

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ**

«ГОМЕЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

**Кафедра онкологии с курсом лучевой диагностики и лучевой терапии
Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ**

С. А. ИВАНОВ, Н. М. ТРИЗНА

ОПУХОЛИ КОЖИ И ГУБЫ

**Учебно-методическое пособие
для студентов 5–6 курсов лечебного факультета,
обучающихся по специальности «Лечебное дело»,
врачей-стажеров, клинических ординаторов**

Гомель 2008

УДК 616.5 +616.317]-006.6

ББК 55.8 + 55.6

И 20

Авторы:

С. А. Иванов, Н. М. Тризна

Рецензент:

доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой онкологии,
лучевой диагностики и лучевой терапии Гомельского государственного
медицинского университета *В. Н. Беляковский*

Иванов, С. А.

И 20 Опухоли кожи и губы: учеб.-метод. пособие для студентов 5–6 курсов
лечебного факультета, обучающихся по специальности «Лечебное дело»,
врачей-стажеров, клинических ординаторов / С. А. Иванов, Н. М. Тризна. —
Гомель: Учреждение образования «Гомельский государственный меди-
цинский университет», 2008. — 28 с.

ISBN 978-985-506-125-1

Рассматриваются вопросы эпидемиологии, этиопатогенеза, клиники, диагно-
стики и лечения злокачественных новообразований кожи и красной каймы губ.

Составлено в соответствии с учебной программой и требованиями образова-
тельного стандарта выпускников лечебных факультетов медицинских вузов и
предназначено для студентов 5–6 курсов лечебного факультета, врачей-стажеров,
клинических ординаторов.

Утверждено и рекомендовано к изданию Центральным учебным научно-
методическим советом учреждения образования «Гомельский государственный
медицинский университет» 12 февраля 2008 г., протокол № 2

УДК 616.5 +616.317]-006.6

ББК 55.8 + 55.6

ISBN 978-985-506-125-1

© Учреждение образования
«Гомельский государственный
медицинский университет», 2008

ВВЕДЕНИЕ

Кожные покровы и красная кайма губ являются легкодоступными для визуального и пальпаторного обследования. Несмотря на это, врачи общей лечебной сети нередко сталкиваются с затруднением в определении оптимальной диагностической и лечебной тактики при предопухолевой патологии и злокачественных опухолях этой локализации. Ознакомление студентов с вопросами этиопатогенеза, клиники, диагностики и лечения рака и предопухолевых заболеваний кожи и губ является важным аспектом формирования онкологической настороженности.

Цель занятия — научиться выявлять злокачественные новообразования кожи и губ, обосновать и составить план диагностического обследования, лечения и диспансеризации больных раком кожи, губы и меланомой.

Задачи занятия:

- изучить вопросы этиологии и патогенеза рака кожи и губы, меланомы кожи;
- изучить основные морфологические формы кожи и губы, меланомы кожи;
- научиться распознавать клинические проявления рака кожи и губы.
- научиться распознавать клинические проявления меланомы кожи.
- научиться составлять и обосновать план обследования больных с раком кожи и губы, меланомы кожи.
- освоить методику клинического обследования больного раком кожи и губы, меланомой кожи;
- научиться формулировать развернутый диагноз с указанием стадии по TNM;
- ознакомиться с методами лечения рака кожи и губы, меланомы кожи;
- освоить принципы первичной и вторичной профилактики рака кожи, рака губы, меланомы кожи.

Контрольные вопросы из смежных дисциплин

1. Анатомия челюстно-лицевой области.
2. Кровоснабжение головы и шеи.
3. Пути регионарного лимфооттока от органов головы и шеи (анатомия человека).
4. Гистологическое строение кожи и красной каймы губ (гистология и цитология).
5. Гистологическая характеристика доброкачественных и злокачественных опухолей кожи и губы (патологическая анатомия).
6. Теории канцерогенеза.
7. Отличительные особенности злокачественных опухолей.
8. Метастазирование злокачественных опухолей (патологическая физиология).

9. Принципы диагностики и лечения заболеваний (пропедевтика внутренних болезней).
10. Рентгенологическое исследование костей лицевого скелета.
11. Лучевая диагностика опухолей челюстных костей (лучевая диагностика).
12. Характеристика первичных морфологических элементов кожи (дерматология).

Контрольные вопросы по теме занятия

1. Эпидемиология рака кожи, рака губы, меланомы кожи.
2. Этиология и патогенез рака кожи, рака губы, меланомы кожи.
3. Облигатные и факультативные предопухолевые процессы кожи и губы.
4. Гистологические формы, рост и распространение опухолей кожи и губы.
5. Клиника и диагностика рака кожи, рака губы, меланомы кожи.
6. Уровни инвазии меланомы по Кларку.
7. Классификация рака кожи, рака губы, меланомы кожи по TNM.
8. Лечение больных раком кожи.
9. Лечение больных раком губы.
10. Лечение больных меланомой кожи.
11. Показания к выполнению лимфаденэктомий.
12. Прогноз при раке кожи, раке губы, меланоме кожи.

УЧЕБНЫЙ МАТЕРИАЛ

Эпидемиология

Эпителиальные злокачественные новообразования кожи являются одними из наиболее распространенных опухолей. Составляют 10–14% в структуре общей онкозаболеваемости. Заболеваемость плоскоклеточным раком кожи и губ в Республике Беларусь в течение 1970–2004 гг. увеличилась в 4 раза. Стандартизированные показатели для мужского и женского населения представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Заболеваемость раком кожи в Беларуси и Гомельской области в 1970 и 2004 гг.

Территория	1970 г.		2004 г.	
	мужчины	женщины	мужчины	женщины
Беларусь	13,9	13,5	35,0	30,9
Гомельская область	17,3	15,7	49,9	47,2

Чаще болеют мужчины (соотношение лиц мужского и женского пола составляет 1,3–1,4:1). Заболеваемость в Гомельской области заметно превосходит показатели по Беларуси. Заболевают в основном лица 50–70 лет.

Меланома кожи — особая форма злокачественной опухоли кожи, развивающаяся из меланинпродуцирующих клеток. В структуре общей онкозаболеваемости составляет около 1%. Заболеваемость в Республике Беларусь в 2004 г. — 4 случая на 100 тыс. населения. Чаще болеют женщины (соотношение лиц мужского и женского пола составляет 0,7:1). Смертность от меланомы кожи превышает 50%, составляя около 0,74% с общей структуре смертности от онкозаболеваний. Заболеваемость меланомой кожи постоянно возрастает, соотношение показателей 2004 и 1970 гг. составляет 3,1. Средний возраст начала заболевания 40–50 лет.

Рак губы — самая частая злокачественная опухоль в челюстно-лицевой области. В большинстве стран рак губы является сравнительно редким заболеванием. В общей структуре заболеваемости злокачественными опухолями в Беларуси рак губы составляет около 1%. Заболеваемость в Республике Беларусь в последние годы находится в пределах 2,1–3,1 случаев на 100 тыс. населения, чаще болеют мужчины (в соотношении 4–5:1). В Гомельской области ежегодно регистрируется около 60 первичных пациентов. Смертность от рака губы составила в 1998 году 1,3 случая на 100 тыс. населения в Беларуси и 1,8 — в Гомельской области. Заболеваемость раком губы в последние годы снижается. Заболевают в основном лица 60–70 лет.

