всё перечисленное

6. РОДИМЫЕ ПЯТНА ИМЕЮТ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ
 - 1) низкий
 - 2) средний
 - 3) высокий
 - 4) очень высокий

7. В ОЧАГЕ ЭПИДЕРМАЛЬНОГО ЛИНЕЙНОГО НЕВУСА МОГУТ РАЗВИТЬСЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ
 - 1) базалиома
 - 2) спиналиома

- 3) меланома
- 4) трихоэпителиома

8. МАЛИГНИЗАЦИЯ НЕВУСА СПИТЦ БЫВАЕТ

- 1) крайне редко
- 2) часто
- 3) очень часто
- 4) не бывает

9. СЕМЕЙНЫЙ НЕВУС БЕККЕРА ТРАНСФОРМИРУЕТСЯ В МЕЛАНОМУ

- 1) очень редко
- 2) часто
- 3) очень часто
- 4) в меланому не трансформируется

10. КЛИНИКА НЕВУСА САТТОНА – ЭТО

- 1) только пятно коричневого цвета
- 2) в центре пятно гипопигментации, а по периферии пигментный невус
- 3) в центре пигментный невус, а вокруг зона гипопигментации
- 4) очаг только гипопигментации

11. САЛЬНО-ЖЕЛЕЗИСТЫЙ НЕВУС ТРАНСФОРМИРУЕТСЯ В ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ И ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ

- 1) у 20% пациентов
- 2) у 21–30%
- 3) у 31–40%
- 4) более 40%

12. НЕВУС КОМЕДОВИДНЫЙ МОЖЕТ ТРАНСФОРМИРОВАТЬСЯ

- 1) в меланому
- 2) в эпителиому
- 3) в базалиому
- 4) в трихоэпителиому

Кожный рог, Старческая бородавка, Старческая кератома

1. КОЖНЫЙ РОГ ЧАЩЕ БЫВАЕТ В ВОЗРАСТЕ
 - 1) до 10 лет
 - 2) 11–30 лет
 - 3) 31–50 лет
 - 4) 51 год и старше

2. КОЖНЫЙ РОГ ЧАЩЕ БЫВАЕТ
 - 1) на волосистой части головы
 - 2) на открытых частях тела
 - 3) на закрытых частях тела
 - 4) одинаково на всех частях тела

3. КОЖНЫЙ РОГ ЧАЩЕ ТРАНСФОРМИРУЕТСЯ
 - 1) в меланому
 - 2) в базалиому
 - 3) в эпителиому
 - 4) в трихофолликулому

4. О МАЛИГНИЗАЦИИ КОЖНОГО РОГА СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ
 - 1) болезненность
 - 2) уплотнение
 - 3) воспалительные явления
 - 4) ускорение роста образования

5. СЕБОРЕЙНЫЕ БОРОДАВКИ ЧАЩЕ БЫВАЮТ В ВОЗРАСТЕ
 - 1) до 15 лет
 - 2) 16–30 лет
 - 3) 31–40 лет
 - 4) 41 год и более

6. СЕБОРЕЙНЫЕ БОРОДАВКИ ЧАЩЕ ПОДВЕРГАЮТСЯ РАКОВОМУ ПЕРЕРОЖДЕНИЮ НА
 - 1) волосистой части головы
 - 2) туловище
 - 3) нижних конечностях
 - 4) лице

7. СЕБОРЕЙНАЯ БОРОДАВКА МОЖЕТ ТРАНСФОРМИРОВАТЬСЯ В
- 1) эпителиому
 - 2) базалиому
 - 3) меланому
 - 4) трихоэпителиому
8. О СИМПТОМЕ ЛЕЗЕРА–ТРЕЛА МОЖНО ДУМАТЬ
- 1) при единичных себорейных бородавках
 - 2) при медленно развившихся в большом количестве себорейных бородавках
 - 3) при быстро появившемся большом количестве себорейных бородавок, увеличившихся в своих размерах.
 - 4) при локализации себорейных бородавок на лице
9. СТАРЧЕСКАЯ КЕРАТОМА ЧАЩЕ ПОЯВЛЯЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ
- 1) до 20 лет
 - 2) 21–40 лет
 - 3) 41–60 лет
 - 4) 61 год и более
10. ЧАСТОТА МАЛИГНИЗАЦИИ СТАРЧЕСКОЙ КЕРАТОМЫ СОСТАВЛЯЕТ
- 1) до 10%
 - 2) 11–25%
 - 3) 26–35%
 - 4) 36–50%

**Акрокератоз, Акантоз паранеопластическому Базекса,
Чёрный акантоз**

Выберите один или несколько правильных ответов.

1. АКРОКЕРАТОЗ ПАРАНЕОПЛАСТИЧЕСКИЙ БАЗЕКСА РАЗВИВАЕТСЯ НА ФОНЕ
- 1) базалиомы
 - 2) спиналиомы
 - 3) меланомы
 - 4) актиномикоза

2. СИНДРОМ БАЗЕКСА ЧАЩЕ РАЗВИВАЕТСЯ У
 - 1) женщин до 40 лет
 - 2) женщин после 40 лет
 - 3) мужчин до 40 лет
 - 4) мужчин после 40 лет

3. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ СИНДРОМА БАЗЕКСА В ОБЛАСТИ КИСТЕЙ И СТОП
 - 1) эритема
 - 2) фолликулярный гиперкератоз
 - 3) кератодермия
 - 4) паронихии
 - 5) подногтевой гиперкератоз

4. СИНДРОМ БАЗЕКСА ИСЧЕЗАЕТ ПОЛНОСТЬЮ ПОСЛЕ
 - 1) антибиотикотерапии
 - 2) гормональной терапии
 - 3) использования смягчающих кремов
 - 4) удаления опухоли.

5. РАЗНОВИДНОСТИ ЧЁРНОГО АКАНТОЗА
 - 1) злокачественный акантоз
 - 2) доброкачественный идиопатический акантоз
 - 3) доброкачественный наследственный акантоз
 - 4) псевдоакантоз
 - 5) лекарственный акантоз

6. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА РАЗВИТИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО АКАНТОЗА
 - 1) туберкулёз легких
 - 2) актиномикоз абдоминальный
 - 3) рак желудка
 - 4) воспаление легких

7. ИЗМЕНЕНИЯ КОЖИ ПРИ ЧЁРНОМ АКАНТОЗЕ ПРОИСХОДЯТ
 - 1) в подмышечных впадинах
 - 2) под молочными железами у женщин
 - 3) в области гениталий
 - 4) на голенях

8. В ОЧАГАХ ЧЁРНОГО АКАНТОЗА

- 1) кожа приобретает бурую окраску
- 2) кожа приобретает чёрную окраску
- 3) кожа полностью лишается пигмента
- 4) появляются ворсинчатые, бородавчатые, папилломатозные разрастания

**Эритема мигрирующая гирляндобразная Гаммела,
Синдром глюкоганомы, Гипертрихоз ланугинозному,
Синдром карциноидный,
Синдром множественной невромы слизистых оболочек**

Выберите один или несколько правильных ответов.

1. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЕ ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ МИГРИРУЮЩЕЙ ГИРЛЯНДООБРАЗНОЙ ЭРИТЕМЫ ГАММЕЛА

- 1) воспаление легких
- 2) злокачественная опухоль внутренних органов
- 3) торакальный актиномикоз
- 4) всё перечисленное

2. ПЕРВЫЕ ВЫСЫПАНИЯ ПРИ МИГРИРУЮЩЕЙ ГИРЛЯНДООБРАЗНОЙ ЭРИТЕМЕ ГАММЕЛА ПОЯВЛЯЮТСЯ НА

- 1) подошвах
- 2) туловище
- 3) конечностях
- 4) лице

3. ВЕРОЯТНОСТЬ СОЧЕТАНИЯ МИГРИРУЮЩЕЙ ГИРЛЯНДООБРАЗНОЙ ЭРИТЕМЫ ГАММЕЛА С ОПУХОЛЯМИ РАВНА

- 1) 25%
- 2) 50%
- 3) 75%
- 4) 100%

4. КЛИНИЧЕСКУЮ КАРТИНУ МИГРИРУЮЩЕЙ ГИРЛЯНДООБРАЗНОЙ ЭРИТЕМЫ ГАММЕЛА СРАВНИВАЮТ С РИСУНКОМ

- 1) среза ствола дерева
- 2) шкуры леопарда

- 3) шкуры зебры
 - 4) шкуры ягуара
5. ПРИ МИГРИРУЮЩЕЙ ГИРЛЯНДООБРАЗНОЙ ЭРИТЕМЕ ГАММЕЛА ЧАЩЕ ОБНАРУЖИВАЮТ ПРИЗНАКИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ
- 1) одновременно с развитием кожной симптоматики
 - 2) от одного месяца до двух лет после развития эритемы
 - 3) от 3 до 5 лет после развития эритемы
 - 4) до развития кожной симптоматики
6. ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ КОЖНЫЕ ВЫСЫПАНИЯ МОГУТ РАЗРЕШИТЬСЯ ЧЕРЕЗ
- 1) 3–7 дней
 - 2) 10 дней–6 недель
 - 3) 7–12 недель
 - 4) 4–6 месяцев
7. ПРИ ГЛЮКАГОНОМЕ ПОРАЖАЕТСЯ
- 1) селезёнка
 - 2) печень
 - 3) поджелудочная железа
 - 4) почки
8. ПРИ СИНДРОМЕ ГЛЮКАГОНОМЫ ЛАБОРАТОРНО ОБНАРУЖИВАЮТ ПОВЫШЕНИЕ
- 1) уровня сахара
 - 2) количества глюкагона
 - 3) уровня лимфоцитов
 - 4) уровня эритроцитов
9. ПРИ СИНДРОМЕ ГЛЮКАГОНОМЫ ЧАЩЕ СТРАДАЮТ
- 1) девочки
 - 2) женщины
 - 3) мальчики
 - 4) мужчины

10. ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА СИНДРОМА ГЛЮКАГОНОМЫ ТРЕБУЕТСЯ

- 1) компьютерная томография печени
- 2) компьютерная томография поджелудочной железы
- 3) УЗИ печени
- 4) УЗИ поджелудочной железы
- 5) определение глюкагона в плазме

11. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГЛЮКАГОНОМЫ ПРИМЕНЯЕТСЯ

- 1) антибиотикотерапия
- 2) антигистаминные препараты
- 3) препараты цинка
- 4) удаление глюкагономы

12. УРОВЕНЬ ГЛЮКАГОНА В ПЛАЗМЕ НАТОЩАК ПРИ ГЛЮКАГОНОМЕ ДОЛЖЕН ПРЕВЫШАТЬ

- 1) 100 нг/л
- 2) 250 нг/л
- 3) 500 нг/л
- 4) 1000 нг/л

13. ЛАНУГИНОЗНОГО ПАРАНЕОПЛАСТИЧЕСКОЙ МОЖЕТ БЫТЬ СЛЕДУЮЩАЯ ФОРМА ГИПЕРТРИХОЗА

- 1) врождённая аутосомно-доминантная
- 2) врождённая аутосомно-рецессивная
- 3) врождённая аутосомно-доминантная сцепленная с полом
- 4) приобретенная

14. ПРИ ГИПЕРТРИХОЗЕ ЛАНУГИНОЗНОМ НАБЛЮДАЕТСЯ

- 1) рост волос на лице и туловище
- 2) пигментация слизистой рта
- 3) развитие чёрного акантоза
- 4) развитие фолликулярного гиперкератоза

15. ДЛЯ ИЗЛЕЧЕНИЯ ОТ ГИПЕРТРИХОЗА ЛАНУГИНОЗНОГО НЕОБХОДИМО

- 1) антибиотикотерапия
- 2) кортикостероидная терапия
- 3) физиотерапия
- 4) удаление опухолей

16. КОЖНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПРИ КАРЦИНОИДНОМ СИНДРОМЕ ОБУСЛОВЛЕННЫ

- 1) интоксикацией организма
- 2) гиперсекрецией гормонов
- 3) гипосекрецией гормонов
- 4) гиперсекрецией серотонина

17. НАИБОЛЕЕ ПОДВЕРЖЕНЫ КАРЦИНОИДНОМУ СИНДРОМУ

- 1) девочки
- 2) женщины
- 3) мальчики
- 4) мужчины

18. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ СО СТОРОНЫ КОЖИ ПРИ КАРЦИНОИДНОМ СИНДРОМЕ

- 1) генерализованный кожный зуд
- 2) локализованный кожный зуд
- 3) появление красных пятен на лице и туловище, сопровождающихся жжением
- 4) побледнение кожи лица и туловища

19. ХАРАКТЕРНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ СО СТОРОНЫ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ПРИ КАРЦИНОИДНОМ СИНДРОМЕ

- 1) стойкие запоры
- 2) жидкий, частый стул
- 3) постоянное вздутие живота
- 4) зуд в области ануса

20. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ КАРЦИНОИДНОМ СИНДРОМЕ

- 1) антибиотикотерапия
- 2) кортикостероидные гормоны
- 3) антигистаминные препараты
- 4) удаление опухоли

21. ПРИ СИНДРОМЕ МНОЖЕСТВЕННЫХ НЕВРОМ СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК НАЧИНАЮТ ПОЯВЛЯТЬСЯ НЕВРОМЫ В ВОЗРАСТЕ

- 1) в первые 15 лет жизни

- 2) 16–30 лет
- 3) 31–45 лет
- 4) 46–60 лет

22. **НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЕ ЛОКАЛИЗАЦИИ НЕВРОМ ПРИ СИНДРОМЕ МНОЖЕСТВЕННЫХ НЕВРОМ СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК**

- 1) в полости рта
- 2) на слизистой носа
- 3) на конъюнктиве
- 4) на слизистых гениталий

23. **ХАРАКТЕРНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ СО СТОРОНЫ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ПРИ СИНДРОМЕ МНОЖЕСТВЕННЫХ НЕВРОМ СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК**

- 1) запоры
- 2) диарея
- 3) вздутие
- 4) состояние ЖКТ в пределах нормы

24. **НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ СИНДРОМЕ МНОЖЕСТВЕННЫХ НЕВРОМ СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК**

- 1) антибиотикотерапия
- 2) резекция поджелудочной железы
- 3) резекция щитовидной железы
- 4) кортикостероидная терапия

Актинический кератоз, Мышьяковистый кератоз

Выберите один или несколько правильных ответов.

