

А. З. ДОВГАЛЮК

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ КОЖИ

**(клиника, диагностика, лечение
и вопросы медико-социальной экспертизы)**

Пособие для врачей

*Рекомендовано к изданию решением учебно-методического
совета Федерального государственного бюджетного
учреждения дополнительного профессионального
образования «Санкт-Петербургский институт
усовершенствования врачей-экспертов»
Министерства труда РФ*

Санкт-Петербург
СпецЛит
2017

УДК 616-006.8

Д58

Автор:

Андрей Захарович Довгалюк — доктор медицинских наук, профессор, руководитель курса онкологов-экспертов кафедры хирургии, медико-социальной экспертизы и реабилитации Санкт-Петербургского института усовершенствования врачей-экспертов

Рецензенты:

К. В. Новиков — доктор медицинских наук, профессор кафедры амбулаторно-поликлинической помощи ФГБВОУ ВО ВМедА им. С. М. Кирова;

О. В. Макарова — кандидат медицинских наук, доцент кафедры внутренних болезней, МСЭ и реабилитации № 1 ФГБУ ДПО СПбИУВЭК

Довгалюк А. З.

Д58 Злокачественные новообразования кожи (клиника, диагностика, лечение и вопросы медико-социальной экспертизы) : пособие для врачей. — Санкт-Петербург : СпецЛит, 2017. — 271 с. — ISBN 978-5-299-00809-8

В пособии для врачей даны сведения по этиологии, диагностике, клинике и лечению больных со злокачественными новообразованиями кожи, освещены вопросы медико-социальной экспертизы.

Пособие предназначено для врачей общей практики, клинических ординаторов, хирургов, онкологов, врачей по клинико-экспертной работе, врачей по медико-социальной экспертизе.

УДК 616-006.8

ISBN 978-5-299-00809-8

© ООО «Издательство „СпецЛит“», 2017

© Довгалюк А. З., 2017

ОГЛАВЛЕНИЕ

Условные сокращения	7
Введение	8
Глава 1. РАК КОЖИ	9
1.1. Заболеваемость раком кожи	9
1.2. Предраковые заболевания кожи	10
1.3. Международная гистологическая классификация опухолей кожи (ВОЗ, 2006)	19
1.4. Базальноклеточный рак кожи	24
1.4.1. Узловая форма	27
1.4.2. Язвенная форма (<i>ulcus rodens</i>)	27
1.4.3. Прободающая базалиома (<i>basalioma terebrans</i>)	28
1.4.4. Крупноузелковая, или нодулярная, базалиома	28
1.4.5. Экзофитная, папиллярная форма базалиомы	29
1.4.6. Атрофическая форма базалиомы	29
1.4.7. Склеродермиформная базалиома	29
1.4.8. Пигментная базалиома	30
1.4.9. Педжетоидная эпителиома	31
1.4.10. Опухоль Шпиглера	31
1.5. Плоскоклеточный рак кожи	31
1.6. Классификация рака кожи по системе TNM (7-е издание, 2011)	34
1.7. Клиника рака кожи	41
1.7.1. Поверхностная форма рака кожи	42
1.7.2. Инфильтрирующая (глубоко проникающая) форма рака кожи	43
1.7.3. Папиллярные формы рака кожи	45
1.8. Диагностика рака кожи	45
1.9. Метастазирование	49
1.10. Лечение рака кожи	52
1.10.1. Лучевая терапия	53
1.10.2. Химиотерапия	58
1.10.3. Фотодинамическая терапия и лазероиндуцированная светокислородная терапия	60
1.10.4. Лечение метастазов	61
1.11. Рецидивы рака кожи	63
1.12. Клинический прогноз больных раком кожи	67