Патогенез и факторы риска

Этиологические факторы рака кожи — воздействие солнечного облучения (в первую очередь ультрафиолетовое), термические и механические травмы. Чаще заболевают сельские жители, а опухоль в 90% случаев поражает открытые участки тела — лицо, шея, тыл кистей.

В патогенезе меланомы играют роль несколько факторов. Экзогенные — солнечная радиация (ультрафиолетовый диапазон), ионизирующее излучение, хроническое раздражение, ожоги, термические, химические и механические травмы невусов (в том числе неадекватное лечение). Этнические и конституциональные факторы: меланома чаще встречается у европеоидов (блондинов, рыжеволосых). Все периоды гормональной перестройки организма (половое созревание, беременность, лактация, климакс) являются критическими в отношении активизации и малигнизации пигментных образований. Имеются сведения о существовании наследственной предрасположенности к развитию меланомы, родственники больных меланомой составляют группу риска.

Основным канцерогенным агентом для рака губы является табакокурение. У курильщиков заболевание встречается в 30 раз чаще, чем у некурящих. К другим факторам, вызывающим развитие рака губы относятся употребление алкоголя, жевание табака, неполноценное питание. С солнечной радиацией связана более высокая заболеваемость среди сельских жителей. Столь же существенную роль играют кариес, аномалии прикуса, плохие коронки, отложения зубного камня, при этом канцерогенный эф-

фект реализуется за счет хронической травматизации. В свою очередь, кариес развивается на фоне недостатка фтора, витаминов А и Е, хронических воспалительных заболеваний желудка и кишечника.

Предопухолевые заболевания

К предраковой патологии кожи и красной каймы губ относятся заболевания, сопровождающиеся дисплазией эпителиального покрова. Различают факультативные (с невысокой частотой малигнизации) и облигатные (частота малигнизации — до 100%) предопухолевые заболевания.

Классификация предраковых заболеваний кожи

А. Облигатные:

- болезнь Боуэна — бляшка красноватого цвета с неправильными очертаниями, поверхность покрыта чешуйками или корками;
- пигментная ксеродерма — пятна красного цвета с атрофией, гиперкератозом, телеангиэктазиями, шелушением;
- болезнь Педжета — ограниченная эрозия с корками, чаще всего в области ареол молочных желез;
- эритроплазия Кейра — ярко-красные пятна с бархатистой поверхностью и тенденцией к изъязвлению, чаще всего в области головки полового члена.

Б. Факультативные:

- кератоакантома — солитарное узловое образование округлой формы с кратерообразным вдавлением в центре и кератозом, возможно отторжение роговых масс; бывает спонтанная регрессия.
- старческий кератоз — множественные пятна бледного, буроватого, желтоватого цвета с телеангиэктазиями, кератозом.
- кожный рог — экзофитное образование телесного цвета с выраженным кератозом, плотное.

К этой группе относятся также все доброкачественные опухоли эпидермиса и заболевания с трофическими расстройствами: старческая атрофия кожи, красная волчанка, свищи, хронические язвы и раны, рубцы.

Меланома кожи примерно в 70% случаев развивается на месте доброкачественного пигментного образования — невуса. Пигментный невус (в литературе дальнего зарубежья встречается термин *benign melanoma* — доброкачественная меланома) — врожденная или приобретенная доброкачественная опухоль из меланинпродуцирующих клеток. Встречается примерно у 90% населения. Различают меланомонеопасные и меланомоопасные невусы.

Меланомонеопасные невусы:

- внутридермальный — гиперпигментированное пятно с четкими очертаниями и консистенцией окружающей кожи, сохраненным кожным рисунком и пушковыми волосами;

- фиброэпителиальный невус — узелок округлой формы, часто с усиленным волосным покровом, может воспаляться;
- папилломатозный и веррукозный — экзофитные образования с мелкобугристой поверхностью, консистенция мягкая или несколько более плотная по сравнению с окружающей кожей;
- галоневус — слегка возвышающийся над окружающей кожей узелок красновато-коричневого цвета с венчиком гипопигментации;
- «монгольское» пятно — врожденное пятно с четкими границами, чаще всего в поясничной области, способно к саморегрессии.

Меланомоопасные невусы:

- диспластический невус — плоское пятно различных оттенков коричневого цвета, возможна неравномерная пигментация, очертания нечеткие;
- пограничный пигментный невус — плоский узелок различных оттенков коричневого цвета, консистенция может быть уплотнена по сравнению с окружающими тканями, всегда лишен волосного покрова;
- синий (голубой) невус — узелок синего, голубоватого, темно-коричневого цвета, поверхность лишена волос, очертания обычно четкие, консистенция мягко- или плотноэластическая;
- невус Оты (глазнично-верхнечелюстной) имеет характерную локализацию — область иннервации I и II ветвей тройничного нерва, сопровождается пигментацией склеры или радужной оболочки, иногда — слизистой оболочки органов головы и шеи;
- гигантский волосной пигментный невус — бляшка коричневого или сероватого цвета с гипертрихозом и гиперкератозом;
- меланоз Дюбрея — бляшка серовато-коричневого цвета, эпидермис утолщен, очертания нечеткие.

Лечение всех невусов хирургическое. Меланомоопасные образования подлежат обязательному иссечению во всю толщу дермы с отступлением от краев не менее 0,2–0,3 см на лице, на других участках тела — не менее 0,5 см. При меланомоопасных невусах оперативное лечение показано при наличии хотя бы одного признака малигнизации, острой травме образования. Другие показания к удалению невусов: воспаление, локализация на подошвах, ладонях, гениталиях, вблизи ногтей, в областях, подвергающихся хроническому механическому раздражению; первое появление в пубертатном периоде, беременности, лактации; темные пятна, особенно с нечеткими краями; у блондинов, впервые появившиеся у пожилых лиц; любые изменения любого пигментного пятна у лиц, ранее перенесших меланому. Обязательно гистологическое исследование, при подозрении на малигнизацию выполняется экспресс-биопсия. При невозможности операции или отказе пациента — диспансерное наблюдение, рекомендации по механическому щажению невусов, ограничению инсоляции.

Классификация предопухолевых заболеваний красной каймы губ (И. И. Ермолаев, 1977)

А. Процессы с высокой частотой озлокачествления:

- бородавчатый предрак;
- ограниченный гиперкератоз;
- хейлит Манганотти.

Б. Процессы с низкой частотой озлокачествления:

- лейкоплакия веррукозная;
- кератоакантома;
- кожный рог;
- папиллома с озлокачествлением;
- эрозивно-язвенные и гиперкератотические формы красной волчанки и красного плоского лишая;
- постлучевой хейлит.

Существует более адаптированное к клинической практике разделение предопухолевых заболеваний на диффузные и очаговые, что определяет лечебную тактику. К **диффузным** относят хейлиты, дискератозы, поверхностную лейкоплакию; к **очаговым** — папилломы, кожный рог, кератоакантому, ограниченный гиперкератоз, бородавчатую лейкоплакию.