1. **АКТИНИЧЕСКИЙ КЕРАТОЗ ЧАЩЕ РАЗВИВАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ**

- 1) до 20 лет
- 2) 21–30 лет
- 3) 31–40 лет
- 4) 41 год и более

2. **ЧАЩЕ БОЛЕЮТ АКТИНИЧЕСКИМ КЕРАТОЗОМ**

- 1) мальчики

- 2) мужчины
 - 3) девочки
 - 4) женщины
3. ЛИЦА, ПОДВЕРЖЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЮ АКТИНИЧЕСКИМ КЕРАТОЗОМ
- 1) лица с белой кожей
 - 2) лица с коричневой кожей
 - 3) лица с желтой кожей
 - 4) лица с чёрной кожей
4. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА АКТИНИЧЕСКОГО КЕРАТОЗА
- 1) очаги отёка
 - 2) очаги мокнутия
 - 3) очаги гиперкератоза
 - 4) очаги отслоения кожи
5. КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ АКТИНИЧЕСКОГО КЕРАТОЗА
- 1) эритематозная
 - 2) кератотическая
 - 3) бородавчатая
 - 4) пролиферативная
 - 5) пигментная
6. АКТИНИЧЕСКИЙ КЕРАТОЗ ДИФФЕРЕНЦИРУЮТ С
- 1) плоскоклеточным раком
 - 2) себорейными кератомами
 - 3) болезнью Боуэна
 - 4) мокнущей экземой
7. АКТИНИЧЕСКИЙ КЕРАТОЗ ЧАЩЕ ТРАНСФОРМИРУЕТСЯ В
- 1) базалиому
 - 2) спиналиому
 - 3) меланому
 - 4) саркому
8. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ АКТИНИЧЕСКОГО КЕРАТОЗА НЕОБХОДИМО
- 1) защищать кожу от солнечной инсоляции

- 2) принимать витамины
- 3) санаторно-курортное лечение на берегу моря
- 4) перевод на работу в закрытом помещении

9. ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ПРИЁМЕ НЕОРГАНИЧЕСКОГО МЫШЬЯКА КЕРАТОЗ ЧАЩЕ РАЗВИВАЕТСЯ НА

- 1) лице
- 2) туловище
- 3) волосистой части головы
- 4) ладонях и подошвах

10. ЛАТЕНТНЫЙ ПЕРИОД ВОЗНИКНОВЕНИЯ МЫШЬЯКОВИСТОГО КЕРАТОЗА В СРЕДНЕМ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 2 года
- 2) 4 года
- 3) 6 лет
- 4) 8 лет

11. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПРИЁМА МЫШЬЯКА, ПРИ КОТОРОМ РАЗВИВАЕТСЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЕ НОВООБРАЗОВАНИЕ, СОСТАВЛЯЕТ

- 1) несколько недель
- 2) несколько месяцев
- 3) несколько лет
- 4) не менее 10 лет

12. В РЕЗУЛЬТАТЕ ДЛИТЕЛЬНОГО ПРИЁМА МЫШЬЯКА У ЧЕЛОВЕКА МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ

- 1) болезнь Боуэна
- 2) базалиомы
- 3) спиналиомы
- 4) меланомы

**Синдром невобазоцеллюлярный семейный,
Синдром атипичных родимых пятен,
Синдром Базекса–Дюпре–Кристола**

Выберите один или несколько правильных ответов.

1. НЕВОБАЗОЦЕЛЛЮЛЯРНЫЙ СЕМЕЙНЫЙ СИНДРОМ ЧАЩЕ НАБЛЮДАЕТСЯ У
 - 1) девочек
 - 2) женщин
 - 3) мальчиков
 - 4) мужчин

2. ПРИ НЕВОБАЗОЦЕЛЛЮЛЯРНОМ СЕМЕЙНОМ СИНДРОМЕ РАЗВИВАЮТСЯ
 - 1) базалиомы
 - 2) спиналиомы
 - 3) меланомы
 - 4) саркомы

3. ПРИ НЕВОБАЗОЦЕЛЛЮЛЯРНОМ СЕМЕЙНОМ СИНДРОМЕ ТРАНСФОРМАЦИЮ ПЕРВИЧНЫХ ЭЛЕМЕНТОВ В БАЗАЛИОМУ ПРОВОЦИРУЕТ
 - 1) травма
 - 2) солнечная инсоляция
 - 3) переохлаждение
 - 4) все факторы

4. ПРИ НЕВОБАЗОЦЕЛЛЮЛЯРНОМ СЕМЕЙНОМ СИНДРОМЕ ПОЯВЛЕНИЮ ДИСКЕРАТОТИЧЕСКИХ УГЛУБЛЕНИЙ НА ЛАДОНЯХ И ПОДОШВАХ СПОСОБСТВУЕТ
 - 1) недостаток витаминов
 2. отсутствие кератина
 - 3) недостаток кальция и магния
 - 4) нарушение углеводного обмена

5. ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ДИАГНОЗА НЕВОБАЗОЦЕЛЛЮЛЯРНОГО СЕМЕЙНОГО СИНДРОМА ТРЕБУЕТСЯ НАЛИЧИЕ СИМПТОМОВ
 - 1) появление множества базалиом в первые 20 лет жизни

- 2) мезенхимальные дефекты в скелете
- 3) псевдогипопаратиреоз
- 4) семейное предрасположение

6. ДИСПЛАСТИЧЕСКИЕ НЕВУСЫ ОТ ПРИОБРЕТЁННЫХ МЕЛАНОЦИТАРНЫХ НЕВУСОВ ОТЛИЧАЮТСЯ

- 1) увеличением размеров более 6 мм в диаметре
- 2) чаще имеют овальную форму
- 3) чаще имеют линейное направление
- 4) границы элементов часто нечёткие
- 5) пигментация постепенно переходит в цвет нормальной кожи

7. АТИПИЧНЫЕ РОДИМЫЕ ПЯТНА ЧАЩЕ РАСПОЛАГАЮТСЯ НА

- 1) лице
- 2) туловище
- 3) верхних конечностях
- 4) тыле стоп

8. РИСК ВОЗНИКНОВЕНИЯ МЕЛАНОМЫ ПРИ АТИПИЧНЫХ РОДИМЫХ ПЯТНАХ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 1 – 5%
- 2) 6 – 15%
- 3) 16 – 25%
- 4) 26 – 35%

9. ЧАСТОТА ОБСЛЕДОВАНИЯ ВСЕГО КОЖНОГО ПОКРОВА ПРИ СЕМЕЙНЫХ АТИПИЧНЫХ РОДИМЫХ ПЯТНАХ

- 1) каждые 3 месяца
- 2) каждые 6 месяцев
- 3) каждые 9 месяцев
- 4) каждые 12 месяцев

10. ПАЦИЕНТАМ С АТИПИЧНЫМИ РОДИМЫМИ ПЯТНАМИ ЗАПРЕЩАЕТСЯ

- 1) солнечные ванны
- 2) солярии
- 3) применение фотозащитных кремов
- 4) самообследование кожного покрова

11. ХАРАКТЕРНЫЕ ПРИЗНАКИ СИНДРОМА БАЗЕКСА–ДЮПРЕ–КРИСТОЛА

- 1) депигментные пятна
- 2) фолликулярная атрофодермия
- 3) гипотрихоз
- 4) базальноклеточные эпителиомы

12. ЧАСТОТА РЕГИСТРАЦИИ БАЗАЛИОМЫ ПРИ СИНДРОМЕ БАЗЕКСА–ДЮПРЕ–КРИСТОЛА

- 1) 10%
- 2) 20%
- 3) 30%
- 4) 40%

Пограничный пигментный невус, Синий невус, Невус Ота, Гигантский пигментный невус

Выберите один или несколько правильных ответов.

1. ПОГРАНИЧНЫЙ ПИГМЕНТНЫЙ НЕВУС ЧАЩЕ МАЛИГНИЗИРУЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ

- 1) первые 10 лет жизни
- 2) 11–20 лет
- 3) 21–30 лет
- 4) 31–40 лет

2. ПОГРАНИЧНЫЙ ПИГМЕНТНЫЙ НЕВУС МОЖЕТ ПОЯВИТЬСЯ

- 1) до рождения
- 2) в первые 10 лет жизни
- 3) в возрасте 11–20 лет
- 4) в возрасте 21–30 лет

3. ПОГРАНИЧНЫЙ ПИГМЕНТНЫЙ НЕВУС ЧАЩЕ МОЖЕТ ЛОКАЛИЗОВАТЬСЯ

- 1) на голове
- 2) на туловище
- 3) на конечностях
- 4) не имеет типичной локализации

4. ВОЗМОЖНАЯ ВЕЛИЧИНА ПОГРАНИЧНОГО ПИГМЕНТНОГО НЕВУСА
 - 1) от 1 мм до 1 см
 - 2) до 2 см
 - 3) до 3 см
 - 4) до 4 см диаметром

5. ПОГРАНИЧНЫЙ ПИГМЕНТНЫЙ НЕВУС БЫВАЕТ ЦВЕТА
 - 1) тёмно-коричневого
 - 2) тёмно-серого
 - 3) чёрного
 - 4) красного

6. ВАРИАНТЫ ПОГРАНИЧНОГО ПИГМЕНТНОГО НЕВУСА
 - 1) кокардный невус
 - 2) голубой невус
 - 3) пятнистый пигментный невус
 - 4) веррукозный невус

7. СИНИЙ НЕВУС ЧАЩЕ НАБЛЮДАЕТСЯ У
 - 1) девочек
 - 2) женщин
 - 3) мальчиков
 - 4) мужчин

8. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЕ КОЛИЧЕСТВО ЭЛЕМЕНТОВ СИНЕГО НЕВУСА
 - 1) 1 элемент
 - 2) 2 – 5 элементов
 - 3) 6 – 10 элементов
 - 4) 11 и более

9. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЙ РАЗМЕР ЭЛЕМЕНТА СИНЕГО НЕВУСА
 - 1) до 0,5 см
 - 2) 0,6–1 см
 - 3) 2–5 см
 - 4) 6–10 см

10. ЭЛЕМЕНТЫ СИНЕГО НЕВУСА БЫВАЮТ ЦВЕТА
 - 1) тёмно-синего

- 2) голубоватого
- 3) коричневатого,
- 4) тёмно-коричневатого

11. НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ СИНЕГО НЕВУСА

- 1) на лице
- 2) на туловище
- 3) на конечностях
- 4) определенной локализации нет

12. СИНИЙ НЕВУС МОЖЕТ ЧАЩЕ ТРАНСФОРМИРОВАТЬСЯ В

- 1) базалиому
- 2) спиналиому
- 3) меланому
- 4) саркому

13. НЕВУС ОТА НАБЛЮДАЕТСЯ У НАРОДОВ

- 1) европейских
- 2) африканских
- 3) американских
- 4) азиатских

14. НЕВУС ОТА НАБЛЮДАЕТСЯ В

- 1) области иннервации 1 ветви тройничного нерва
- 2) области иннервации 2 ветви тройничного нерва
- 3) области иннервации 3 ветви тройничного нерва
- 4) области иннервации седалищного нерва

15. НЕВУС ОТА ЧАЩЕ ПОЯВЛЯЕТСЯ

- 1) до рождения
- 2) в первые 10 лет жизни
- 3) в период от 11 до 20 лет жизни
- 4) через 21–30 лет жизни

16. РАЗЛИЧАЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ТИПЫ НЕВУСА ОТА

- 1) слабовыраженный
- 2) умеренно выраженный
- 3) интенсивный
- 4) двусторонний

17. ГИГАНТСКИЙ ПИГМЕНТНЫЙ НЕВУС ЧАЩЕ ПОЯВЛЯЕТСЯ

- 1) до рождения
- 2) в первые 10 лет жизни
- 3) в 11–20 лет жизни
- 4) в 21–30 лет жизни

18. МАЛИГНИЗАЦИЯ ГИГАНТСКОГО ПИГМЕНТНОГО НЕВУСА СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 0,5–1,7%
- 2) 1,8–13%
- 3) 14–21%
- 4) 22–34%

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Базалиома

Задача № 1. К врачу обратился больной «А», 67 лет, с жалобами на новообразование на лице. Болен около трех лет. За это время образование медленно увеличивается за счёт периферического роста. К врачу не обращался. Не лечился.