1.13. Медико-социальная экспертиза при раке кожи	70
1.13.1. Критерии и ориентировочные сроки временной утраты трудоспособности	70
1.13.2. Противопоказанные виды и условия труда	70
1.13.3. Показания для направления в бюро МСЭ	70
1.13.4. Стандарты обследования при направлении в бюро МСЭ	71
1.13.5. Критерии групп инвалидности	71
Глава 2. МЕЛАНОМЫ КОЖИ	74
2.1. Заболеваемость меланомой кожи	74
2.2. Этиология развития меланомы	76
2.2.1. Физические факторы риска	77
2.2.2. Химические факторы риска	82
2.2.3. Биологические факторы риска	82
2.2.4. Эндогенные факторы риска	82
2.3. Молекулярная генетика	85
2.3.1. Ген BRAF	86
2.3.2. Ген NRAS	87
2.3.3. Онкоген KIT	87
2.3.4. Другие гены	88
2.3.5. Потенциальная иммуногенность меланом	88
2.3.6. «Спящие» клетки меланомы	89
2.4. Предмеланомные заболевания кожи	89
2.4.1. Пигментная ксеродерма кожи	89
2.4.2. Меланоз Дюбрейля	90
2.4.3. Невусы	90
2.5. Профилактика меланомы кожи	97
2.5.1. Первичная профилактика меланомы кожи	97
2.5.2. Вторичная профилактика меланомы кожи	98
2.5.3. Организация отбора контингентов риска	99
2.6. Патоморфологическая характеристика меланом кожи	100
2.6.1. Классификация меланом кожи	100
2.6.2. Классификация инвазии меланомы по Кларку	100
2.6.3. Клинико-анатомические формы роста опухоли	103
2.6.4. Классификация злокачественной меланомы	104
2.6.5. Формы кожных метастазов	106
2.7. Классификация TNM злокачественных меланом кожи (7-е издание, 2011)	106
2.8. Клиника и диагностика меланом кожи. Методы обследо- вания пациентов	111
2.9. Дифференциальная диагностика первичной меланомы кожи	122
2.10. Лечение меланом	122
2.10.1. Хирургическое лечение первичной меланомы кожи	124

2.10.2. Лучевая терапия меланомой кожи	130
2.10.3. Лазерная терапия	132
2.10.4. Лечение метастазов меланомы кожи	133
2.10.5. Биопсия «сторожевых» лимфатических узлов при меланоме кожи	136
2.10.6. Адьювантная терапия ИФН- α	150
2.10.7. Адьювантная вакциноterapia	157
2.10.8. Лечение диссеминированной меланомы кожи	158
2.10.9. Схемы лечения меланомой кожи в зависимости от стадии заболевания	167
2.11. Рецидивы меланомы кожи	179
2.12. Клинический прогноз у больных с меланомой кожи	184
2.13. Медико-социальная экспертиза у больных при меланоме кожи	191
2.13.1. Критерии и ориентировочные сроки временной утраты трудоспособности	191
2.13.2. Критерии восстановления способности к трудовой деятельности	192
2.13.3. Противопоказанные виды и условия труда	192
2.13.4. Показания для направления в бюро МСЭ больных с меланомой кожи	192
2.13.5. Стандарты обследования при направлении в бюро МСЭ	193
Глава 3. МЕЛАНОМА НЕКОЖНЫХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ	196
3.1. Злокачественная меланома зрительного аппарата	196
3.1.1. Меланома век	196
3.1.2. Меланома конъюнктивы	199
3.1.3. Меланомы сосудистой оболочки глаза	205
3.2. Лечение меланомой глаза	210
3.3. Медико-социальная экспертиза у больных при меланоме глаза	214
3.4. Меланома вульвы	216
3.5. Меланома влагалища	217
3.6. Аноректальная меланома	218
Глава 4. РАК КОЖИ ИЗ КЛЕТОК МЕРКЕЛЯ	220
4.1. Эпидемиология	220
4.2. Факторы риска	221
4.3. Молекулярный патогенез	222
4.4. Гистопатология	223
4.5. Иммуногистохимия	224
4.6. Клиническая картина	225
4.7. Классификация TNM (7-е издание, 2011)	226

4.8. Лечение рака кожи из клеток Меркеля	228
4.9. Медико-социальная экспертиза рака кожи из клеток Меркеля	231
Глава 5. САРКОМА КАПОШИ	234
5.1. Патогенез саркомы Капоши	235
5.2. Клиническая картина саркомы Капоши	237
5.3. Классификация саркомы Капоши по характеру течения	239
5.3.1. Классический тип	240
5.3.2. Эндемический (африканский) тип	241
5.3.3. Эпидемический (СПИД-ассоциированный) тип	241
5.3.4. Иммуносупрессивный (ятрогенный) тип	244
5.4. Диагноз и дифференциальный диагноз саркомы Капоши . . .	244
5.5. Лечение саркомы Капоши	246
5.6. Клинические критерии ответа на терапию при саркоме Капоши	250
5.7. Медико-социальная экспертиза при саркоме Капоши	252
Литература	254