Патологическая анатомия

Первичные эпителиальные злокачественные опухоли кожи развиваются из клеток эпидермиса. К ним относятся базальноклеточный рак (базалиома), плоскоклеточный ороговевающий и неороговевающий рак (спинолиома), метатипический рак, опухоли из эпителия придатков кожи (аденокистозная карцинома, рак из потовых желез), недифференцированный рак. В 10% случаев имеет место первично-множественное поражение. Метастазирование лимфогенное и гематогенное. Опухоли туловища склонны к более агрессивному клиническому течению по сравнению с образованиями головы и шеи.

Меланома кожи имеет 4 основных клеточных типа: эпителиоподобный, веретенноклеточный, невоклеточный, смешанноклеточный. Метастазирование лимфогенное и гематогенное. Нередко наблюдаются метастазы в коже и подкожной клетчатке.

Международный противораковый союз подразумевает под термином «рак губы» эпителиальные злокачественные опухоли, исходящие из красной каймы губ, новообразования кожи и слизистой оболочки относятся соответственно к раку кожи лица и раку полости рта. В 95–98% случаев поражается нижняя губа. Гистологически преобладает плоскоклеточный рак — ороговевающий или неороговевающий, возможно распространение базалиом с соседних участков кожи. Очень редко выявляются низкодифференцированные и недифференцированные опухоли. Неэпителиальные злокачественные новообразования являются казуистической редкостью. Метастазирование лимфогенное и гематогенное.

Классификация злокачественных опухолей кожи и губ

Злокачественные опухоли классифицируются по TNM-стадиям (международная классификация) и по отечественной классификации (обозначается римскими цифровыми символами). Официальным документом является TNM-классификация злокачественных опухолей Международного противоракового союза 1999 года (IX пересмотр).

Рак кожи

Категория T — первичная опухоль:

- T_{is} — карцинома in situ.
- T_x — недостаточно данных для оценки первичной опухоли.
- T₀ — первичная опухоль не определяется.
- T₁ — опухоль 2 см и менее в наибольшем измерении.
- T₂ — опухоль более 2 см и не более 5 см в наибольшем измерении.
- T₃ — опухоль более 5 см в наибольшем измерении.
- T₄ — опухоль любого размера, распространяющаяся на подлежащие структуры (кость, хрящ, мышцы).

Категория N — метастазы в регионарные лимфатические узлы:

- N_x — недостаточно данных для оценки регионарных лимфатических узлов.
- N₀ — нет метастазов в регионарных лимфатических узлах.
- N₁ — имеются метастазы в регионарные лимфатические узлы.

Категория M — метастазы в отдаленные органы:

- M_x — недостаточно данных для оценки отдаленных метастазов.
- M₀ — нет метастазов в отдаленных органах.
- M₁ — есть метастазы в отдаленных органах.

Группировка по стадиям:

- I стадия — T₁N₀M₀,
- II стадия — T₂₋₃N₀M₀,
- III стадия — T₄N₀M₀, T₁₋₄T₁M₀,
- IV стадия — T₁₋₄N₀₋₁M₁.

Меланома кожи

Категория T — первичная опухоль. Степень распространения первичной опухоли классифицируется после иссечения (pT). Учитывают три критерия: 1) толщину опухоли по A. Breslow в мм в наибольшем измерении, 2) уровень инвазии по W.Clark, 3) наличие или отсутствие сателлитов в пределах 2 см от первичной опухоли.

pT_x — недостаточно данных для оценки первичной опухоли.

pT₀ — первичная опухоль не определяется.

pT_{is} — меланома in situ, I уровень инвазии по W.Clark (опухоль в пределах эпителиального слоя).

pT₁ — опухоль толщиной до 0,75 мм, инфильтрирующая папиллярный слой (II уровень инвазии по W.Clark).

pT₂ — опухоль толщиной до 1,5 мм, инфильтрирующая ретикулярный слой (III уровень инвазии по W.Clark).

Примечание. Больных с III уровнем инвазии условно делят на 2 подгруппы: 1-я при толщине опухоли менее 0,76 мм характеризуется благоприятным прогнозом и 2-я при толщине опухоли более 0,76 мм, когда угроза развития метастазов значительно выше.

pT₃ — опухоль толщиной до 4 мм, инфильтрирующая папиллярный слой (IV уровень инвазии по W.Clark).

pT_{3a} — опухоль толщиной до 3,0 мм.

pT_{3b} — опухоль толщиной до 4,0 мм.

pT₄ — опухоль толщиной более 4 мм и/или инфильтрирующая подкожную клетчатку (V уровень инвазии по W.Clark) и/или имеются сателлит(ы) в пределах 2 см от первичной опухоли.

pT_{4a} — опухоль более 4 мм и(или) инфильтрирующая подкожную клетчатку.

pT_{4b} — сателлит(ы) в пределах 2 см от первичной опухоли.

Примечание. В случае несоответствия толщины опухоли и уровня инвазии pT-категорию определяют по менее благоприятному фактору.

Категория N — метастазы в регионарные лимфатические узлы:

N_x — недостаточно данных для оценки регионарных лимфатических узлов.

N₀ — нет признаков поражения метастазами регионарных лимфатических узлов.

N₁ — метастазы до 3 см в наибольшем измерении в любом из регионарных лимфатических узлов.

N₂ — метастазы более 3 см в наибольшем измерении в любом из регионарных лимфатических узлов и/или транзитные метастазы.

N_{2a} — метастазы более 3 см в наибольшем измерении в любом из регионарных лимфатических узлов.

N_{2b} — транзитные метастазы.

N_{2c} — оба вида метастазов.

Примечание. К транзитным метастазам относят метастазы, вовлекающие кожу или подкожную клетчатку на расстоянии более 2 см от опухоли и не относящиеся к регионарным лимфатическим узлам.

Категория M — метастазы в отдаленные органы:

M_x — недостаточно данных для оценки отдаленных метастазов.

M₀ — нет метастазов в отдаленных органах.

M₁ — есть метастазы в отдаленных органах.

M_{1a} — метастазы в коже, или подкожной клетчатке, или лимфатических узлах за пределами регионарной зоны.

M_{1b} — органые метастазы.

Группировка по стадиям:

I стадия — $pT_{1-2}N_0M_0$,

II стадия — $pT_3N_0M_0$,

III стадия — $pT_4N_0M_0$, $pT_{0-4}N_{1-2}M_0$,

IV стадия — $T_{1-4}N_{0-1}M_1$.

Рак губы

Категория T — первичная опухоль:

T_0 — первичная опухоль не определяется;

T_x — недостаточно данных для оценки первичной опухоли;

T_{is} — преинвазивная опухоль (не нарушающая целостность базальной мембраны эпителия);

T_1 — опухоль не более 2 см в наибольшем измерении;

T_2 — опухоль более 2 см и менее 4 см в наибольшем измерении;

T_3 — опухоль более 4 см в наибольшем измерении;

T_4 — опухоль любого размера с распространением на кожу лица, шеи, костные образования.

Категория N — метастазы в регионарные лимфатические узлы:

N_x — недостаточно данных для оценки состояния регионарных лимфатических узлов;

N_0 — отсутствуют метастазы в регионарных лимфатических узлах;

N_1 — имеются метастазы в одном лимфатическом узле на стороне поражения размером не более 3 см;

N_2 — имеются метастазы в одном лимфатическом узле в нескольких лимфатических узлах размером более 3 см и менее 6 см, или в нескольких лимфатических узлах с обеих сторон, или на противоположной стороне;

N_3 — имеются метастазы в лимфатических узлах размером более 6 см, или любого размера с прорастанием окружающих тканей.

