Злокачественные новообразования. Саркома Капоши

1. Меланома

Меланома - одна из наиболее злокачественных опухолей из пигментных пятен. В структуре онкозаболеваний меланомы составляют около 1,3 %. Среди опухолей кожи эти бластомы встречаются в 10 % случаев. Факторы риска возникновения меланомы:

1) белый цвет кожи;

2) длительное пребывание на солнце;

3) проживание в областях, близких к экватору;

4) меланомы очень чувствительны к травме.

Происхождение меланом:

1) меланомы из невусов;

2) лентигомеланомы - из меланоза Дюбрейля;

3) меланомы "de novo" - развившиеся на интактной коже, развиваются из отдельных нормальных меланоцитов, часть из них малопигментна или беспигментна.

Внешний вид и характеристика роста меланом:

1) поверхностная распространенная меланома (60-70 % всех меланом);

2) из невусов; плоское поражение; растет от 1 года до 7 лет;

3) узловая меланома (15-30 % меланом) - на неизмененной коже, более агрессивная. Отсутствует форма горизонтального роста;

4) лентигомеланома (4-10 % от числа меланом) - на лице. Не метастазирует, растет в течение 5-10 лет;

5) акральная лентигомеланозная меланома (2-8 %) - у негров и монголов;

6) другие неклассифицируемые виды меланом, в том числе бессимптомные.

Виды метастазирования: по лимфатическим сосудам, регионарные лимфоузлы при этом не заинтересованы; метастазы в регионарные лимфоузлы; гематогенное метастазирование (в частности, в головной мозг).

Лечение.

Хирургический способ применим при отдельной опухоли или имеющей местные метастазы, не достигающих зоны регионарных лимфоузлов.

Лучевая терапия эффективна при лентигомеланомах.

Химиотерапия применяется в тех случаях, когда есть метастазы.

Биотерапия - интерферон, интерлейкин; метод на стадии разработки.

Все раки кожи, происходящие из эпидермиса:

1) опухоли нижней губы;

2) базальноклеточный рак кожи (базалиомы или кожный карциноид);

3) плоскоклеточный рак кожи;

4) рак, развивающийся из придатков кожи;

5) болезнь Бовена.

2. Базалиома

Базалиома поражает людей пожилого, старческого возраста. Локализуется в области кожи лица: носогубные складки, переносица, область орбит, лба, виска. Относительно медленно растет, никогда не метастазирует. Обладает способностью к рецидивированию и местнодеструктивному росту.

Клиническая картина. Вначале - плотный узелок перламутрового цвета. Иногда их образуется сразу несколько, и они сливаются. Через некоторое время в центре поражения - язва под корочкой. Впоследствии язва растет и не заживает. Вокруг язвы образуются новые узелки-сателлиты.

Диагностика: обнаружение в соскобе с поверхности опухоли характерных клеток.

Лечение. Основной метод - лучевой. Применяется короткофокусная Rg-терапия. Базально-клеточный рак к ней наиболее чувствителен. Хирургический метод применяется зачастую с первичной кожной пластикой. Выполняют иссечение опухоли, отступя 1,5-2 см от наружного ее края. Иссечению подвергается также вся кожа, подкожная клетчатка, фасция.

3. Плоскоклеточный рак

Необходимо отметить, что рак нижней губы также относится к плоскоклеточным. Особенности данного вида заболевания:

1) любая локализация, но на коже конечностей и туловища чаще, может образовываться на слизистой вульвы и на половом члене;

2) более быстрый рост, чем у базалиомы;

3) метастазирует в близлежащие лимфоузлы.

Клиническая картина. В месте поражения - гладкие плотные узелки, иногда с сосочковыми разрастаниями на поверхности. На поверхности узелка появляется язва, болезненная с плотным кровоточащим дном, вывороченными краями. Опухоль быстро увеличивается, разрушая прилежащие ткани, и метастазирует.

Диагноз: обнаружение характерных раковых клеток в соскобе со дна язвы.

Лечение. Лучевая терапия (короткофокусная Rg-терапия) - основной метод лечения. Хирургическое лечение выполняется по тем же принципам, что и при базалиоме.

Опухоли нижней губы - в области красной каймы, где имеется переход от многослойного плоского эпителия в слизистую полости рта. Редко, но заболевание возникает в области перехода на верхнюю губу. Опухоли - разрастания, похожие на бородавки, окрашены в бледно-розовый цвет. Растут быстро. В запущенных случаях на стороне поражения увеличиваются лимфатические узлы. Опухоль может травмироваться при приеме пищи. Обычно пациенты не испытывают болевых ощущений. Повод для обращения к врачу - гигантский размер новообразования, препятствующий приему пищи или представляющий собой серьезный косметический дефект, а также кровотечения из поврежденной опухоли.

Диагностика: осмотр узла (характерный внешний вид новообразования), пальпация, выполнение соскоба с поверхности образования с целью исследования полученных клеток под микроскопом. Иногда требуется биопсия (удаление кусочка тканей) для более детального изучения.

Лечение. Лучевая терапия, реже применяется хирургическое вмешательство.

Остальные виды рака кожи встречаются достаточно редко, однако имеют особенности. Локализуется чаще на волосистой части головы; быстро метастазируют, особенно по кровотоку; имеют устойчивое течение; плохо распознаются, т. к. развиваются из глубоких слоев кожи (дермы). Их часто путают с такими заболеваниями, как атеромы, липомы, оперируют, что может привести к бурному росту опухоли. Поэтому всякая ткань или орган, иссеченные из тела человека, исследуются под микроскопом.

"Гигантские" опухоли (как правило, запущенные), размеры которых превышают 5 см, лечатся комбинированным способом: до операции выполняется лучевая терапия для уменьшения объема опухоли и снижения активности ее клеток. Через 2-4 недели - операция.

Альтернативные методы лечения рака кожи:

1) лазеротерапия - размер опухоли более 25 мм;

2) криодеструкция.

Редко для лечения опухолей кожи применяется химиотерапия ввиду малой ее эффективности. Используются: 0,5%-ная аммониевая мазь, 10%-ный фторурацил, проспидиновая мазь.

Профилактика злокачественных новообразований кожи: избегание чрезмерного солнечного загара, защита кожи от хронических травм, потертостей, особенно в области родинок и папиллом, своевременное лечение воспалительных заболеваний кожных покровов.

4. Саркома капоши

Саркома Капоши (ангиоретикулез) - множественная геморрагическая саркома встречается примерно у 30 % больных с синдромом приобретенного иммунодефицита. Выделяют неэпидемическую (классическую) форму ангиоретикулеза Капоши и эпидемическую, наблюдаемую у больных СПИДом. Клинически и гистологически они не отличимы. Это сосудистая опухоль, исходящая из элементов ткани, в первую очередь кожи. Симптомы и течение разнообразны и зависят от длительности процесса. Вначале появляются, чаще всего на коже конечностей, фиолетовые пятна. Впоследствии возникают плотные узелки диаметром до 2 см, округлых очертаний, синюшно-красного и коричнево-красного цвета. Образования могут сливаться в бугристые очаги и изъязвляться. Заболевание встречается преимущественно у мужчин. У больных СПИДом саркома Капоши протекает в более агрессивной форме, поражая лимфатические узлы, слизистые оболочки и внутренние органы, и имеет злокачественный характер. Химиотерапия не всегда эффективна.

Лечение: применяют цитостатический препарат проспидин внутримышечно 100-150 мг, на курс 3-4 г. Применяют генноинженерный препарат гаммферон; неовир - индуктор эндогенных альфа-, бета-интерферонов.