Объективно: в области левой щеки имеется очаг диаметром 2 см, округлой формы, с чёткими границами. В пределах очага имеются плотные, выступающие над общим уровнем кожи узелки полушаровидной формы. Поверхность бугристая с единичными телеангиэктазиями.

Какова предполагаемая клиническая форма базалиомы?

Задача № 2. К врачу обратился больной «Б», 62 года, с жалобами на наличие очага на лице. Болен около двух лет. В начале в очаге появлялись отдельно расположенные, плотные, выступающие над общим уровнем узлы, затем они слились, образуя крупную опухоль. К врачу не обращался. Не лечился.

Объективно: в области кожи лба слева имеется новообразование диаметром 2,5 см с четкими границами. В пределах очага, в центральной его части имеется крупное опухолевидное образование с бугристым основанием и вдавлением на поверхности. По периферии опухоли имеются отдельные полушаровидные узлы.

Какова предполагаемая клиническая форма базалиомы?

Задача № 3. К врачу обратилась пациентка «В», 59 лет, с жалобами на появление какого-то новообразования на лице. Больна около двух с половиной лет. К врачу не обращалась. Не лечилась.

Объективно: на правой щеке, на участке около 2 см. диаметром имеются элементы, выступающие над общим уровнем кожи, полушаровидной формы, с папилломатозными краями. На поверхности очага имеется бородавчатая плотно прилипающая роговая масса. При удалении этой массы обнаруживается кровоточащая изъязвлённая поверхность.

Какова предполагаемая клиническая форма базалиомы?

Задача № 4. К врачу обратилась больная «Г», 71 год, с жалобами на появление какого-то образования на лице. Болеет около полутора лет. К врачу не обращалась. Не лечилась.

Объективно: под левым глазом имеется очаг 1,5 см диаметром, в пределах которого кольцеобразно расположена группа плотных узелков величиной с чёрный перец. Элементы имеют восковидный блеск. В центре на внешне здоровой коже имеются новые мелкие узелки подобного строения.

Какова предполагаемая клиническая форма базалиомы?

Задача № 5. К врачу обратился больной «Д», 75 лет, с жалобами на наличие какого-то образования в области правого виска. Болен около полутора лет. К врачу не обращался. Не лечился.

Объективно: в области правого виска имеется опухолевидное образование, на поверхности которого видны многочисленные язвы величиной с чечевицу с желтовато-коричневыми корками на поверхности.

Какова предполагаемая клиническая форма базалиомы?

Плоскоклеточный рак кожи

Задача № 1. К врачу обратился больной «А», 65 лет, с жалобами на появление новообразования на носу. Считает себя больным около 4-х недель, когда на спинке носа появилось небольшое опухолевидное образование, затем довольно быстро увеличившееся в размерах. По характеру труда (асфальтирует дороги) пациент постоянно бывает на солнце. К врачу не обращался. Не лечился.

Объективно: на спинке носа имеется опухолевидное образование 3 см диаметром, плотной консистенции, цвета окружающей кожи. По краю опухоли уплотнение с бугристой консистенцией. Центр очага возвышается в виде полушара с роговыми наслоениями на поверхности.

О каком типе и разновидности спиналиомы можно думать?

Задача № 2. К врачу обратился больной «Б», 70 лет, с жалобами на появление какого-то новообразования на спине. Болен около 5 недель. К врачу не обращался. Не лечился. Как отметил пациент, это образование появилось после небольшой травмы и стало довольно быстро увеличиваться в размерах.

Объективно: между лопатками имеется опухолевидное образование диаметром 5 см с выраженной инфильтрацией, округлой формы. Поверхность покрыта вегетациями, напоминающими цветную капусту. Имеются небольшие эрозии и корки.

О каком типе и разновидности спиналиомы можно думать?

Задача № 3. К врачу обратился больной «В», 69 лет, с жалобами на появление язвы на правой щеке. Болен около 3-х недель. Как отметил пациент, после появления небольшой язвы произошло её увеличение в ширину, а вокруг возникли дочерние язвочки. К врачу не обращался. Не лечился.

Объективно: на правой щеке имеется поверхностная язва 3 см диаметром, неправильной формы, с чёткими краями. Поверхность язвы покрыта толстыми, коричневатыми, легко снимающимися корками. По периферии имеются еще 3 поверхностных язвочки около 0,5 см диаметром, слившиеся между собой, неправильной формы.

О каком типе и разновидности спиналиомы можно думать?

Задача № 4. К врачу обратился больной «Г», 57 лет, с жалобами на появление язвы в области правого плеча. Болен около месяца. Появившаяся небольшая язвочка стала довольно быстро увеличиваться как в ширину, так и в глубину, и кровоточить. К врачу не обращался. Не лечился.

Объективно: в области правого плеча имеется глубокая язва с плотными, крутыми, вывороченными краями, с неровным, бугристым, кровоточащим дном. Опухоль болезненная, спаяна с костью. Регионарные лимфатические узлы плотные, хрящевой консистенции, малоподвижные.

О каком типе и разновидности спиналиомы можно думать?

Задача № 5. К врачу обратился больной «Д», 54 лет, с жалобами на множественные очаги на предплечьях. Болен около двух месяцев. Появившиеся язвы постоянно увеличивались в ширину. Пациент в течение 15 лет работал в постоянном контакте с каменноугольной смолой. Во время работы всегда были загрязнены руки (кисти и предплечья). К врачу не обращался. Не лечился.

Объективно: на предплечьях и тыле кистей имеются множественные поверхностные язвы неправильной формы, плотноватой консистенции, диаметром от 1 до 3 см.

Предположительно, о каком заболевании можно думать?

Меланома

Задача № 1. К врачу обратился больной «А», 66 лет, с жалобами на наличие тёмного пятна на спине. Пятно заметил 3 недели назад. До этого выполнял физические работы, травмировал трением имеющийся на спине пигментный невус. После травматизации пятно, будучи изначально коричневым, стало принимать более тёмный цвет и увеличиваться в размерах. К врачу не обращался. Не лечился.

Объективно: в области спины, над правой лопаткой имеется чёрного цвета пятно с хорошо заметной отёчностью, диаметром 0,5 см. Регионарные лимфатические узлы не увеличены.

Какое заболевание можно предполагать?

Задача № 2. К врачу обратился больной «Б», 72 года, с жалобами на появление темного, медленно увеличивающегося пятна на коже правого виска. Болен около месяца. До этого неудачно упал и травмировал кожу правого виска. Ранее на коже виска никаких пятен не было. К врачу не обращался, не лечился.

Объективно: на коже правого виска имеется пятно черного цвета, диаметром 0,7 см, с гладкой блестящей поверхностью. Имеются незначительные признаки гиперемии.

Какое заболевание можно предполагать?

Задача № 3. К врачу обратился больной «В», 70 лет, с жалобами на изменения в области пятна, с давних времен имевшегося в области поясницы. Обращался к врачу, был установлен диагноз — меланоз Дюбрея. Рекомендовано оберегать пятно от травматизации, однако месяц назад пятно было травмировано. После травматизации пятно несколько увеличилось и стало отечным. К врачу не обращался, не лечился.

Объективно: в области поясницы имеется черного цвета образование 3,5 см в диаметре, с неровной отёчной сосочковой поверхностью и незначительной кровоточивостью.

Какое заболевание можно предполагать?

Задача № 4. К врачу обратилась больная «Г», 73 года, с жалобами на появление темного пятна на левой щеке. Ранее кожа лица была светлая и свободна от каких-либо высыпаний. Около 20 дней назад больная работала на огороде и получила довольно выраженные сол-

нечные ожоги в области лица. Ожоги затем прошли, но на левой щеке появилось точечное темное пятно, которое в дальнейшем постепенно увеличивалось в размерах. К врачу не обращалась, не лечилась.

Объективно: на коже левой щеки имеется черное пятно овальной формы, с четкими границами, диаметром 0,3 см. Поверхность пятна гладкая. Регионарные лимфатические узлы не увеличены.

Какое заболевание можно предполагать?

Задача № 5. К врачу обратилась больная «Д», 58 лет, с жалобами на появление какого-то образования в области правого предплечья. Ранее никаких пятен на этом участке кожи не было. Около месяца назад этот участок кожи был травмирован древесиной. После заживления травмы на коже появилось опухолевидное образование, постепенно увеличивающееся в размерах. К врачу не обращалась, не лечилась.

Объективно: на коже правого предплечья имеется опухолевидное образование, с гладкой шаровидной и отёчной поверхностью, незначительной гиперемией мягкой консистенции. Пигментации в области образования не найдено. Диаметр образования 0,8 см. Подмышечные лимфатические узлы справа увеличены до размеров лесного ореха, а слева – в пределах нормы.

Какое заболевание можно предполагать?

Задача № 6. К врачу обратился больной «Е», 64 года, с жалобами на появление небольшой кровоточащей язвы в области правого колена. Примерно полтора месяца назад больной получил небольшую травму правого колена. После полного заживления травмы на коже колена появилась ограниченная краснота, трансформировавшаяся затем в незаживающую кровоточащую язву с папилломатозными разрастаниями на поверхности. К врачу не обращался, не лечился.

Объективно: в области правого колена на фоне ограниченной красноты и пигментации темно-коричневого цвета имеется язва неправильной формы с кровоточащей неровной поверхностью диаметром 1 см. Консистенция язвы плотноватая, лимфатические узлы справа увеличены до размеров лесного ореха, а слева – в пределах нормы.

Какое заболевание можно предполагать?

Задача № 7. К врачу обратился больной «Е», 45 лет, с жалобами на изменение ногтевой пластинки первого пальца правой руки. Около

двух месяцев назад получил небольшую травму в области ногтя. После заживления травмы и продвижения гематомы к свободному краю ногтя, вблизи ногтевого ложа появилось темное пятно, которое увеличивалось во всех направлениях. Ногтевая пластинка разрушилась и появилась кровоточивость. К врачу не обращался, не лечился.

Объективно: ногтевая пластинка ногтя первого пальца правой руки разрушена. На месте ногтевого ложа имеется язва темного цвета, плотноватой консистенции с бугристой грибовидной поверхностью. Отмечается кровоточивость. Кубитальный лимфатический узел увеличен до лесного ореха, все прочие лимфатические узлы в пределах нормы.

Какое заболевание можно предполагать?

Задача № 8. К врачу обратился больная «Ж», 76 лет, с жалобами на появление темного пятна в области гениталий. В прошлые годы пациентка жаловалась на зуд в области гениталий. Тогда врачом был диагностирован крауроз вульвы. Около двух месяцев назад в области вульвы появилось опухолевидное образование, постепенно увеличивающееся в размерах. К врачу не обращалась, не лечилась.

Объективно: в области малой половой губы слева имеется возвышающееся образование округлой формы с бородавчатой поверхностью желтовато-коричневого цвета, плотноватой консистенции. Диаметр образования 2 см. Паховые лимфатические узлы увеличены до лесного ореха.

О каком заболевании можно думать?

Задача № 9. К врачу обратился больной «З», 59 лет, с жалобами на появление темного пятна в области головки полового члена. Наличие в прошлом пигментного невуса и травматизацию кожи отрицает. Около полутора месяцев назад обнаружил пигментное пятно в области крайней плоти, которое постепенно увеличивалось в размерах. К врачу не обращался, не лечился.

Объективно: в области крайней плоти имеется новообразование темно-коричневого цвета, несколько отечное. Поверхность образования бугристая, плотноватой консистенции. По периферии очага обнаруживаются признаки гиперемии. Паховые лимфатические узлы увеличены до грецкого ореха, плотноватой консистенции, подвижны.

О каком заболевании можно думать?

Задача № 10. К врачу обратился больной «И», 70 лет, с множественными узлами на коже спины. Примерно месяца два назад он обратился к хирургу по поводу пятна черного цвета, появившегося на спине. Хирург удалил это образование с захватом значительной части окружающей здоровой кожи. При гистологическом исследовании удаленного образования была диагностирована пигментная меланома. Через месяц после рубцевания послеоперационной раны на спине начали появляться узлы, по поводу чего он повторно обратился к врачу.