УСЛОВНЫЕ СОКРАЩЕНИЯ

БРВ	— безрецидивная выживаемость
ВААРТ	— высокоактивная антиретровирусная терапия
ВК	— врачебная комиссия (поликлиники)
В-ЛК	— В-клеточная лимфома кожи
ВОЗ	— Всемирная организация здравоохранения
ВУТ	— временная утрата трудоспособности
ДН	— диспластический невус
ДНК	— дезоксирибонуклеиновая кислота
ИЛ	— интерлейкин
ИФН	— интерферон
КТ	— компьютерная томография
ЛДГ	— лактатдегидрогеназа
ЛИСКТ	— лазериндуцированная светокислородная терапия
ЛК	— лимфома кожи
МРЛ	— мелкоклеточный рак легкого
МРТ	— магнитно-резонансная томография
МСМ	— мужчины, вступающие в сексуальные контакты с мужчинами
MSG	— меланостимулирующий гормон
МСЭ	— медико-социальная экспертиза
ОВ	— общая выживаемость
ОЖД	— ограничение жизнедеятельности
ПИН	— потребители инъекционных наркотиков
ПЭГ-ИФН- α	— пэгилированный интерферон- α
ПЭТ	— позитронно-эмиссионная томография
РКМ	— рак кожи из клеток Меркеля
РФП	— радиофармпрепарат
РЭА	— раково-эмбриональный агент (онкомаркер)
СК	— саркома Капоши
СЛУ	— «сторожевой» лимфатический узел
СОД	— суммарная очаговая доза
СС	— синдром Сезари
Т-ЛК	— Т-клеточная лимфома кожи
УЗИ	— ультразвуковое исследование
УФ	— ультрафиолет(овый)
УФИ	— ультрафиолетовое излучение
ФДТ	— фотодинамическая терапия
ХТ	— химиотерапия
ЦНС	— центральная нервная система
ЭхоКГ	— эхокардиография
ЕОRTC	— Европейская организация по исследованию рака
ICD-O	— Международная классификация онкологических болезней (3-е издание, 2000)
PNET	— примитивная нейроэктодермальная опухоль
TNM	— (<i>tumor, nodus, metastasis</i>) Международная классификация стадий злокачественных новообразований

ВВЕДЕНИЕ

Опухоли кожи составляют наиболее частую разновидность новообразований у человека. В структуре заболеваемости доминирует так называемый *базальноклеточный рак*. Считается, что за время жизни он поражает как минимум каждого третьего представителя европеоидной расы. *Плоскоклеточная карцинома* кожи встречается несколько реже и характеризуется относительно более агрессивным течением. Третье место по частоте, но первое по смертности занимает *меланома*.

Помимо перечисленных выше типов новообразований, следует упомянуть несколько относительно редких разновидностей опухолей кожи — *карциному Меркеля*, *саркому Капоши*.

Глава 1. РАК КОЖИ

1.1. Заболеваемость раком кожи

Рак кожи занимает 3-е место (11,4 %) среди всех злокачественных заболеваний, уступая раку легкого и желудка. Среди мужского населения он составляет 10,0 %, занимая третье место после рака трахеи, бронхов и рака предстательной железы, а у женщин — 14,5 %, занимая второе место, уступая раку молочной железы (Старинский В. В., 2012). По данным М. И. Давыдова [и др.] (2007), ежегодно в России регистрируется 57 503 новых случая новообразований кожи, в Санкт-Петербурге — 732 (Мерабишвили В. М., 2004). Показатель заболеваемости раком кожи по России в 2006 г. составил 39,5 на 100 000 населения. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), к 2020 г. злокачественные новообразования кожи составят 25 %.

Пик заболеваемости приходится на возрастную группу 60—75 лет. Среди злокачественных опухолей кожи самым частым является рак кожи, на втором месте стоит меланома и на третьем — саркома кожи.

Смертность при раке кожи составляет всего 0,8—2,4 %.