Категория M — метастазы в отдаленные органы:

M_x — недостаточно данных для определения стадии;

M_0 — отдаленные метастазы отсутствуют;

M_1 — имеются отдаленные метастазы.

Группировка по стадиям:

I стадия — $T_1N_0M_0$;

II стадия — $T_2N_0M_0$;

III стадия — $T_3N_0M_0$; $T_{1-3}N_1M_0$;

IV стадия — $T_4N_{любая}M_0$; $T_{любая}N_{2-3}M_0$; $T_{любая}N_{любая}M_1$.

Пропедевтика опухолей кожи и губ

При обследовании больных с патологией покровных тканей применяются общепринятые методы: выявление жалоб, сбор анамнеза жизни и заболевания, наружный осмотр, осмотр полости рта, пальпация мягких тканей и костных контуров и лимфатических узлов, по показаниям используются инструментальные методы исследования.

Жалобы обычно сводятся к указанию на более или менее длительное существование новообразования соответствующей локализации. Анамнез заболевания характеризуется постоянным нарастанием симптоматики (изменение размера, цвета и консистенции, появление изъязвления, увеличение лимфатических узлов) с той или иной скоростью. Волнообразное течение нехарактерно. Устранение вероятной причины болезни (антибактериальная и противовоспалительная терапия) в лучшем случае дает временный, неполный эффект. В таких случаях важно провести углубленное обследование с применением инструментальных и инвазивных методов.

Наружный осмотр позволяет выявить наличие патологических очагов на коже и губах, рубцов и постлучевых изменений после проведенного ранее лечения, других проявлений заболевания (сателлиты, метастазы, деструкция костей, кахексия). Локальные изменения кожных покровов описывают по следующим характеристикам: локализация, размер (в сантиметрах), форма (плоская, полушаровидная, коническая и т.д.), цвет, равномерность окраски, консистенция (мягкая, мягкоэластическая, плотноэластическая), поверхность (гладкая, мелкозернистая, с кератозом), очертания (четкие, нечеткие), болезненность, смещаемость, спаянность с подлежащими тканями. Осмотр пигментных образований производят с использованием лупы, оценивают сохранение кожного рисунка. Наличие волосяного покрова определяют в проходящем свете.

Обязательный компонент обследования — **пальпация** окружающих мягких тканей и всех групп периферических лимфатических узлов (шейные, подмышечные, паховые) с обязательным сравнением симметричных участков.

Эхоскопическое исследование (УЗИ) показано при пальпаторном обнаружении патологических очагов в мягких тканях, отсутствии пальпаторных данных на фоне жалоб больного на локальную боль или припухлость, невозможность адекватной пальпации из-за рубцовых изменений, выявлении злокачественной опухоли для исключения регионарных и отдаленных (в печени, почках, забрюшинных лимфоузлах) метастазов. Метод УЗИ позволяет выявить очаги более 0,3 см в диаметре, определить их эхоструктуру, соотношение с соседними органами и крупными кровеносными сосудами.

Рентгенологические методы, компьютерную и магниторезонансную томографию назначают с целью исследования мягкотканых и костных структур, грудной клетки на предмет отдаленных метастазов.

Радиоизотопное исследование применяют для выявления метастатических опухолей костей.

Важнейший этап диагностического алгоритма при подозрении на злокачественную опухоль — получение материала для **морфологического** (цитологического или гистологического) **исследования**. При опухолях кожи и слизистой оболочки применяют соскобы и мазки-отпечатки с поверхности образования. Мягкотканые образования, лимфоузлы подвергают аспирационной пункции, в том числе под контролем ультразвукового датчика. Полученный материал отправляют на цитологическое исследование. Забор материала для гистологического исследования получают путем биопсии или диагностической операции. При поверхностных образованиях фрагмент опухоли получают при помощи биопсийных щипцов под местной анестезией (инцизионная биопсия). Материал по возможности должен быть получен из места с наиболее выраженными изменениями, с частью пограничных тканей, размером не менее 0,5–0,6 см. Инцизионная биопсия пигментосодержащих опухолей выполняется в исключительных случаях. Мягкотканые образования, небольшие (до 1 см) опухоли кожи, лимфоузлы, пигментосодержащие опухоли должны быть иссечены в пределах здоровых тканей (эксцизионная биопсия). При необходимости решения вопроса об объеме вмешательства (подозрение на меланому) необходимо срочное гистологическое исследование. Оперирующий хирург в этом случае должен быть готов к выполнению адекватной операции при верификации злокачественной опухоли.

Клинические проявления

Эпителиальные злокачественные опухоли кожи имеют несколько клинических форм: поверхностные, инфильтрирующие, папиллярные.

Поверхностная форма. Наиболее часто встречается при базалиоме кожи. Морфологический субстрат — плоский узелок (бляшка, папула). Цвет варьирует от розоватого до красного, часто с характерным матовым, «жемчужным» оттенком. Края могут быть с валикообразным утолщением, очертания фестончатые, форма от округлой до неправильной. Консистенция уплотнена по сравнению с окружающей кожей.

Инфильтрирующая форма. Наиболее частая при плоскоклеточном раке кожи. Морфологический субстрат — инфильтрат с возможным изъязвлением. Некоторыми авторами рассматривается как результат эволюции поверхностной. По мере увеличения узелка появляется инфильтрация основания опухоли, поверхность образования в середине эрозируется, затем изъязвляется. Типичное инфильтративно-язвенное образование розоватого цвета, округлой формы с валикообразными краями описано под термином «*ulcus rodens*».

Папиллярная форма. Самая редкая. Морфологический субстрат — экзофитный узелок. Цвет и консистенция аналогичны поверхностной форме. Поверхность бугристая. Основание инфильтрируется по мере роста.

Скорость роста новообразования варьирует от очень медленной при базалиоме до сравнительно быстрой при плоскоклеточном раке низкой дифференцировки. По мере прогрессирования опухоль распространяется на подлежащие структуры — фасции, мышцы, хрящи, слюнные железы, глазное яблоко, кости, головной мозг и его оболочки.

Лимфогенное метастазирование осуществляется в регионарные лимфоузлы. Частота развития регионарных метастазов до 10%, более часто метастазируют опухоли кожи конечностей, ушной раковины, в области естественных отверстий.

Отдаленное гематогенное метастазирование при раке кожи наблюдается крайне редко, осуществляется в легкие и печень.

Базальноклеточный рак характеризуется только одним признаком злокачественной опухоли — инфильтративным ростом. Метастазы базалиом развиваются в единичных случаях, некоторые авторы объясняют это трансформацией опухоли в метатипичный или плоскоклеточный рак.

Рак из придатков кожи протекает наиболее злокачественно — опухоль склонна к быстрому росту, ранней инфильтрации подлежащих тканей. Частота метастазирования достигает 20%.

Меланома кожи разнообразна по клиническим проявлениям. Выделяют 4 формы роста опухоли.

Поверхностно-распространяющаяся форма составляет 40–75% всех меланом. В первой фазе развития распространяется горизонтально (радиарно), в пределах эпителиального пласта с утолщением эпидермиса в 2–4 раза. Во второй фазе происходит вертикальный рост за счет инвазии в дерму через базальную мембрану. Выглядит как пигментное пятно с четкими очертаниями, плоское или приподнятое над здоровой кожей, плотной консистенции. В последующем появляется бугристость поверхности и неравномерность окраски. Летальность достигает 31%.