Объективно: на спине имеются множественные узлы округлой и овальной формы, от 2 до 3 см величиной. Отдельные узлы покрыты синеватой кожей, а другие — без признаков пигментации.

О чем можно предполагать по анамнезу и клинике?

Задача № 11. К врачу обратился больной «К», 65 лет, с жалобами на появление на коже левого бедра темного пятна с последующим его увеличением. Пятно появилось два месяца назад на месте ограниченной пигментации. Это образование начало увеличиваться в размерах, немного краснеть и отекать. Затем начали увеличиваться пахово-бедренные лимфатические узлы.

Объективно: на коже левого бедра имеется опухолевидное образование 1,5 см в диаметре, округлой формы. Кожа над опухолью темно-коричневого цвета, отечная, немного гиперемированная. Поверхность образования бугристая, плотноватая. В пахово-бедренной области увеличены лимфатические узлы, плотноватой консистенции, до 2 см в диаметре. Кожа над узлами не изменена.

О каком заболевании можно думать?

**Кератоакантома,
Гигантская остроконечная кондилома Бушке–Левенштайна,
Карциноидный папилломатоз кожи Готтрона**

Задача № 1. К врачу обратился больной «А», 56 лет, с жалобами на появление какого-то образования на носу. Болен около двух месяцев. К врачу не обращался. Не лечился.

Объективно: на спинке носа имеется опухолевидное образование округлой формы, рельефно возвышающееся над общим уровнем, диаметром 1,5 см, цвета нормальной кожи, плотной консистенции. Центральная часть запавшая, в виде небольшого кратера, поверхность

которого представлена плотными роговыми массами серого цвета. Роговые массы окружены валикообразной зоной. Регионарные лимфатические узлы не увеличены.

Предполагаемый диагноз?

Задача № 2. К врачу обратился больной «Б», 20 лет, с жалобами на наличие какого-то образования на указательном пальце правой кисти. Болен около 15 лет. Заболевание развилось на фоне экзематозного процесса.

Объективно: на тыле указательного пальца правой кисти имеется бляшка 2–3 см в диаметре, с чёткими границами, плотной консистенции, возвышающаяся над общим уровнем. Поверхность бляшки покрыта опухолевидными образованиями тестоватой консистенции и обильными вегетациями, что напоминает цветную капусту. Между опухолевидными образованиями и вегетациями имеется густой липкий секрет, издающий неприятный запах.

Предполагаемый диагноз?

Задача № 3. К врачу обратился больной «В» с жалобами на какое-то образование в области полового члена. В начале был фимоз. Затем на коже крайней плоти образовались множественные папилломы, после этого сформировалось опухолевидное образование. Считает себя больным около года. Не лечился.

Объективно: в области внутреннего листка крайней плоти и венечной борозды имеется опухолевидное образование мягкой консистенции, около 4 см в диаметре. Поверхность этого образования покрыта вегетациями, влажными, частично мацерированными, издающими неприятный запах. Вегетации напоминают цветную капусту. По периферии опухоли обнаруживаются типичные остроконечные кондиломы. Регионарные лимфатические узлы не увеличены.

Предполагаемый диагноз?

Лейкоплакия, Крауроз

Задача № 1. К врачу обратилась больная «А» в возрасте 70 лет, с жалобами на изменение цвета слизистой левой щеки. Из анамнеза выяснилось, что больной был установлен зубной протез, который на протяжении ряда лет оказывал давление на слизистую щеки.

Объективно: слизистая левой щеки по линии смыкания зубов бледно-розовая, а местами серовато-белая, несколько ороговевшая. Снимаемого налёта на поверхности очага нет. Поверхность очага ровная, без инфильтрации.

При бактериоскопическом исследовании соскоба с очага дрожжеподобные грибы рода Кандида и лептотрикс не найдены.

Ваш диагноз и клиническая форма заболевания?

Задача № 2. К врачу обратился больной «Б» в возрасте 65 лет, с жалобами на неровности слизистой рта. Болен около 4 лет. Курит с 16 лет. Спиртные напитки употребляет часто. Любит острую пищу.

Объективно: слизистая щёк и языка неравномерно утолщена, уплотнена, несколько бугристая. Поверхность серовато-белого цвета, с перламутровым блеском.

Предполагаемый диагноз и клиническая форма заболевания?

Задача № 3. К врачу обратился больной «В», 52 года, с жалобами на болезненность слизистой рта при жевании. Болен около 3 лет. Много курит, часто употребляет спиртные напитки. В прошлом любил острую пищу.

Объективно: слизистая щёк и языка неравномерно утолщена, бугристая, серовато-белая. В очагах имеются эрозии и единичные язвы. Субъективно беспокоит болезненность, особенно во время приёма пищи.

Предполагаемый диагноз и клиническая форма заболевания?

Задача № 4. К врачу обратился больной «Г», 72 года, с жалобами на болезненность во рту при жевании. Много курит и часто употребляет спиртные напитки. В прошлом любил острую пищу. Как отмечает больной, в течение последних 2-х месяцев усилилось ороговение, увеличилась инфильтрация, размеры и уплотнение очагов. Эрозии стали более кровоточащими. На поверхности эрозий появились сосочковые разрастания.

Объективно: на слизистой щёк и мягкого нёба имеются очаги с чёткими границами. В пределах очагов слизистая серовато-беловатая, утолщенная за счёт инфильтрации, имеются кровоточащие эрозии и сосочковые разрастания.

Предполагаемый диагноз?

Задача № 5. К врачу обратилась больная «Д», 60 лет, с жалобами на сильный зуд в области гениталий. Болеет около 6 лет. Климактерический период с 42 лет.

Объективно: клитор, малые и большие половые губы атрофированы, сглажены. Волосы на больших половых губах отсутствуют. Вход во влагалище сужен. Слизистая гладкая и сухая. На поверхности вульвы масса эскориаций.

Предполагаемый диагноз?

Задача № 6. К врачу обратился больной «Е», 67 лет, с жалобами на сухость в области полового члена. Болен около 4 лет. К врачу не обращался. Не лечился.

Объективно: Кожа полового члена и внутреннего листка крайней плоти атрофирована, сухая, морщинистая, белесоватая.

Предполагаемый диагноз?

Эритроплазия Кейра

Задача № 1. К врачу обратился больной «А», 57 лет, с жалобами на наличие красного пятна на половом члене. Болен около года. К врачу не обращался.

Объективно: на головке полового члена имеется очаг округлой формы, слегка возвышающийся, с чёткими границами. В пределах очага поверхность плоская, блестящая, влажная, бархатистая, насыщенно красная, легко кровоточащая.

Предполагаемый диагноз?

Задача № 2. К врачу обратилась больная «Б», 60 лет, с жалобами на зуд в области гениталий. Больна около 5 лет. К врачу не обращалась. В последнее время очаг стал кровоточить.

Объективно: на внутренней поверхности малой половой губы слева имеется очаг около 2 см в диаметре, овальной формы, с чёткими границами. В пределах очага кожа инфильтрирована, насыщенно-красного цвета, блестящая, влажная, с эрозиями, вегетациями и корками на поверхности. Имеется регионарная аденопатия.

Предполагаемый диагноз?

Болезнь Боуэна

Задача № 1. К врачу обратился больной «А», 62 года, с жалобами на появившееся образование в области мочки левой ушной раковины. Болен около года. К врачу не обращался.

Объективно: в области мочки левой ушной раковины имеется очаг округлой формы, около 2 см в диаметре. Со слов пациента очаг медленно увеличивается в размерах. Очаг покрыт чешуйками и корками. После удаления чешуек и корок обнаружена гиперемизированная и влажная кожа с сосочками на поверхности.

Предполагаемый диагноз?

Задача № 2. К врачу обратился больной «Б», 65 лет, с жалобами на появление какого-то образования в области ануса. Болен 1,5 года. К врачу не обращался.

Объективно: в области ануса имеется очаг округлой формы, с чёткими границами. В пределах очага кожа неравномерно уплотнена, бородавчатая с папилломатозными высыпаниями на поверхности.

Предполагаемый диагноз и клиническая форма заболевания?

Задача № 3. К врачу обратилась больная «В», 59 лет, с жалобами на появление какого-то образования в области левой голени. Больна около 1,5 лет. К врачу не обращалась.

Объективно: в области наружной поверхности левой голени имеется очаг диаметром около 2,5 см. В пределах очага кожа гиперемизирована, эрозирована, мокнущая, с серозными корко-чешуйками на поверхности.

Предполагаемый диагноз и его клиническая форма?

Задача № 4. К врачу обратился больной «Г», 50 лет, с жалобами на появление какого-то образования в области волосистой части головы. Болен около двух лет. К врачу не обращался.

Объективно: в области левой височной области волосистой части головы имеется очаг 2,5 см диаметром, с чёткими границами. В пределах очага кожа утолщена, особенно по краям, уплотнена, с гиперкератотическими чешуйками на поверхности.

Предполагаемый диагноз и его клиническая форма?

Задача № 5. К врачу обратилась больная «Д», 67 лет, с жалобами на наличие какого-то образования в области гениталий. Больна около 10 лет. К врачу не обращалась. В последние месяцы очаг резко увеличился в объёме, появились болезненные язвы на поверхности.

Объективно: в области внутренней поверхности левой малой половой губы имеется очаг диаметром около 3 см, с чёткими границами. В пределах очага кожа резко инфильтрирована, с бородавчатыми, грибовидными разрастаниями и кровоточащими язвами на поверхности.

Предполагаемый диагноз и врачебная тактика?

Болезнь Педжета

Задача № 1. К врачу обратилась больная «А», 56 лет, с жалобами на какое-то заболевание в области левого соска. Со слов больной, в начале в области левого соска появилось лёгкое покраснение и шелушение, затем этот очаг стал увеличиваться за счет периферического роста. Изменилась форма соска.

Объективно: в области левого соска и вокруг него имеется очаг диаметром около 4 см, с чёткими валикообразными краями. В пределах очага кожа умеренно гиперемирована, эрозирована, с чешуйками и серозно-кровянистыми корками на поверхности. Периферический край очага имеет инфильтративный валик. Сосок втянут. В глубине молочной железы пальпируется плотноватый узел, сравнимый по величине с лесным орехом. Увеличены регионарные лимфатические узлы. Субъективно беспокоит умеренный зуд.

Предполагаемый диагноз?

Задача № 2. К врачу обратилась больная «Б», 42 лет, с жалобами на мокнутие в области правой молочной железы. Больна около месяца.

Объективно: в области правого соска и вокруг него кожа гиперемирована, отёчна, с множественными узелками, везикулами и пустулами на поверхности. Имеется мокнутие и экссудативного характера желтоватые корки. Сосок не деформирован. Субъективно беспокоит умеренный зуд.

Предполагаемый диагноз?

**Меланоз Дюбрея,
Эпидермодисплазия верруциформная Левандовского–Лютца,
Ксеродерма пигментная**

Задача № 1. К врачу обратилась больная «А», 58 лет, с жалобами на наличие тёмного цвета пятна в области левой щеки. Больна около двух лет.

Объективно: на левой щеке имеется пятно с чёткими границами, диаметром около 3 см. В пределах очага кожа чёрного цвета, с более интенсивной пигментацией по периферии, без инфильтрации и с сохранением кожного рисунка.

Предполагаемый диагноз?

Задача № 2. К врачу обратился больной «Б», 60 лет, с жалобами на наличие очага в области левой лопатки. Болеет около 8 лет. Очаг был гладкий, тёмного цвета. Но в последнее время поверхность очага стала меняться. Очаг стал грубым и неровным.

Объективно: на коже левой лопатки имеется очаг тёмного цвета, диаметром 5 см. В пределах очага имеется гиперемия, явления папилломатоза и гиперкератоза.

Предполагаемый диагноз?

Задача № 3. К врачу обратился больной «В», 7 лет, с жалобами на высыпания по всему кожному покрову. Высыпания появились на первом году жизни. У матери имеются подобные высыпания с детского возраста.

Объективно: по всему кожному покрову, с преобладанием на конечностях, лице и шее, имеются бородавчатые элементы величиной с горошину, цвета нормальной кожи. Элементы напоминают плоские и вульгарные бородавки. На нижних конечностях часть элементов слилась в небольшие бляшки различной величины и формы. Есть элементы, расположенные линейно. Кроме бородавчатых элементов на коже туловища имеются пятна, напоминающие кофейные.

Предполагаемый диагноз?

Задача № 4. К врачу обратился больной «Г», 6 лет, с жалобами на появление на коже каких-то пятен. Болен с рождения. В начале после кратковременного пребывания на солнце было отмечено покраснение кожи. После повторных солнечных облучений на коже появи-

лись множественные тёмно-коричневые пятна различной величины и формы. Затем кожа становилась сухой, истончённой, с телеангиэктазиями и гладкими рубцами.

Объективно: кожа сухая, истончённая, с множественными рубцами и телеангиэктазиями. Имеется чередование гипер- и гипопигментации (пойкилодермия). Заметно истончение ушных раковин и кончика носа.

Предполагаемый диагноз?

