Новообразования кожи. Лимфомы кожи

1. Доброкачественные новообразования кожи

Как известно, любая человеческая ткань может генерировать опухоли. Одни из них представляют скопление нормальных клеток данной ткани (доброкачественные опухоли), а другие - скопления атипичных клеток - злокачественные опухоли.

Клинические новообразования кожи:

1) доброкачественные: аденома, фиброма, липома, ангиома, невус;

2) предраковые: старческая кератома, кожный рог, болезнь Педжета, болезнь Бовена, лейкоплакия;

3) злокачественные: эпителиома, меланома, саркома.

Встречаются вторичные (метастатические) опухоли кожи у больных, лечившихся по поводу новообразований внутренних органов (легких, молочной железы). Выделяют также лимфомы кожи - заболевания, обусловленные злокачественной пролиферацией (разрастанием) в коже лимфоидных клеток. В большинстве случаев злокачественным новообразованиям предшествует ряд изменений кожи, длительно протекающих в виде самостоятельного заболевания, создавая патологический фон предраковые изменения.

2. Предраковые новообразования кожи

Факторы, способствующие возникновению предраковых состояний:

1) воздействия физических (травма, инсоляция, ионизирующая радиация) и канцерогенных веществ;

2) хронические воспалительные процессы специфической (туберкулез кожи, красная волчанка) и неспецифической природы (трофические язвы, свищи, послеожоговые рубцы);

3) патологические состояния возрастного характера (старческая кератома, кожный рог, болезнь Педжета, болезнь Боуэна, лейкоплакия), а также аномалии развития, особенности конституции.

Невусы - ограниченные пороки развития кожи, представляют собой скопления меланоцитов, внешне похожие на темные большие бородавки, зачастую на них растут волосы.

Различают:

1) невусы, на фоне которых возможно развитие меланом (меланомоопасные):

а) пограничный. Клетки расположены на границе эпидермиса и дермы; чаще располагается в области кистей и стоп; имеет высокую степень озлокачествления;

б) синий или голубой;

в) гигантские пигментные;

г) кожный дерматоз или предраковый меланоз Дюбрейля - на коже лица, внешне выглядит как пигментное пятно, похожее на географическую карту. Различные его участки имеют окраску различной степени интенсивности;

2) меланомонеопасные невусы (встречаются у большинства людей):

a) фиброзноэпителиальные невусы (бородавки);

б) папилломатозные;

в) векррукозные(бородавчатые).

Соотношение меланомоопасных невусов к меланомонеопасным - 1 : 10. Клиническая оценка невусов необходима для того, чтобы отличить первый тип невуса от второй его разновидности. Если у пациента подозревается меланомоопасный вид невуса, то необходимо полное его удаление.

Симптомы "активизации" невуса:

1) любое увеличение размеров опухоли;

2) изменение окраски;

3) появления "чувства" невуса (начинает мешать, беспокоить, становится заметен самому пациенту);

4) появление вокруг опухоли папилломатозных разрастаний;

5) выпадение волос с поверхности невуса;

6) неровный контур опухоли;

7) увеличение невуса боле 6 см в диаметре;

8) появление вокруг опухоли сателлитных образований;

9) изъязвление или кровоточивость.

Атеромы - образование из сальных желез. Локализуются на волосистой части головы, шее, лбу, в области копчика, преимущественно в зрелом и пожилом возрасте. Возникает одиночное, приподнимающееся над окружающими тканями плотной или эластичной консистенции медленно растущее образование, кожа над которым имеет обычный цвет. При сдавлении атеромы, ее нагноении появляется болезненность, кожа над ней краснеет.

Диатерма - киста сальной железы - удаляется с помощью микрооперации: небольшой надрез в коже. Фибромы, дерматофибромы могут быть одиночными и множественными, мягкой и плотной консистенции, плоскими и на узкой ножке. После нескольких лет существования дерматофибромы могут спонтанно рассосаться. Гемангиомы - из сосудистой ткани. Как правило, они врожденные и увеличиваются по мере роста ребенка.

Болезнь Бовена и болезнь Педжета традиционно описывают в разделе предраковых заболеваний кожи, хотя они являются особой формой рака кожи, обозначаемой как in situ, и могут в последующем давать метастазы подобно плоскоклеточному раку кожи.

Себорейная кератома возникает у пожилых, чаще на туловище, кистях, в виде бородавчатых высыпаний желто-коричнего цвета. Бородавки и кератомы удаляются методом криодеструкции или электрокоагуляции. Пигментная ксеродерма - вследствие повышенной чувствительности кожи к УФ-лучам, после непродолжительной инсоляции появляются красные пятна, на которых образуются пигментные пятна, процесс сопровождается кератоконъюнктивитом, кератитом.

3. Лимфомы кожи

Лимфомы (гемодермии - старое) - опухолевые нелейкемические поражения лимфоидно-ретикулярной системы кожи. Начинается с поражения кожи, затем приобретает системный характер. Этиология не выяснена. Предполагают ВИЧ, иммунопатологии, наследственную предрасположенность.

Классификация (в мире более 100.):

1) с медленной прогрессией:

а) мономорфная: трехстадийная форма, пойкилодермическая форма, эритродермическая, пятнисто-инфильтративная, узелковая, плазмоцитома;

б) полиморфная: трехстадийная или грибовидный микоз, узелковая;

2) с быстрой прогресией:

а) узелково-бляшечная диссеминированная ретикулосаркома Готтрона;

б) инфильтративно-узловатая или обезглавленная форма грибовидного микоза Видали;

в) лимфосаркома Брока;

г) эритродермическая форма (сильный зуд и папулезная сыпь).

Грибовидный микоз - на заключительной стадии опухоль напоминает шляпку гриба.

1) классическая форма имеет три стадии:

а) премикотическая;

б) инфильтративно-бляшечная;

в) стадия опухоли;

2) обезглавленный грибовидный микоз (выпадают первые две стадии, более злокачественный);

3) эритродермическая форма - диффузная отечная эритема с образованием грубых складок и поверхностным шелушением кожи, вовлечением лимфоузлов, лихорадкой, течение злокачественное.

Классическая форма:

1) сначала появляются экзематозно-эритематозные очаги, с сильным зудом, по мере диссеминации зуд усиливается;

2) образуются бляшки розово-красного цвета с четкими границами, поверхность гладкая или шелушащаяся, на поверхности бляшки ангиоэктазии, вовлекаются регионарные лимфоузлы;

3) на месте бляшек шаровидные образования размером до куриного яйца, кожа над элементами блестящая с телеангиэктазиями.

Лечение.

Витамины группы В, антигистаминные и гипосенсибилизирующие препараты, фотохимиотерапия (фотосенсибилизаторы + облучение), при развитии специфических изменений - преднизолон 25-30 мг + цитостатики (проспидин 100-150 мг внутримышечно, на курс 3,5-4 г), иммуномодуляторы (интерферон, реоферон, ферон). Если процесс приобретает распространенный характер, добавляют второй цитостатический препарат. Для ускорения разрешения опухоли - R-облучение. После достижения хороших результатов через 1,5-2 месяца проводят еще один курс химиотерапии.