Узловая форма составляет 15–30% всех меланом. Характеризуется только вертикальной фазой роста. Выглядит как узел темного цвета с кровотокающей, изъязвляющейся поверхностью. Летальность достигает 56%.

Злокачественная лентигомеланома составляет 10–13% всех меланом. Имеет горизонтальную и вертикальную фазы развития. Выглядит как плоское пятно с нечеткими очертаниями, мягкоэластической консистенции. По мере вертикального роста происходит быстрое метастазирование. Летальность достигает 10%.

Акральная лентигенозная меланома составляет около 10% всех меланом. Встречается на ладонях, подошвах, в подногтевом ложе. Внешне напоминает лентигомеланому, но быстро изъязвляется и характеризуется более активным метастазированием.

Большинство меланом развиваются на фоне существовавших ранее доброкачественных пигментных образований. Начальными **симптомами малигнизации** являются:

- быстрый рост невуса, ранее остававшегося неизменным или росшего медленно;
- уплотнение невуса, асимметричный рост одного из его участков;
- изменение пигментации (усиление или уменьшение);
- появление венчика гиперемии вокруг невуса;
- выпадение волос с его поверхности;
- ощущение зуда, напряжения, покалывания в области невуса;
- появление разрастаний, трещин, изъязвление поверхности невуса, кровоточивость.

Развитие меланомы обычно происходит медленно, особенно в фазе горизонтального роста. Затем, по мере присоединения симптомов, рост ускоряется. Дополнительные травмы экзофитного компонента усугубляют прогрессирование заболевания.

Размеры опухоли редко превышают 3 см. Образование, как правило, возвышается над окружающей кожей. Форма может быть плоской, бугристой, узловой, полусферической, грибовидной, поверхность — гладкая, мокнущая, с изъязвлением, кровоточивостью, корками, консистенция чаще плотная, может быть мягко- и плотноэластичная. Цвет равномерный или неравномерный коричневого различных оттенков, серый, розовый, синий, черный, фиолетовый. Существуют редкие беспигментные формы меланомы. К **достоверным признакам меланомы** относят появление «дочерних» узелков (сателлитов), пигментных включений в окружности опухоли, лучистых разрастаний (лимфангит), увеличение регионарных лимфоузлов.

Злокачественная опухоль губ обычно локализуется на внешнем контуре красной каймы, наиболее подверженном инсоляции. Более частое поражение нижней губы (95–98%) объясняется ее тканевыми особенностями: меньшим количеством сальных желез, большей активностью и подвижностью. В 15% оно расположено медианно, верхняя губа поражается по разным данным в 2–5% случаев, 1% опухолей расположен в области угла рта.

Различают 4 клинических формы рака губы.

- **Папиллярная форма.** При этой форме опухоль появляется в виде экзофитного образования с сосочковой поверхностью, затем середина образования изъязвляется, а основание инфильтрируется.

- **Фунгозная (бородавчатая) форма** развивается на фоне диффузных фоновых изменений в виде множественных мелких выростов, которые затем сливаются, по мере дальнейшего роста основание инфильтрируется.

- **Язвенная форма.** Опухоль имеет вид эрозии, а затем язвы с неровными уплотненными краями.

- **Язвенно-инфильтративная форма** отличается от предыдущей наличием значительной инфильтрации основания, соизмеримой с диаметром язвы.

Две первые формы относятся к экзофитным формам, 3-я и 4-я — к эндофитным с менее благоприятным прогнозом.

Регионарное метастазирование происходит вначале в подбородочные лимфатические узлы, затем — в верхние яремные. Описаны метастазы рака угла рта в щечные лимфоузлы по переднему краю жевательной мышцы. Частота клинически выявляемого метастазирования по данным литературы не превышает 5–10% (на практике до 5%), оккультные (клинически не определяемые) метастазы регистрируются в 5–20% случаев. Общая 5-летняя выживаемость больных раком нижней губы составляет 70%, для стадий T₁₋₂ — 90%, T₃₋₄ — 40–60%. Регионарные метастазы являются главной причиной смерти больных раком нижней губы. Имеются сведения о том, что результаты лечения опухолей, расположенных в области верхней губы и угла рта хуже на 10–20%.

Диагностика и дифференциальная диагностика

Программа обследования при подозрении на рак губы включает сбор анамнеза, осмотр и пальпацию губ, осмотр полости рта, пальпацию шейных лимфоузлов и больших слюнных желёз, цитологическое исследование мазков-отпечатков с опухоли, гистологическое исследование биоптата. При необходимости применяются ультразвуковое исследование шейных лимфоузлов и больших слюнных желёз, рентгенография нижней челюсти, компьютерная и магниторезонансная томография нижней зоны лица и шеи, пункционная биопсия увеличенных лимфоузлов.

При опросе выясняют обстоятельства появления изменений на губе, их первоначальный вид, динамику. Для доброкачественной опухоли характерны длительное существование без динамики или медленный рост; для хронического хейлита — волнообразное течение с чередованием ремиссий и обострений. Злокачественная опухоль появляется в виде уплотнения или папиллярных разрастаний и постепенно увеличивается в размерах с той или иной скоростью. Со временем она принимает веррукозную или инфильтративно-язвенную форму.

При осмотре и пальпации новообразования производят оценку размеров, консистенцию, макроскопическую форму, состояние окружающих тканей. При обнаружении увеличенных шейных лимфатических узлов определяют их локализацию по треугольникам шеи, консистенцию, смещаемость, спаянность с окружающими тканями.

Цитологическое исследование мазков-отпечатков или соскоба с поверхности опухоли обязательно во всех случаях выявления очаговых изменений красной каймы. Перед взятием материала необходимо удалить корки и кератотические наслоения пинцетом.

Биопсия опухоли производится амбулаторно под местной аппликационной или инфильтрационной анестезией. Более целесообразно получение материала на границе измененных и здоровых тканей. Биоптат помещается в 40% раствор формальдегида.

При направлении в онкологический диспансер необходимо выполнить общеклинические обследования: общий анализ крови, мочи, рентгенографию грудной клетки; провести профилактический осмотр пациента: кожные покровы, видимые слизистые, периферические лимфоузлы, щитовидная железа, ректальное исследование для лиц старше 45 лет, осмотр гинеколога и молочных желез для женщин.

Остальные методы применяются для уточнения степени распространенности опухоли и метастазов в специализированном учреждении.

При диагностике меланомы применяется ряд специальных дополнительных методов. К ним относятся радиоизотопная диагностика, термография, реакция Якша (лучевая меланурия), рентгенография кожи, лимфография.

Радиофосфорная диагностика. Метод основан на способности опухоли накапливать и задерживать радиоактивный изотоп фосфора (^{32}P) в большей степени по сравнению со здоровой тканью. Пациенту вводится препарат ^{32}P . Через 3, 24, 48 и 96 часов определяют и сравнивают накопление изотопа в симметричных участках тела. Критерием злокачественности является стойкое накопление препарата в 2,5–3 раза выше здорового участка тела. Частота ложноположительных заключений при доброкачественных невусах достигает 70%.