Задача № 5. К врачу обратился больной «Д», 10 лет, с жалобами на появление язвочки на лице. Со слов родителей, ещё после первого пребывания на солнце у ребёнка появилась краснота. После последующих пребываний на солнце стали появляться множественные тёмного цвета пятна, атрофия кожи, сформировались телеангиэктазы. Обращались к врачу, который поставил диагноз пигментная ксеродерма. Лечение было не эффективным. Месяц назад пятно, расположенное на левой щеке, стало увеличиваться в размерах и темнеть.

Объективно: на коже лица, туловища и конечностей имеются многочисленные пятна коричневатого цвета, различной величины и формы с явлениями атрофии, рубцами и телеангиэктазиями. На левой щеке в центре пигментного пятна имеется отёк и более выраженная пигментация чёрного цвета. Со слов матери, это более пигментированное пятно увеличивается в размерах. В центральной части этого пятна имеется язва диаметром 0,5 см. Регионарные лимфатические узлы увеличены в размерах.

Предполагаемый диагноз?

Невус

Задача № 1. К врачу обратился больной «А» в возрасте 1 года, с жалобами на наличие тёмного пятна в области правой щеки. Пятно обнаружено при рождении.

Объективно: в области правой щеки имеется пятно с чёткими границами, чёрного цвета, 3 см в диаметре. Поверхность пятна бугристая. Регионарные лимфатические узлы не увеличены.

Предполагаемый диагноз?

Задача № 2. К врачу обратился больной «Б», 16 лет, с жалобами на образовавшееся опухолевидное образование на спине. Со слов ро-

дителей, при рождении кожа была в хорошем состоянии. В течение первого года жизни на спине появилось больших размеров пятно.

Объективно: на спине имеется очаг, занимающий большую часть спины, с чёткими границами. Поверхность очага чёрного цвета, бугристая, покрытая длинными, тёмного цвета волосами. Регионарные лимфатические узлы не увеличены.

Предполагаемый диагноз?

Задача № 3. К врачу обратилась больная «В», 51 год, с жалобами на увеличение пятна в области правого плеча. Пятно было ещё при рождении, но месяц назад после его травмирования пятно стало отёчным и увеличенным.

Объективно: в области правого плеча имеется пятно чёрного цвета, диаметром около 4 см, с бугристой поверхностью. Центральная часть этого пятна более возвышенная и отёчная. По периферии этого пятна имеется ещё небольшое чёрное пятно величиной с чечевицу, которого ранее не было. Регионарные лимфатические узлы увеличены.

Предполагаемый диагноз?

Задача № 4. К врачу обратился больной «Г», 10 лет, с жалобами на появление пятна на левой руке. Пятно появилось в первые месяцы жизни.

Объективно: на левой верхней конечности имеется пятно тёмно-коричневого цвета, шириной около 3 см и длиной – 15 см.

Предполагаемый диагноз?

Задача № 5. К врачу обратился больной «Д», 15 лет, с жалобами на наличие пятна в области шеи слева. Болен несколько лет.

Объективно: в области шеи слева имеется пятно округлой формы, 4 см в диаметре. В центральной части имеется пигментное пятно 0,5 см в диаметре, вокруг которого расположена зона депигментации.

Предполагаемый диагноз?

Задача № 6. К врачу обратился больной «Е», 14 лет, с жалобами на наличие пятна на волосистой части головы, которое было обнаружено сразу после рождения.

Объективно: в области левого виска имеется пятно округлой формы, около 3 см в диаметре, желтоватого цвета с вельветоподобной поверхностью, плотной консистенции, с чёткими границами.

Предполагаемый диагноз?

Задача № 7. К врачу обратилась больная «Ж», 5 лет, с жалобами на наличие пятна, обнаруженного при рождении.

Объективно: на коже правой руки имеется пятно линейной формы, около 5 см шириной и около 12 см длиной. В пределах очага обилие густо расположенных элементов, напоминающих крупные чёрные комедоны, вдавленные в кожу и выступающие над её поверхностью. Кожа в пределах очага пигментированная, морщинистая.

Предполагаемый диагноз?

Кожный рог, Старческая бородавка, Старческая кератома

Задача № 1. К врачу обратился больной «А», 72 года, с жалобами на какое-то образование на лице. Это образование появилось 7 лет назад и очень медленно увеличивалось в своих размерах.

Объективно: на левой щеке имеется плотное, слоистое, безболезненное образование коричневатого цвета. Диаметр элемента в основании 1 см и его высота тоже около 1 см. Никаких воспалительных явлений нет.

Предполагаемый диагноз?

Задача № 2. К врачу обратился больной «Б», 74 года, с жалобами на болезненное образование на лице. Болен около 10 лет. Обращался к врачу, был поставлен диагноз кожный рог. До последнего времени это образование не беспокоило. Но в последние два месяца появилась краснота и болезненность в области этого элемента, и оно стало довольно заметно увеличиваться в размерах.

Объективно: в области кожи лба имеется плотное, слоистое образование диаметром 1,5 см и высотой около 1 см. Вокруг этого элемента умеренная гиперемия. При пальпации отмечается болезненность.

Предполагаемый диагноз?

Задача № 3. К врачу обратился больной «В», 67 лет, с жалобами на какие-то образования на коже, коричневого цвета. Болен около 15 лет.

Объективно: на коже туловища, лица и волосистой части головы имеется большое количество элементов от 5 до 15 мм в диаметре, неправильной формы, от желтоватого до коричневатого цвета с гладкой и бугристой папилломатозной поверхностью. Между папилломами

имеются бороздки, заполненные роговыми массами. Папилломы мягкой консистенции, расположены на широком основании.

Предполагаемый диагноз?

Задача № 4. К врачу обратилась больная «Г», 73 года, с жалобами на быстрое появление и увеличение желтовато-коричневых образований на лице, туловище и других местах. Первые элементы появились около 3 – 4 месяцев назад.

Объективно: на туловище, лице и волосистой части головы имеется большое количество желтоватых и коричневых элементов округлой и овальной формы, с гладкой и папилломатозной поверхностью. Со слов пациентки, элементы начали появляться внезапно и продолжают появляться новые.

О каком заболевании можно думать?

Задача № 5. К врачу обратилась больная «Д», 82 года, с жалобами на появление множества узлов на открытых частях тела. Больна около 10 лет. Элементы начали появляться после постоянной работы на солнце. Проживала в деревне и работала на солнце.

Объективно: на лице имеются множественные образования около 1 – 2 см в диаметре, с чёткими границами. В пределах очагов имеются роговые пластинки грязно-серого цвета, после удаления которых открывается атрофированная кожа с папилломами, эрозиями и небольшими язвами на поверхности.

Предполагаемый диагноз?

Актинический кератоз, Мышьяковистый кератоз

Задача № 1. К врачу обратился больной «А», 46 лет, с жалобами на появление множества плотных очагов на открытых частях тела. Болен в течение года. Больной многие годы работал на строительных площадках и постоянно подвергался солнечной инсоляции.

Объективно: на лице и по плечевому поясу имеются множественные очаги по 2–3 см в диаметре, в пределах которых кожа уплотнённая, утолщенная и шелушащаяся.

Предполагаемый диагноз?

Задача № 2. К врачу обратился больной «Б», 49 лет, с жалобами на появившиеся красноватые, шелушащиеся пятна. Болен около 6 ме-

сяцев. Пациент работал на строительстве дорог и постоянно подвергался солнечной инсоляции.

Объективно: на лице и туловище имеются множественные очаги различной величины и формы, с чёткими границами. В пределах очагов кожа сплошь покрыта сухими чешуйками, с венчиком гиперемии по периферии.

Предполагаемый диагноз и клиническая форма?

Задача № 3. К врачу обратился больной «В», 52 года, с жалобами на высыпания на коже. Болен около года. По характеру своей работы много бывает на солнце.

Объективно: на туловище имеются множественные очаги с гиперкератозом и папилломатозными разрастаниями на *поверхности*.

Предполагаемый диагноз и клиническая форма?

Задача № 4. К врачу обратился больной «Г», 58 лет, с жалобами на высыпания на коже лица. Болен около 2-х лет. В течение всей жизни много бывает на солнце.

Объективно: на лице имеются множественные очаги, в пределах которых кожа коричневатая. На фоне гиперкератоза имеются папулы с шелушащейся поверхностью, до 1 см в диаметре.

Предполагаемый диагноз и клиническая форма?

Задача № 5. К врачу обратился повторно больной «Д», 60 лет, с жалобами на появление язвы на лице. При первом обращении к врачу через 6 месяцев от начала появления множества очагов был установлен диагноз «актинический кератоз, бородавчатая форма». Тогда были обнаружены очаги с папилломатозными элементами на поверхности. Затем, месяц назад, появилась язва.

Объективно: на правой щеке имеется язва диаметром 1 см с плотными, каллёзными, вывороченными краями. Вокруг язвы явления папилломатоза.

Предполагаемый диагноз?

Задача № 6. К врачу обратился больной «Е», 46 лет, с изменениями кожи ладоней и подошв, которые заметил 4 месяца назад. В прошлом около 15 лет назад с лечебной целью принимал мышьяк. Сейчас по поводу изменений кожи ладоней и подошв к врачу не обращался.

Объективно: кожа ладоней и подошв утолщена, на поверхности явления гиперкератоза и бородавчатые папулы от 1 до 10 мм в диаметре.

Предполагаемый диагноз?

Задача № 7. К врачу обратился больной «Ж», 48 лет, с жалобами на появление язвы на лице. Больной 13 лет назад длительное время получал мышьяк. Лечение тогда переносил хорошо. Но через 10 лет после полученного лечения у него был установлен мышьяковистый кератоз ладоней, подошв и лица. Около 1,5 месяцев назад у больного появилась язва на лице.

Объективно: на левой щеке имеется язва 1,5 см в диаметре, неправильной формы, с плотными вывороченными краями и кровоточащим дном. Со слов больного, язва появилась на месте ранее установленного мышьяковистого кератоза.

Предполагаемый диагноз?

**Синдром невобазоцеллюлярный семейный,
Синдром атипичных родимых пятен,
Синдром Базекса–Дюпре–Кристола**

Задача № 1. К врачу обратилась больная «А», 22 года, с жалобами на многочисленные высыпания на лице, туловище и конечностях. Высыпания стали появляться с первых лет жизни. Аналогичные высыпания имеются у матери.

Объективно: на коже лица, туловища, подмышечных впадин и бёдер имеются многочисленные элементы величиной от булавочной головки до двухкопеечной монеты. Мелкие элементы круглые, полусферические, с гладкой поверхностью телесного цвета. Крупные элементы овальной формы, желтовато-коричневые, с изъязвлением в центре и инфильтративным краем. На ладонях и подошвах имеются дискератотические углубления. На коже туловища имеются также многочисленные липомы, сальные и эпидермальные кисты, фибромы, бородавчатые разрастания. Обнаружены доброкачественные одонтогенные кисты верхних и нижних челюстей и различные аномалии костей грудной клетки. Установлены эпилептиформные припадки и умственная отсталость.

О каком синдроме можно думать?

Задача № 2. К врачу обратился больной «Б», 27 лет, с жалобами на обилие родимых пятен. Пятна начали появляться в возрасте 10 лет, и в последующие годы число их всё время увеличивалось. У отца тоже имеется большое количество родимых пятен. У него были случаи трансформации отдельных родимых пятен в меланому.

Объективно: на туловище, верхних конечностях и ягодицах имеется большое количество элементов преимущественно овальной формы, от 3 до 6 мм и более в диаметре. Границы элементов нечёткие, размытые за счет бордюра вокруг элементов. Цвет элементов пёстрый, варьирует от светло-коричневого до чёрного. Имеются очаги с красным оттенком. Есть элементы плоские, папулёзные и узловатые.

О каком синдроме можно думать?

Задача № 3. На приём к врачу обратился больной «В», 18 лет, с жалобами на появление множественных очагов на коже и выпадение волос. Облысение заметил в раннем детском возрасте, а появление мелких очагов – в последние годы. У матери подобные признаки с детства.

Объективно: на тыле стоп и кистей, в области локтей и нижнего отдела спины имеются признаки фолликулярной атрофодермии. На волосистой части головы имеется субтотальная алопеция. Отсутствуют брови и ресницы. Волосы изменены по типу узловатого трихорексиса. На лице обнаружены элементы, напоминающие базалиомы.

О каком синдроме можно думать?

Пограничный пигментный невус, Синий невус, Невус Ота, Гигантский пигментный невус

Задача № 1. К врачу обратился больной «А», 7 лет, с жалобами на имеющееся пигментное пятно в области правого плеча, которое было замечено при рождении. К врачу не обращался. Не лечился.

Объективно: в области правого плеча имеется элемент в виде плоского узелка около 1 см в диаметре, с чёткими границами, тёмно-коричневого цвета, с гладкой поверхностью. Волосы в пределах элемента отсутствуют.

Какой диагноз можно предполагать?

Задача № 2. К врачу обратился больной «Б», 23 года, с жалобами на заметные изменения пигментного пятна. Пигментное пятно было обнаружено в области левого бедра сразу после рождения. Был установлен диагноз: «пограничный пигментный невус». Лечение не рекомендовано. Около двух недель назад больной заметил некоторое увеличение элемента, по поводу чего и обратился к врачу.

Объективно: в области левого бедра имеется элемент 1,5 см в диаметре, чёрного цвета, с плоской, лишенной волос поверхностью, с незначительными признаками отёка и гиперемии по периферии.

Какой диагноз можно предполагать?

Задача № 3. К врачу обратилась больная «В», 28 лет, с жалобами на пятно в области правого колена, появившееся в возрасте 20 лет. К врачу не обращалась. Не лечилась.

Объективно: в области правого колена имеется элемент 0,5 см в диаметре, чётко отграниченный от окружающей кожи, инфильтрированный, округлой формы, тёмно-синего цвета, полусферически выступающий над общим уровнем кожи, с гладкой, лишенной волос поверхностью.

Какой диагноз можно предполагать?

Задача № 4. К врачу обратился больной «Г», 6 лет, с жалобами на пигментные пятна на лице, обнаруженные сразу после рождения. К врачу не обращался. Не лечился. Пациент относится к монгольской расе.

Объективно: имеются тёмно-коричневые пятна, занимающие значительную часть левого глаза, левой щеки и кожи над верхней челюстью. Всё это создаёт впечатление «грязной кожи». Каких-либо отклонений со стороны зрения не найдено.

Какой диагноз можно предполагать?

Задача № 5. К врачу обратился больной «Д», 4 года, с жалобами на очень большое пигментное пятно, обнаруженное сразу после рождения. По мере роста ребенка пятно увеличивалось в размерах. К врачу не обращался.

Объективно: в области левого колена имеется элемент около 10 см в диаметре, с чёткими границами и неправильной формы. Поверхность элемента неровная, бугристая, с глубокими трещинами, насыщенно чёрного цвета, с участками выраженного гипертрихоза.

Какой диагноз можно предполагать?

Акрокератоз паранеопластический Базекса, Чёрный акантоз

Задача № 1. К врачу обратился больной «А», 48 лет, с жалобами на какие-то изменения кожи. Болен около двух месяцев. При разговоре с пациентом установлено, что в последние два месяца его ещё беспокоят боли в области желудка.

Объективно: на ладонях и подошвах имеется эритема, фолликулярный гиперкератоз, диффузная кератодермия, паронихии, подногтевой гиперкератоз. Имеются сквамозно-эритематозные очаги на лице.

По поводу жалоб в области желудка больной обследован у онколога, который установил диагноз «рак желудка».

Предполагаемый диагноз кожного заболевания?

Задача № 2. К врачу обратился больной «Б», 40 лет, с жалобами на изменение цвета кожи в крупных складках. Болен около трех месяцев.

Объективно: в подмышечных впадинах, паховых складках, шее, на гениталиях и в области ануса кожа чёрного цвета. В этих местах рисунок кожи усилен, с ворсинчатыми и бородавчатыми разрастаниями. При дополнительном опросе установлено, что около четырех месяцев пациента беспокоят боли ещё в области желудка. Больной направлен с целью обследования к онкологу, который выявил у него рак желудка.

Предполагаемый диагноз кожного заболевания?

Задача № 3. К врачу обратилась больная «В», 45 лет, с жалобами на изменение цвета кожи в крупных складках. Больна около трех месяцев.

Объективно: в подмышечных впадинах, на шее и под молочными железами кожа имеет хорошо заметный бурый оттенок. При обследовании у смежных специалистов, гинекологом установлен диагноз «поликистоз яичников».

Предполагаемый диагноз кожного заболевания?

Задача № 4. К врачу обратился больной «Г», 52 года, с жалобами на изменение цвета кожи в крупных складках. Болен на протяжении трех лет.

Объективно: больной страдает ожирением. В настоящее время имеет массу тела 134 кг. В подмышечных впадинах, на шее и генита-

лиях кожа бурого цвета. Со слов больного, при снижении массы тела всегда отмечается улучшение.

Предполагаемый диагноз кожного заболевания?

Задача № 5. К врачу обратился больной «Д», 48 лет, с жалобами на изменение цвета кожи в крупных складках. В последние 10 лет пациент страдает сахарным диабетом. При этом в течение 5 лет принимает инсулин. На фоне лечения инсулином он и заметил изменения цвета кожи, которые сохраняются на протяжении двух последних лет. Никаких других лекарств не принимает.

Объективно: в подмышечных впадинах, на шее и гениталиях кожа бурого цвета.

Предполагаемый диагноз кожного заболевания?

**Мигрирующая гирляндобразная эритема Гаммела,
Синдром глюкоганомы, Гипертрихоз ланугинозный,
Синдром карциноидный,
Синдром множественной невромы слизистых оболочек**

Задача № 1. К врачу обратилась больная «А», 67 лет, с жалобами на высыпания на коже. Больна около 6 месяцев. В начале высыпания появились на лице, затем распространились на туловище и конечности. Высыпные элементы очень быстро увеличиваются в размерах. Субъективно высыпания не беспокоят.

Объективно: на лице, туловище и конечностях имеются многочисленные эритематозные пятна, слегка возвышающиеся, местами гирляндобразные, с отрубевидным шелушением на периферическом валике. Клиническую картину на туловище можно сравнить с рисунком шкуры зебры. Ладони и подошвы не поражены. При обследовании онкологом у пациентки обнаружен рак желудка.

Предполагаемый диагноз кожного заболевания?

Задача № 2. К врачу обратилась больная «Б», 47 лет, с жалобами на высыпания на коже. Считает себя больной около двух месяцев.

Объективно: на ягодицах, конечностях и в паховых складках, в перианальной и парагенитальной областях имеются эритемоподобные пятна, экземоподобные очаги. Некоторые пятна имеют кольцевидность и гирляндобразность. На поверхности отдельных пятен имеются мелкие пузырьки и фликтены. Высыпные элементы

находятся в разных стадиях развития. Симптом Никольского отрицательный. На местах разрешившихся элементов имеется стойкая пигментация.

Имеется также помутнение ногтей, паронихии, диффузное поредение волос, гиперемия и отёчность языка, явления стоматита и эрозии в углах рта.

В крови нормохромная анемия, повышенное СОЭ, гипергликемия и содержание глюкоза в плазме натощак 1000 мг/л.

Предполагаемый диагноз?

Задача № 3. К врачу обратилась больная «В», 46 лет, с жалобами на интенсивный рост волос. Больна около 6 месяцев, когда начался быстрый рост волос сначала на лице, а затем на туловище.

Объективно: кожа лица и туловища интенсивно покрыта тонкими длинными волосами. Обнаружена пигментация слизистой рта и картина чёрного акантоза в области шеи и подмышечных впадин. На ладонях и подошвах точечная кератодермия. На голеньях фолликулярный гиперкератоз. Имеются точечные вдавления на ногтевых пластинках. При обследовании онкологом у пациентки выявлена колоректальная карцинома.

Предполагаемый диагноз кожного заболевания?

Задача № 4. К врачу обратилась больная «Г», 60 лет, с жалобами на частые приливы в виде возникновения пятен сначала на лице, затем на руках и верхней части туловища, сопровождающиеся резким жжением. Приливы продолжаются примерно в течение 10 минут, около 12 раз в сутки. Особенно выражены приливы после приёма пищи. Во время приливов отмечается головокружение, сердцебиение и снижение артериального давления. Одновременно больная жалуется на частый стул до 30 раз в сутки. Больна около месяца.

Объективно: во время прилива на лице и туловище обнаружены в большом количестве пурпурно-красные пятна, несколько отёчные. Через 10 минут пятна самопроизвольно исчезли. При лабораторном исследовании в моче обнаружено повышенное количество серотонина. При онкологическом обследовании установлена карцинома в сигмовидной кишке с множественными метастазами.

Предполагаемый диагноз?

Задача № 5. К врачу обратилась больная «Д», 14 лет, с жалобами на появление каких-то объёмных образований в полости рта и на конъюнктиве глаз. Эти образования начали появляться в возрасте 10 лет. У матери пациентки наблюдалось подобное заболевание.

Объективно: на слизистой оболочке языка, губ, щек и конъюнктиве имеются тесно расположенные полусферические узелки, мягкой консистенции, из них отдельные расположены на ножке. Узелки круглые, полупрозрачные, апельсинового цвета, безболезненные. Имеется выворот век. На коже туловища имеются единичные кофейные пятна. Установлено также, что больная страдает диареей. При дополнительном обследовании у больной установлена медуллярная карцинома щитовидной железы.

Предполагаемый диагноз?

ОТВЕТЫ НА ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Базалиома

Номер задания	Номер ответа	Номер задания	Номер ответа	Номер задания	Номер ответа
1.	3, 4	5.	1	9.	1,2,3
2.	4	6.	1	10.	1,2,3
3.	1,2,3,4	7.	1, 2, 3	11.	1,2,3
4.	4	8.	1,2,3,4,5		

Плоскоклеточная эпителиома

Номер задания	Номер ответа	Номер задания	Номер ответа	Номер задания	Номер ответа
1.	1,2	7.	1	13.	1,3
2.	1,2,3,4	8.	1	14.	2,3
3.	1,2,3,4,5	9.	2,4	15.	4
4.	1,2,3,4,5	10.	2	16.	1,2,3,4
5.	4	11.	1,3		
6.	1	12.	2		

Меланома

Номер задания	Номер ответа	Номер задания	Номер ответа	Номер задания	Номер ответа
1.	4	9.	1,2,3,4	17.	1,2,3
2.	1,2,3,4	10.	2	18.	4
3.	2	11.	1,2,3,4	19.	4
4.	2	12.	2,3	20.	1,2
5.	1	13.	4	21.	3,4
6.	1,3	14.	1,2,3,4	22.	4
7.	1	15.	4	23.	1,2,3,4
8.	2	16.	2,3	24.	1,2,3,4

**Кератоакантома,
Гигантская остроконечная кондилома Бушке–Левенштайна,
Карциноидный папилломатоз кожи Готтрона**

Номер задания	Номер ответа	Номер задания	Номер ответа	Номер задания	Номер ответа
1.	4	10.	1,2,3,4	19.	1,2
2.	1	11.	1	20.	4
3.	1,2	12.	3	21.	1,2,3,4
4.	1,3	13.	2	22.	4
5.	1	14.	2	23.	4
6.	1	15.	4	24.	1,2,3,4
7.	1,2,3,4	16.	1,2,3,4	25.	1,2
8.	1	17.	3		
9.	4	18.	3		

Лейкоплакия, Крауроз

Номер задания	Номер ответа	Номер задания	Номер ответа	Номер задания	Номер ответа
1.	2,3,4	5.	1,2	9.	2
2.	4	6.	3	10.	3,4
3.	4	7.	1,2,3,4,5	11.	2
4.	1,2	8.	1,2,3	12.	

Эритроплазия Кейра

Номер задания	Номер ответа	Номер задания	Номер ответа	Номер задания	Номер ответа
1.	2,4	3.	2	5.	1
2.	1	4.	4		

Болезнь Боуэна

Номер задания	Номер ответа	Номер задания	Номер ответа
1.	1,3,4	3.	1,2,3
2.	4	4.	1,2,3,4

Болезнь Педжета

Номер задания	Номер ответа	Номер задания	Номер ответа	Номер задания	Номер ответа
1.	2	3.	1,3	5.	1,3,4
2.	4	4.	1,2,3,4		

Меланоз Дюбрея, Эпидермодисплазия верруциформная Левандовского–Лютца, Ксеродерма пигментная

Номер задания	Номер ответа	Номер задания	Номер ответа	Номер задания	Номер ответа
1.	1	6.	2	11.	4
2.	4	7.	1	12.	4
3.	2	8.	4	13.	1,2,3,4
4.	1,3	9.	3	14.	1,2,3,4
5.	1,2,3	10.	3		

Неvus

Номер задания	Номер ответа	Номер задания	Номер ответа	Номер задания	Номер ответа
1.	1,2,3,4	5.	3	9.	1
2.	1,2	6.	1	10.	3
3.	1	7.	1,2	11.	1
4.	1	8.	1	12.	3

Пограничный пигментный невус, Синий невус, Неvus Ота, Гигантский пигментный невус

Номер задания	Номер ответа	Номер задания	Номер ответа	Номер задания	Номер ответа
1.	2	7.	2	13.	4
2.	1,2,3	8.	1	14.	1,2
3.	4	9.	1	15.	1
4.	1,2,3,4	10.	1,2,3,4	16.	1,2,3,4
5.	1,2,3	11.	4	17.	1
6.	1,3	12.	3	18.	2

Кожный рог, Старческая бородавка, Старческая кератома

Номер задания	Номер ответа	Номер задания	Номер ответа	Номер задания	Номер ответа
1.	4	5.	4	9.	4
2.	2	6.	4	10.	2
3.	3	7.	1,2,3		
4.	1,2,3,4	8.	3		