Термометрия и термография. Метод основан на разнице метаболизма нормальной и опухолевой ткани, что выражается в температурной разнице. Различие может достигать 4°C . Регистрация температуры осуществляется при помощи тепловизора или инфракрасного пирометра. При меланоме кожи примерно в 80% случаев отмечается разница не менее 1°C . Около трети доброкачественных новообразований характеризуются сопоставимым температурным градиентом. Метод имеет ценность при распознавании внутрикожных и подкожных метастазов.

Лучевая и спонтанная меланурия. Метод основан на выявлении в моче специфических метаболитов опухоли (меланогенов). Появление этих веществ может быть спровоцировано внешним облучением. Положительная реакция отмечается примерно у 90% больных. Спонтанная меланурия более характерна для генерализованной меланомы.

Рентгенологическая диагностика. Метод сводится к рентгенографии пораженных участков кожи с увеличением изображения в 5–15 раз. К специфичным для меланомы рентгенологическим признакам относятся неровный, бугристый наружный контур образования, неоднородность структуры, расширение линии кожи в зоне опухоли, нечеткий и неровный внутренний контур опухоли на коже, неровный и четкий контур опухоли в подкожной клетчатке, расширение соединительнотканых тяжей под опухолью, дезорганизация структуры подкожной клетчатки. Точность метода около 90%.

Лечение

Основные методы лечения рака кожи — лучевой и хирургический. Оперативное лечение более эффективно в противоопухолевом отношении, лучевая терапия является методом выбора при невозможности достичь адекватного эстетического эффекта вмешательства. Явное преимущество лучевой терапии — отсутствие риска, связанного с эндотрахеальным наркозом, часто превышающим травматизм вмешательства при опухолях стадии T₁; отсутствие стрессовой реакции, сопровождающей оперативное лечение (до 30% пациентов отвергают любую операцию априори независимо от убедительности аргументов врача).

Хирургический метод исторически наиболее древний. По мере развития лучевого метода начала использоваться также комбинация двух методов. В 70-е гг. XX столетия в ведущих онкологических клиниках СССР была внедрена в практику криогенная деструкция злокачественных опухолей кожи и губ. С 90-х гг. прошлого века на базе Научно-исследовательского института онкологии и медицинской радиологии Республики Беларусь начато использование фотодинамической терапии при раке наружных эпителиальных покровов.

Хирургическое лечение рака кожи заключается в иссечении кожно-фасциального лоскута с новообразованием, отступая по 0,5–3 см от краев в зависимости от гистологического типа, стадии, формы роста опухоли. При локализации распространенных образований кожи пальцев и конечностей иногда применяется ампутация и экзартикуляция. В случаях образования значительных пострезекционных дефектов выполняется одномоментное пластическое замещение. Наличие регионарных метастазов является показанием к выполнению лимфодиссекций — операций по удалению групп лимфоузлов единым блоком с клетчаткой в пределах фасциального футляра (шейная, подмышечная, паховая, пахово-бедренная лимфодиссекция).

Лучевое лечение проводится в виде близкофокусной рентгенотерапии (БФРТ) в суммарной дозе (СОД) 60–70 Гр, иногда применяется внутритканевое облучение (брахитерапия). В рамках комбинированного метода при распространенных опухолях используется дистанционная гамматерапия.

Лечение рака кожи в зависимости от стадии:

T₁₋₃N₀M₀ — самостоятельное лучевое или хирургическое лечение опухоли;
T₄N₀M₀ — предоперационная лучевая терапия+хирургическое лечение опухоли;

T₁₋₄N₁M₀ — предоперационная лучевая терапия+хирургическое лечение первичной опухоли+лимфодиссекция.

Основные методы лечения рака губы — лучевой и хирургический.

Хирургическое лечение рака губы заключается в иссечении участка тканей с отступлением 1,0–2,0 см в зависимости от формы образования. Приме-

няется прямоугольное или трапециевидное (основанием книзу) иссечение губы (не клиновидное), что аргументируют особенностями регионарного лимфоотока. Рекомендуется выполнять гистологическое исследование краев резекции для контроля радикальности операции. Прямоугольная и трапециевидная резекция губы требует обязательного одномоментного пластического замещения дефекта. При высоком риске клинически не определяемого (окультного) метастазирования выполняется профилактическая (элективная) шейная лимфодиссекция в объеме удаления подбородочных, подчелюстных и верхних яремных лимфоузлов. При наличии метастазов выполняется шейная лимфодиссекция на стороне поражения (удаление всех лимфоузлов).

Лучевое лечение первичной опухоли производится по различным методикам. БФРТ или контактная лучевая терапия назначается в СОД 66–72 Гр, средняя разовая доза 3–4 Гр. Лечение проводят непрерывным курсом, при наличии выраженной лучевой реакции курс прерывают на 7 дней. При сочетанном лучевом лечении первая половина состоит из дистанционной гамма- или электронной терапии СОД 40–45 Гр на очаг и лимфоузлы подчелюстной области. Остальная доза подводится контактным методом или БФРТ.

Лечение рака губы в зависимости от стадии:

$T_{1-2}N_0M_0$ — самостоятельное лучевое или хирургическое лечение опухоли+элективная лимфодиссекция или лучевая терапия на регионарный лимфоколлектор;

$T_{3-4}N_0M_0$ — самостоятельное лучевое или хирургическое лечение опухоли + элективная лимфодиссекция+лучевая терапия на ложе опухоли;

$T_{1-4}N_{1-3}M_0$ — хирургическое лечение опухоли+лимфодиссекция+лучевая терапия на ложе опухоли и регионарный лимфоколлектор.

Профилактика

Мероприятия по предупреждению развития рака губ базируются на исключении факторов канцерогенеза. Ведущую роль играет отказ от курения и жевания табака, санация полости рта, исправление дефектов прикуса.

Правильное и своевременное лечение предопухолевых заболеваний губ является важным аспектом профилактики развития злокачественных опухолей. С клинической точки зрения преканцерозы разделяют на диффузные и очаговые. Обязательным условием курации является отказ от курения и санация полости рта с коррекцией прикуса, удалением зубного камня, протезированием и т. д. Лечение диффузных процессов начинают с консервативных мероприятий: антисептики и стимуляторы регенерации местно в течение 2-х недель, при аутоиммунных заболеваниях присоединяют иммуномодуляторы, в частности, левамизол, делагил. Отсутствие эффекта от консервативных мероприятий, невозможность устранения вредных факторов, отрицательная клиническая динамика являются показанием к хирургическому лечению. При этом за рубежом оперативный ме-

тод применяется более активно. Объем вмешательства — декорткация красной каймы (как правило, нижней губы), так называемая *vermilion-ectomy*, с наложением кожно-слизистого шва для имитации красной каймы. Очаговые преканцерозы до начала лечения требуют выполнения биопсии. Исключение составляет впервые возникший хейлит с явными признаками воспаления, когда возможно назначение адекватных противовоспалительных мероприятий. Дальнейшая тактика строится в зависимости от данных гистологического исследования препарата, определяющим фактором является выраженность дисплазии эпителия. При 1–2 степени дисплазии возможно назначение противовоспалительного лечения с местным применением кератопластиков с оценкой эффекта. При отсутствии такового или дисплазии 3 степени необходимо удаление образования путем диатермокоагуляции, криодеструкции или иссечения с обязательным гистологическим исследованием препарата. В необходимых случаях выполняется первичная пластика дефекта, метод выбора — пластика кожно-мышечными лоскутами и ленто-видным слизистым лоскутом. Описано применение близкофокусной рентгенотерапии для лечения кератоакантомы, хотя хирургический метод при условии адекватного пластического замещения дефекта экономичнее, надежнее и позволяет достоверно исключить малигнизацию.