Актинический кератоз, Мышьяковистый кератоз

Номер задания	Номер ответа	Номер задания	Номер ответа	Номер задания	Номер ответа
1.	4	5.	1,2,3,4,5	9.	4
2.	2	6.	1,2,3	10.	3
3.	1	7.	2	11.	2
4.	3	8.	1,4	12.	1,2,3

Синдром невобазоцеллюлярный семейный, Синдром атипичных родимых пятен, Синдром Базекса–Дюпре–Кристола

Номер задания	Номер ответа	Номер задания	Номер ответа	Номер задания	Номер ответа
1.	1,2	5.	1,2,3,4	9.	1
2.	1	6.	1,2,4,5	10.	1,2
3.	1,2	7.	2,3,4	11.	2,3,4
4.	2	8.	2	12.	3

Акрокератоз паранеопластический Базекса, Чёрный акантоз

Номер задания	Номер ответа	Номер задания	Номер ответа	Номер задания	Номер ответа
1.	2	4.	4	7.	1,2,3,5
2.	4	5.	1,2,3,4,5	8.	1,2,4
3.	1,2,3,4,5	6.	3	9.	1,3,4

**Мигрирующая гирляндобразная эритема Гаммела,
Синдром глюкоганомы, Гипертрихоз ланугинозный,
Синдром карциноидный,
Синдром множественной невромы слизистых оболочек**

Номер задания	Номер ответа	Номер задания	Номер ответа	Номер задания	Номер ответа
1.	2	9.	2	17.	2
2.	4	10.	2,4,5	18.	3
3.	4	11.	3,4	19.	2
4.	1,3	12.	4	20.	4
5.	2	13.	4	21.	1
6.	2	14.	1,2,3,4	22.	1,3
7.	3	15.	4	23.	2
8.	1,2	16.	4	24.	3

ОТВЕТЫ НА СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Базалиома

- Задача № 1. Крупноузелковая форма базалиомы.
- Задача № 2. Конглобированная форма базалиомы.
- Задача № 3. Бородавчатая форма базалиомы.
- Задача № 4. Мелкоузелковая (цирцинатная) форма базалиомы.
- Задача № 5. Опухولة-язвенная форма базалиомы.

Плоскоклеточная эпителиома

- Задача № 1. Опухولةвый тип, веррукозная разновидность.
- Задача № 2. Опухولةвый тип, папилломатозная разновидность.
- Задача № 3. Язвенный тип, поверхностная разновидность.
- Задача № 4. Язвенный тип, глубокая разновидность, с метастазами в регионарные лимфатические узлы.
- Задача № 5. О профессиональной спиналиоме.

Меланома

- Задача № 1. О пигментной меланоме.
- Задача № 2. О пигментной меланоме.
- Задача № 3. О пигментной меланоме.
- Задача № 4. О пигментной меланоме.
- Задача № 5. О беспигментной меланоме и её возможных метастазах в лимфатические узлы.
- Задача № 6. О пигментной изъязвившейся меланоме и её возможном метастазировании в лимфатические узлы.
- Задача № 7. О пигментной изъязвившейся меланоме в области ногтя и возможном метастазировании её в кубитальный лимфатический узел.
- Задача № 8. О пигментной меланоме в области вульвы с метастазированием в регионарные лимфатические узлы.
- Задача № 9. О пигментной меланоме в области крайней плоти с метастазированием в регионарные лимфатические узлы.

Задача № 10. О метастазировании пигментной меланомы в кожу.

Задача № 11. О пигментной меланоме и метастазировании её в регионарные лимфатические узлы.

**Кератоакантома,
Гигантская остроконечная кондилома Бушке–Левенштайна,
Карциноидный папилломатоз кожи Готтрона**

Задача № 1. Кератоакантома.

Задача № 2. Карциноидный папилломатоз кожи Готтрона.

Задача № 3. Гигантская остроконечная кондилома Бушке–Левенштайна.

Лейкоплакия, Крауроз

Задача № 1. Лейкоплакия, плоская форма.

Задача № 2. Лейкоплакия, веррукозная форма.

Задача № 3. Лейкоплакия, эрозивно-язвенная форма.

Задача № 4. Малигнизация эрозивно-язвенной лейкоплакии.

Задача № 5. Крауроз вульвы.

Задача № 6. Крауроз полового члена.

Эритроплазия Кейра

Задача № 1. Бархатная эритроплазия Кейра.

Задача № 2. Бархатная эритроплазия Кейра с трансформацией в эпителиому.

Болезнь Боуэна

Задача № 1. Болезнь Боуэна.

Задача № 2. Болезнь Боуэна, веррукозная форма.

Задача № 3. Болезнь Боуэна, экземоподобная форма.

Задача № 4. Болезнь Боуэна, гиперкератотическая форма.

Задача № 5. Малигнизация болезни Боуэна в рак. Больную следует направить к онкологу.

Болезнь Педжета

Задача № 1. Болезнь Педжета.

Задача № 2. Инфекционная экзема.

**Меланоз Дюбрея,
Эпидермодисплазия верруциформная Левандовского–Лютца,
Ксеродерма пигментная**

Задача № 1. Меланоз Дюбрея.

Задача № 2. Меланоз Дюбрея в стадии трансформации в меланому.

Задача № 3. Эпидермодисплазия верруциформная Левандовского–Лютца.

Задача № 4. Ксеродерма пигментная.

Задача № 5. Ксеродерма пигментная, осложнённая меланомой.

Невус

Задача № 1. Врождённый меланоцитарный невус.

Задача № 2. Гигантский врождённый меланоцитарный невус.

Задача № 3. Врождённый меланоцитарный невус с трансформацией в меланому.

Задача № 4. Линейный эпидермальный невус.

Задача № 5. Невус Саттона.

Задача № 6. Невус сально-железистый Ядассона.

Задача № 7. Невус комедовидный.

**Пограничный пигментный невус, Синий невус, Невус Ота,
Гигантский пигментный невус**

Задача № 1. Пограничный пигментный невус.

Задача № 2. О малигнизации пограничного пигментного невуса.

Задача № 3. О синем невусе.

Задача № 4. О невусе Ота.

Задача № 5. Гигантский пигментный волосяной невус.

Кожный рог, Старческая бородавка, Старческая кератома

Задача № 1. Кожный рог.

Задача № 2. Кожный рог с малигнизацией в эпителиому.

Задача № 3. Себорейные бородавки.

Задача № 4. Синдром Лезера-Трела.

Задача № 5. Старческая кератома.

Актинический кератоз, Кератоз мышьяковистый

- Задача № 1. Актинический кератоз.
- Задача № 2. Актинический кератоз, эритематозная форма.
- Задача № 3. Актинический кератоз, бородавчатая форма.
- Задача № 4. Актинический кератоз, пигментная форма.
- Задача № 5. Трансформация актинического кератоза в спиналиому.
- Задача № 6. Мышьяковистый кератоз ладоней и подошв.
- Задача № 7. Спиналиома на месте мышьяковистого кератоза.

Синдром невобазоцеллюлярный семейный, Синдром атипичных родимых пятен, Синдром Базекса–Дюпре–Кристола

- Задача № 1. Семейный невобазоцеллюлярный синдром.
- Задача № 2. Синдром атипичных родимых пятен.
- Задача № 3. Синдром Базекса–Дюпре–Кристола.

Акрокератоз паранеопластический Базекса, Чёрный акантоз

- Задача № 1. Акрокератоз паранеопластический Базекса.
- Задача № 2. Чёрный акантоз, доброкачественная форма.
- Задача № 3. Доброкачественный идиопатический акантоз.
- Задача № 4. Псевдоакантоз.
- Задача № 5. Лекарственный акантоз.

Эритема мигрирующая гирляндобразная эритема Гаммела, Синдром глюкоганомы, Гипертрихоз ланугинозный, Синдром карциноидный, Синдром множественной невромы слизистых оболочек

- Задача № 1. Мигрирующая гирляндобразная эритема Гаммела.
- Задача № 2. Синдром глюкоганомы.
- Задача № 3. Гипертрихоз ланугинозный.
- Задача № 4. Карциноидный синдром.
- Задача № 5. Синдром множественной невромы слизистых оболочек.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Дерматовенерология. Национальное руководство / под ред. Ю.К.Скрипкина, Ю.С.Бутова, О.Л.Иванова. – М.: ГЭОТАР-медиа, 2013. – 1024 с.
2. Дерматология Фицпатрика в клинической практике. В 3-х т. / Клаус Вольф, Лоуэлл А. Голдсмит, Стивен И. Кац и др.; пер. с англ.; общ. ред. акад. А.А.Кубановой. – М.: Изд-во Панфилова; БИНОМ. Лаборатория знаний, 2012 – Т. 3. – 2013 с.
3. Галил–Оглы, Г.А. Дерматоонкология / Г.А. Галил–Оглы, В.А. Молочков, Ю.В. Сергеев – М.: Медицина для всех, 2005. – 872 с.
4. Романова, О.А. Ранняя диагностика и профилактика меланомы кожи. Руководство-атлас / О.А. Романова. – М.: МИА, 2012. – 96 с.
5. Ламоткин, И.А. Онкодерматология: атлас: учебное пособие / И.А. Ламоткин. – М.: Изд-во: Лаборатория знаний, 2017. – 878 с.

ПРИЛОЖЕНИЕ



Рис. 1. Пограничный невоклеточный невус. Два маленьких круглых темно-коричневых пятна с четкими ровными границами. Пятна окрашены равномерно



Рис. 2. Сложный невоклеточный невус. Желто-коричневая папула с приподнятым темным центром и куполообразный шоколадный узел с темно-коричневыми, почти черными точками на поверхности. Меньшее по размеру образование – более молодое, на периферии у него преобладает внутриэпидермальный компонент



Рис. 3. Галоневус. На спине обнаружено несколько сложных невоклеточных невусов, окруженных депигментированными ободками. Со временем галоневусы исчезают, оставляя после себя только белые пятна



Рис. 4. Голубой невус. На руке – одиночный серо-синий узел со слегка размытыми границами



Рис. 5. Невус Шпиц. На щеке у ребенка за несколько месяцев вырос куполообразный узел, похожий на гемангиому. Красноватый оттенок невуса обусловлен расширенными капиллярами



Рис. 6. Невус Шпиц. На спине у девушки обнаружена темно-коричневая папула с желто-коричневым ободком, которая возникла всего за несколько месяцев. Образование иссекли и отправили на гистологическое исследование, оно подтвердило диагноз. Невус Шпиц нужно отличать от поверхностно распространяющейся и узловой меланомы

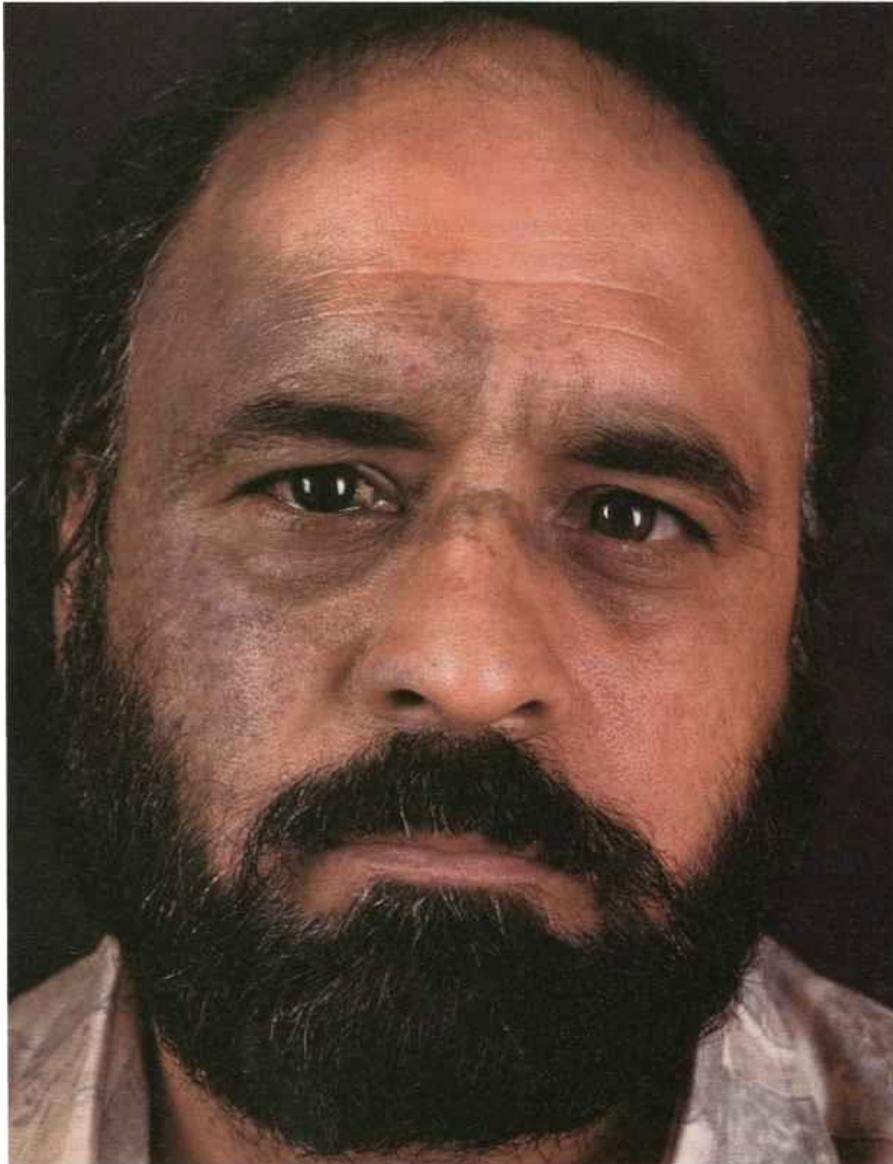


Рис. 7. Невус Оты. *Синонимы:* меланоз глазокожный, невус темно-синий глазнично-верхнечелюстной. Невус Оты – это нарушение пигментации в зоне иннервации глазного и верхнечелюстного нервов. Он очень часто встречается у представителей монголоидной расы. Например, в Японии его обнаруживают у 1% амбулаторных больных. Невус описан у негров и уроженцев Юго-Восточной Азии, изредка он возникает у белых. Невус Оты представляет собой синевато-серое неравномерно окрашенное пятно на одной стороне лица. Он может быть едва заметным или ярким, уродующим. Синий оттенок обусловлен скоплением меланоцитов в дерме. Отмечается также гиперпигментация твердого неба, конъюнктив, склеры и барабанной перепонки. Невус Оты бывает врожденным, но не наследуется; чаще всего он возникает в раннем детстве или во время полового созревания. В отличие от монгольского пятна невус Оты сохраняется до конца жизни. Очень хороший косметический эффект дает лазерная терапия. Изредка на месте невуса Оты развивается меланома



Рис. 8. Старческая кератома. На щеке у пожилой женщины видна очень крупная ороговевшая коричневая бляшка, едва заметно приподнятая над уровнем кожи. Опухоль легко спутать со злокачественным лентиго и лентиго-меланомой



Рис. 9. Старческая кератома. Множественные выпуклые коричневые папулы и узлы, как будто приклеенные к коже



Рис. 10. Кератоакантома. У больного – умеренно выраженная солнечная геродермия. На лице обнаружена красноватая полусферическая опухоль диаметром 1 см с роговой пробкой в центре



Рис. 11. Кератоакантома. На груди 6 недель тому назад возникла куполообразная опухоль красного цвета с большой роговой пробкой в центре. Клинически опухоль неотличима от плоскоклеточного рака кожи

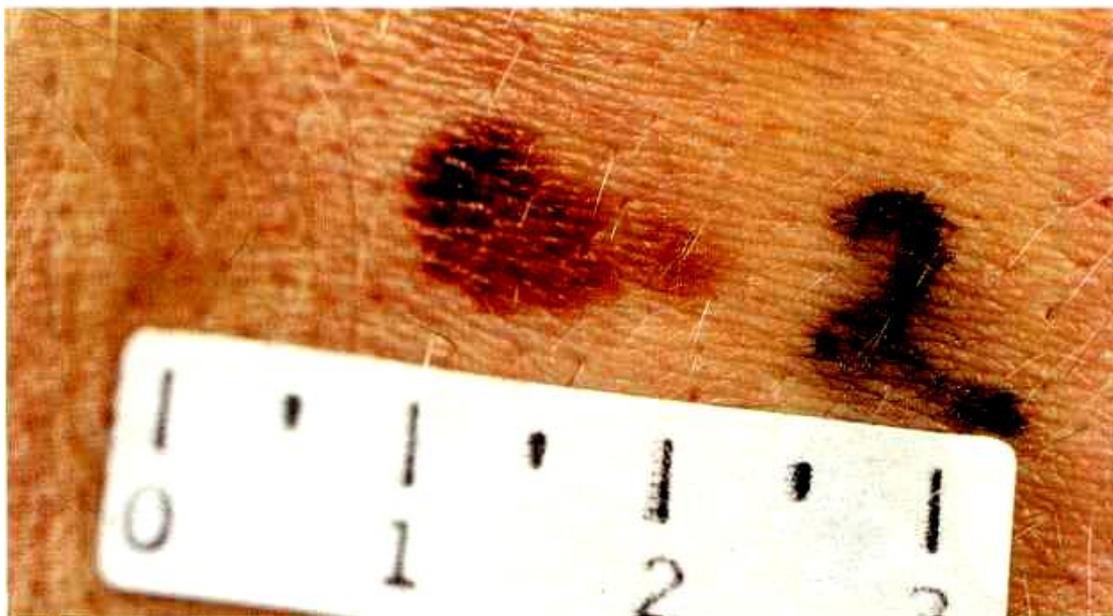


Рис. 12. Диспластический невус. Большое (1,2 см в диаметре) неравномерно окрашенное коричневое пятно овальной формы с размытыми границами. В месте, соответствующем десяти часам условного циферблата, имеется слегка приподнятый над уровнем кожи участок

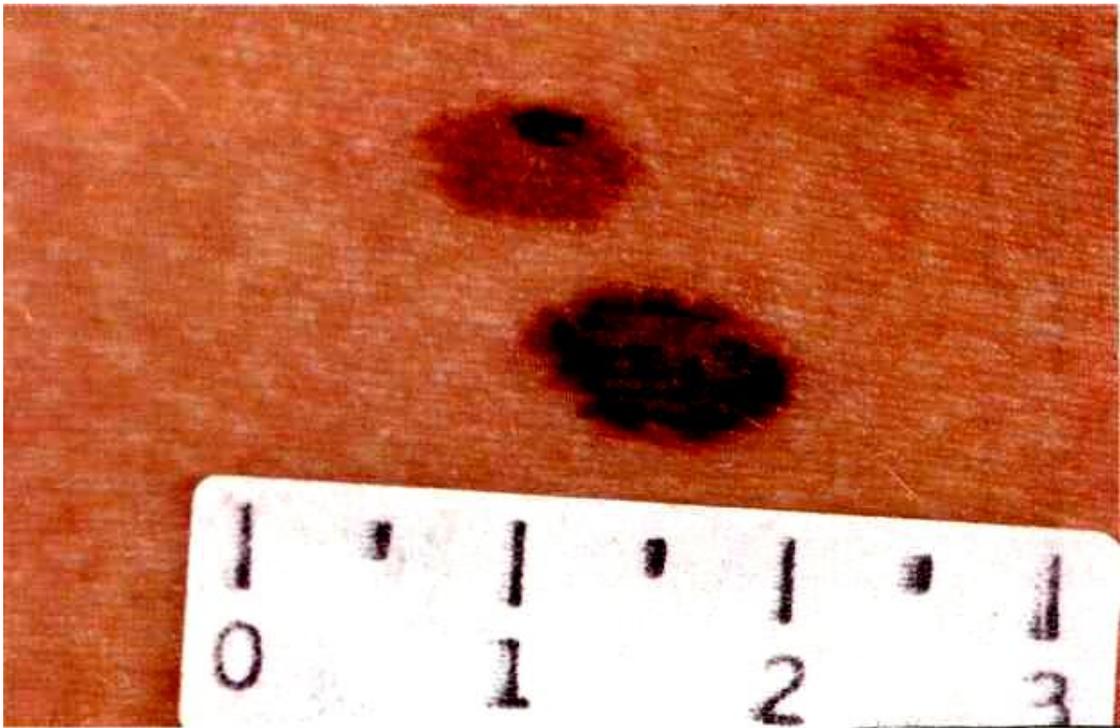


Рис. 13. Диспластический невус. Две крупных овальных коричневых плоских папулы. Окраска папул неравномерная



Рис. 14. Врожденный невоклеточный невус. На правой щеке – бронзово-коричневая бляшка с четкими границами, захватывающая верхнее и нижнее веки



Рис. 15. Врожденный невоклеточный невус. У новорожденного врожденный невоклеточный невус выглядит как шоколадно-коричневая безволосая бляшка с размытыми, нечеткими границами. С возрастом он, скорее всего, станет выпуклым и покроется волосами



Рис. 16. Злокачественное лентиго. Большое пятно на щеке с неправильными очертаниями и неравномерной окраской: видны белые, желто-коричневые, коричневые, темно-коричневые и черные участки



Рис. 17. Базальноклеточный рак: узелково-язвенная форма.
На крыле носа – одиночный перламутрово-розовый узел с крупными телеангиэктазиями. У больного – солнечный эластоз (одно из проявлений солнечной геродермии)



Рис. 18. Базальноклеточный рак: узелково-язвенная форма.
На носу видны два узла: один – большой, красный, блестящий, с бугристой поверхностью; второй, возле кончика носа – поменьше, но с изъязвлением.
У больного – солнечная геродермия



Рис. 19. Базальноклеточный рак: узелково-язвенная форма.

На щеке расположена крупная язва, окруженная полупрозрачным валиком с телеангиэктазиями. Центральный некротизированный участок покрыт черной коркой. Такие опухоли имеют самостоятельное название – *ulcus rodens* или разъедающая язва. При внимательном осмотре на лице можно обнаружить признаки солнечной геродермии (в частности, телеангиэктазии)



Рис. 20. Плоскоклеточный рак *in situ*: болезнь Боуэна. Крупную красную бляшку на голени легко принять за псориаз. Бляшка шелушится и имеет четкие границы



Рис. 21. Плоскоклеточный рак *in situ*: эритроплазия Кейра. Красная бляшка с четкими границами и блестящей поверхностью на головке полового члена

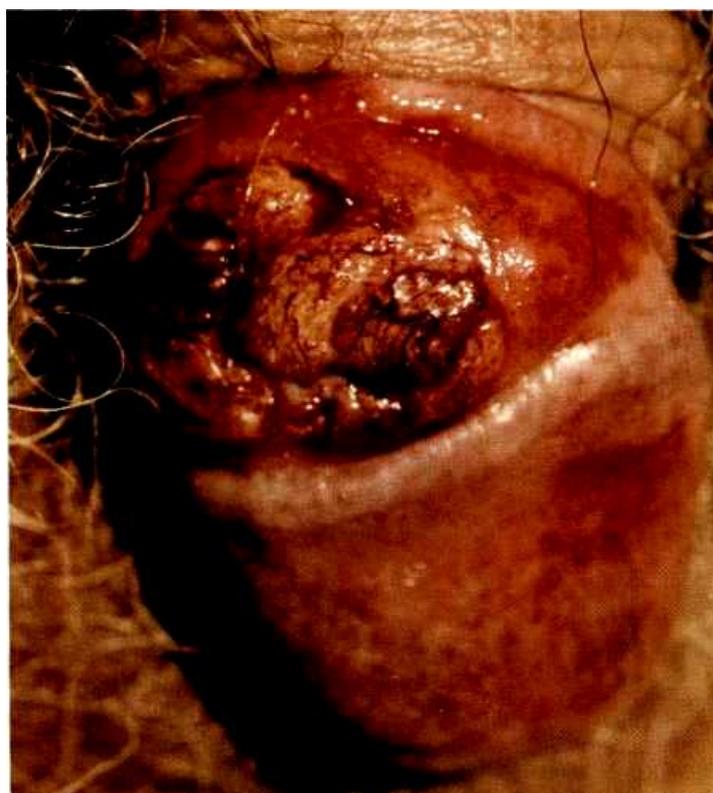


Рис. 22. Плоскоклеточный рак, растущий из эритроплазии Кейра. Крупный изъязвленный мясистый узел на шейке головки полового члена представляет собой плоскоклеточный рак *in situ*, развившийся на фоне эритроплазии Кейра



Рис. 23. Плоскоклеточный рак. На красной кайме нижней губы виден большой узел с ороговевающими и изъязвленными участками. Несмотря на свои размеры, узел едва различим при осмотре, но его легко выявить при пальпации.
У больного – солнечная геродермия

Учебное издание

Петр Николаевич Пестерев
Светлана Анатольевна Хардикова

ОНКОДЕРМАТОЗЫ

Учебное пособие

Редактор Антошина Е.В.
Технический редактор Коломийцева О.В.
Обложка Забоевкова И.Г.

Издательство СибГМУ
634050, г. Томск, пр. Ленина, 107
тел. 8 (3822) 51-41-53
E-mail: otd.redaktor@ssmu.ru

Подписано в печать 28.09.2020.
Формат 60x84_{1/8}. Бумага офсетная.
Печать цифровая. Гарнитура «Times». Печ. лист. 10,7. Авт. лист. 6,2.
Тираж 100 экз. Заказ № 28

Отпечатано в Издательстве СибГМУ
634050, Томск, ул. Московский тракт, 2
E-mail: lab.poligrafii@ssmu.ru