Диспансеризация

Роль диспансеризации — предупреждение рецидива, своевременное выявление продолжения роста опухоли и метастазов. Диспансеризация осуществляется совместно онкологом специализированного учреждения и участковым стоматологом.

После проведенного лечения по поводу рака губы пациенты наблюдаются у онколога. Сроки осмотров: в течение 1–2 года ежеквартально, в течение 3–4 года один раз в 6 месяцев, далее пожизненно 1 раз в год. Онколог производит осмотр и пальпацию губ и зон метастазирования, контроль за проведением профилактических мероприятий. При необходимости назначается санация полости рта, коррекция прикуса, протезирование, нанесение гигиенических помад на красную кайму.

ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ ЗАНЯТИЯ

Под контролем преподавателя студенты проводят обследование больных с предраковыми заболеваниями и новообразованиями кожи и губ, выделяют основные симптомы и назначают дополнительные методы обследования, решают клинические ситуационные задания по теме занятия. В операционной и перевязочной студенты принимают участие в лечебных и диагностических манипуляциях. В учебной комнате самостоятельно изучают нормативные документы по вопросам организации онкологической помощи населению Республики Беларусь и под контролем преподавателя оформляют основную документацию при выявлении онкологического заболевания.

ХОД ЗАНЯТИЯ

В начале занятия проводится тестовый контроль исходного уровня знаний.

Практическая часть занятия продолжается в отделении стационара, где студенты принимают участие (совместно с преподавателем) в приеме или курации больных. Под контролем преподавателя студенты проводят клиническое исследование больного, выделяют основные симптомы и назначают дополнительные методы обследования, оценивают данные лабораторных и инструментальных исследований, описывают характер анатомических и функциональных нарушений.

В учебной комнате студенты изучают нормативные документы, решают ситуационные задачи, проводится разбор и коррекция усвоения темы занятия. Осуществляется итоговый контроль знаний при помощи тестовых заданий.

В конце занятия объявляются задание и темы реферативных сообщений учебно-исследовательской работы студентов (УИРС) к очередному занятию.

ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ ЗНАНИЙ

ТЕСТ

Выберите верный вариант ответа

1. Перечислите облигатные предопухолевые заболевания красной каймы губ.

Варианты ответа:

- а) лейкоплакия (веррукозная форма);
- б) постлучевой хейлит;
- в) бородавчатый предрак;
- г) ограниченный гиперкератоз;
- д) хейлит Манганотти.

2. Назовите факультативные предраковые болезни слизистой оболочки полости рта.

Варианты ответа:

- а) лейкоплакия;
- б) папилломатоз;
- в) эрозивно-язвенная и гиперкератотическая форма красной волчанки;
- г) болезнь Боуэна.

3. К признакам озлокачествления пигментных невусов относятся:

Варианты ответа:

- а) быстрый рост невуса;
- б) изменение пигментации;
- в) стабилизация роста;

- г) появление чувства покалывания, зуда, жжения, напряжения в области образования;
- д) появление выростов, трещин, кровоточивости;
- е) выпадение волос с поверхности невуса;
- ж) появление новых узелков (сателлитов)

4. Назовите клинические формы рака кожи.

Варианты ответа:

- а) инфильтративная;
- б) инфильтративно-язвенная;
- в) язвенная;
- г) поверхностная.

5. Перечислите клинические формы экзофитного рака нижней губы.

Варианты ответа:

- а) солидная;
- б) папиллярная;
- в) бородавчатая (фунгозная);
- г) язвенная.

6. Назовите клинические формы рака нижней губы, выделенные в группу эндофитных опухолей.

Варианты ответа:

- а) язвенная;
- б) язвенно-инфильтративная;
- в) папиллярная;
- г) бородавчатая.

7. Какому органическому заболеванию нижней губы по классификации TNM соответствует описание данной клинической картины: опухоль до 1 см в диаметре, ограничена слизистой оболочкой и подслизистым слоем, регионарные и отдаленные метастазы не определяются?

Варианты ответа:

- а) T₁N₁M₀;
- б) T₁N₀M₀;
- в) T₂N₁M₀;
- г) T₃N₀M₀.

8. Какому злокачественному заболеванию нижней губы по классификации TNM соответствует описание клинической картины: опухоль поражает всю губу, распространяется на ткани подбородка и прорастает в кость нижней челюсти, определяются несмещаемые регионарные и отдаленные метастазы?

Варианты ответа:

- а) T₄N₂M₁;
- б) T₁N₀M₀;

- в) $T_2N_1M_1$;
- г) $T_3N_2M_1$.

9. Прижизненное морфологическое исследование подозрительных на новообразование тканей может быть осуществлено:

Варианты ответа:

- а) цитологическим методом;
- б) гистологическим методом;
- в) методом иммунодиагностики;
- г) методом радиоизотопного исследования.

10. Перечислите разновидности биопсий.

Варианты ответа:

- а) пункционная;
- б) инцизионная;
- в) эксцизионная;
- г) трепанационная.

11. Что входит в понятие эксцизионная биопсия?

Варианты ответа:

- а) биопсия, которая предполагает взятие участка опухоли для исследования;
- б) биопсия, которая проводится на операционном столе с исследованием участка опухоли;
- в) биопсия, которая проводится после удаления всей опухоли.
- г) биопсия, которая проводится после взятия участка опухолевой ткани с помощью трепана.

12. Укажите способы забора материала для цитологического исследования.

Варианты ответа:

- а) мазок отпечаток;
- б) мазок перепечаток;
- в) соскоб с поверхности язвы;
- г) мазок из центрифугата промывных вод.

13. Какими методами можно проводить лечение рака губы $T_1N_1M_0$?

Варианты ответа:

- а) комбинированным;
- б) комплексным;
- в) лучевым;
- г) медикаментозным (химиотерапевтическим).

14. Какие из перечисленных методов применяют для лечения базалиом?

Варианты ответа:

- а) лучевой;
- б) хирургический;
- в) комбинированный;
- г) лекарственный.

15. Какие ткани подлежат удалению при хирургическом лечении базалиом?

Варианты ответа:

- а) кожа;
- б) кожа, подкожно-жировая клетчатка;
- г) кожа, подкожно-жировая клетчатка, регионарные лимфатические узлы.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача 1

Больной К., 31 года, находился стационарном лечении с 01.02.06. по 15.02.06.

Status locales при поступлении: на коже верхней трети боковой поверхности шеи слева (на уровне роста волос) определялось образование мягко-эластической консистенции черного цвета, размерами 1,0×0,8 см, слева от него на расстоянии 2 см имелось такого цвета уплотнение размерами 0,3×0,3 см. В надключичной области слева пальпируется опухолевый конгломерат с двумя узлами диаметром 1,5 см и 2 см. При ультразвуковом исследовании в печени определяется гипоехогенный очаг размерами 2,0×2,8 см.

Патогистологическое заключение № 16809–16812: меланома, узловатая форма, толщина опухоли 4 мм, V уровень инвазии по W. Clark (pT₄). Патогистологическое заключение № 16813–16817: в лимфоузлах — метастазы меланомы.

Выполните следующее:

1. Поставьте клинический диагноз с указанием стадии по TNM.
2. Составьте план лечения.

Задача 2

Больная С., 1958 г.р., находилась стационарном лечении с 12.01.05. по 20.01.05.

Status locales при поступлении: на коже носогубной складки справа определяется узелок до 0,8 см в диаметре неправильной, дольчатой формы, в центре корочка и изъязвление, по периферии плотный валик с характерным жемчужным блеском, при пальпации — болезненный, не спаянный с подлежащими тканями. Лимфоузлы шеи не увеличены.

Выполните следующее:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Составьте план лечения.

Задача 3

Больная Б., 1924 г.р., находилась стационарном лечении с 06.04.05. по 20.04.05.

Status locales при поступлении: на красной кайме верхней губы определяется экзофитное образование размерами 0,8×0,5см с неровной поверхностью в виде «цветной капусты», кровоточит, безболезненное при пальпации. Лимфатические узлы шеи не пальпируются. Патогистологическое заключение № 987–9: плоскоклеточный ороговевающий рак.

Выполните следующее:

1. Поставьте клинический диагноз с указанием стадии по TNM.
2. Составьте план лечения.

Задача 4

Больной Г., 1931 г.р., находился стационарном лечении с 11.12.00. по 12.01.01.

Status locales при поступлении: на красной кайме нижней губы определяется язвенный дефект размерами 2,5×0,5см с подрытыми краями, покрыто серозно-геморрагическими корками, при пальпации — дно язвы хрящеподобной консистенции, отмечается незначительная болезненность. Регионарные лимфатические узлы не увеличены. Патогистологическое заключение № 12405-09: плоскоклеточный рак.

Выполните следующее:

1. Поставьте клинический диагноз с указанием стадии по TNM.
2. Составьте план лечения.

Задача 5

Больной С., 1907 г.р., находился стационарном лечении с 04.02.02. по 11.02.02.

Status locales при поступлении: на красной кайме нижней губы с распространением на кожу подбородка определяется язвенный дефект размерами 5,0×2,5 с распадом в центре, покрыт грязно-серым налетом, кровоточит, пальпация безболезненна. В подподбородочной области пальпируется лимфоузел до 3,0 см в диаметре, округлой формы, плотно-эластической консистенции, безболезненный, малоподвижный. Патогистологическое заключение № 125–8: плоскоклеточный неороговевающий рак.

Выполните следующее:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Составьте план лечения

ТЕМЫ УИРС

1. Способы пластического замещения дефектов при хирургическом лечении рака нижней губы.
2. Химиотерапевтическое лечение меланом.

ЛИТЕРАТУРА

Основная

1. Лекционный материал.
2. Трапезников, Н. Н. Онкология / Н. Н.Трапезников, А. А. Шайн. — М.: Медицина, 1992. — С. 124–136.

Дополнительная

1. Боровский, Е. В. Заболевания слизистой оболочки полости рта и губы / Е. В.Боровский, А. Л. Машкилейссон. — М.: Медицина, 1984. — 286 с.
2. Восстановительная хирургия мягких тканей челюстно-лицевой области: рук-во для врачей; под ред. А. И. Неробеева, Н. А. Плотникова. — М.: Медицина, 1997. — 288 с.
3. Предрак полости рта и красной каймы губ / П. Д. Годорожа [и др.] — Кишинев: Штиинца, 1983. — 280 с.
4. Иванов, А. С. Новые методы хейлопластики при лечении рака нижней губы / А. С. Иванов, Н. М. Тризна // Достижения медицинской науки Беларуси: рецензируемый научно-практический ежегодник. — Вып. VII. — Мн.: ГУ РНМБ, 2002. — С. 130–131.
5. Карапетян, И. С. Предраковые состояния, опухоли, опухолеподобные поражения и кисты лица, органов полости рта, челюстей и шеи / И. С. Карапетян, Е. Я. Губайдулина, Л. Н. Цегельник. — М., 1993. — 208 с.
6. Колядов, Н. Ф. Хирургическое лечение рака нижней губы / Н. Ф. Колядов / Современные методы диагностики и лечения основных стоматологических заболеваний. — М., 1985. — С. 74–76.
7. Пачес, А. И. Опухоли головы и шеи / А. И. Пачес. — М.: Медицина, 2000. — С. 126–141.
8. Злокачественные опухоли челюстно-лицевой области / И. М. Федяев [и др.]. — Н. Новгород: Изд-во НГМА, 2000. — С.67–83, 106–139.
9. Фрадкин, С. З. Меланома кожи / С. З.Фрадкин, И. В. Залуцкий. — Мн.: Беларусь, 2000. — 221 с.
10. Цыбырнэ, Г. А. Рак нижней губы / Г. А. Цыбырнэ, Н. М. Годорожа. — Кишинев: Штиинца, 1978. — 118 с.
11. Челюстно-лицевые операции: справочник / Под ред. А. Э. Гуцана. — Витебск: Белмедкнига, 1997. — 388 с.
12. Baker, S. R. Squamous cancer of the lip / S. R.Baker // Curr. Ther. Otolaryngol. Head and Neck Surg. 1982–1983. — 1983. — P. 155–158.
13. Fundamental techniques of plastic surgery / I. A. McGregor, A. D. McGregor. — 1995. — 244 p.
14. Galyon, S. W. Lip and perioral defects / S. W.Galyon, J. L. Frodel // Otolaryngol. Clin. North. Am. — 2001. — Vol. 34, № 3. — P. 647–666.

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	3
Контрольные вопросы из смежных дисциплин	3
Контрольные вопросы по теме занятия	4
Учебный материал.....	4
Эпидемиология.....	4
Патогенез и факторы риска.....	5
Предопухолевые заболевания.....	6
Патологическая анатомия	8
Классификация злокачественных опухолей кожи и губ.....	9
Пропедевтика опухолей кожи и губ.....	12
Клинические проявления	13
Диагностика и дифференциальная диагностика.....	16
Лечение.....	18
Профилактика	19
Диспансеризация	20
Практическая часть занятия	20
Ход занятия	21
Задания для самоконтроля знаний.....	21
Ситуационные задачи	24
Темы УИРС	25
Литература	26

Учебное издание

Иванов Сергей Анатольевич
Тризна Наталья Михайловна

ОПУХОЛИ КОЖИ И ГУБЫ

**Учебно-методическое пособие
для студентов 5–6 курсов лечебного факультета,
обучающихся по специальности «Лечебное дело»,
врачей-стажеров, клинических ординаторов**

Редактор *Т. Ф. Рулинская*
Компьютерная верстка *А. М. Елисеева*

Подписано в печать 11. 04. 2008
Формат 60×84¹/₁₆. Бумага офсетная 65 г/м². Гарнитура «Таймс»
Усл. печ. л. 1,63. Уч.-изд. л. 1,8. Тираж 50 экз. Заказ № 124

Издатель и полиграфическое исполнение
Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
246000, г. Гомель, ул. Ланге, 5
ЛИ № 02330/0133072 от 30. 04. 2004