По данным Санкт-Петербургской ассоциации амбулаторных хирургов, плановые оперативные вмешательства по поводу опухолей кожи составляют в поликлиниках города 92—95 % текущей хирургической работы (Винник Л. Ф. [и др.], 2009).

Раком кожи болеют во всех странах мира. В Германии заболеваемость раком кожи среди мужского населения составляет 93,4 и среди женского — 55,8 на 100 000 населения. Процент поражения различен и зависит от профессии и географического расположения страны. В Испании и Новой Зеландии заболеваемость базально-клеточным раком кожи лиц мужского и женского пола достигает 195,5 и 299 соответственно на 100 000 населения.

Так, работники сельского хозяйства, находящиеся по характеру своей деятельности много времени на открытом воздухе и подвергающиеся в большей степени солнечному облучению, заболевают раком кожи чаще, чем рабочие промышленных предприятий, расположенных в городах.

В странах, где люди различных рас живут в одинаковых климатических условиях, чаще поражаются раком представители белой расы. Так, в Австралии, где рак кожи занимает первое место

среди всех злокачественных опухолей, подавляющее большинство заболевших составляют эмигранты или их прямые потомки. Коренное население Австралии болеет раком кожи относительно редко.

Частота этого заболевания различна в разных странах и даже районах одной страны. В нашей стране рак кожи значительно реже встречается в северных районах по сравнению с южными. Наиболее часто рак кожи встречается в бывших республиках Средней Азии. В Узбекистане в структуре онкологических заболеваний рак кожи занимает первое место и составляет 20—24,3 % всех злокачественных новообразований. Роль солнца подтверждает географическое распространение заболеваемости. На юге США число случаев базальноклеточного рака кожи больше по сравнению с северными штатами. Такая же тенденция прослеживается и в России. По данным статистики 2009 г., наибольшая заболеваемость базальноклеточным раком кожи отмечена в Чеченской Республике, Адыгее, Краснодарском крае и Республике Саха (Якутия).

В России нестандартизованный показатель заболеваемости всеми немеланомными эпителиальными опухолями кожи, зарегистрированными лечебными учреждениями в 2009 г., составил 42,4 на 100 000 для обоих полов и занял первое место в структуре онкологической заболеваемости. С 2004 по 2009 г. отмечается прирост заболеваемости на 6 % у мужчин и 5,7 % у женщин (Давыдов М. И., Аксель Е. М., 2011).

Поражаются почти одинаково люди обоего пола, заболевают преимущественно люди пожилого возраста. До 40-летнего возраста рак кожи встречается относительно редко и достигает своего максимума к 60—70 годам. Средний возраст больных — 69,2 года.

1.2. Предраковые заболевания кожи

В настоящее время имеется достаточно данных, которые позволяют объяснить этиологию большей части кожных карцином. Одной-единственной причины, приводящей к возникновению рака, нет.

Этиология рака кожи разнообразна, частое воздействие различных факторов может привести к развитию ракового процесса. Как правило, в большинстве случаев возникновению рака предшествует целый ряд изменений кожи, которые протекают в виде самостоятельных заболеваний, существующих годами, создавая патологический фон, на котором и возникает раковый процесс. Эти изме-

нения кожи часто называют предраковыми или предопухолевыми заболеваниями.

Известны случаи возникновения рака в течение короткого времени на совершенно неизменной коже, при этом рак почти всегда оказывается плоскоклеточным. Какие же факторы экзогенной и эндогенной природы способствуют возникновению рака кожи?

В настоящее время принято эти факторы объединять в три группы:

- 1) факторы внешней среды;
- 2) хронические воспалительные процессы специфической и неспецифической природы с явлениями патологической регенерации;
- 3) ряд патологических состояний конституционального или возрастного характера.

Первая группа. К факторам внешней среды относятся: физическая травма, тепловое воздействие, инсоляция, рентгеновские лучи и другие канцерогенные факторы.

Под травмой подразумевается любое воздействие, в результате которого наступает повреждение и разрушение клеток. Принято различать однократную и хроническую травму.

До сих пор остается дискуссионным вопрос о возможности возникновения рака после однократной травмы. Так, одни исследователи отвергают роль однократной травмы, другие приводят обширные статистические данные, которые подтверждают роль однократной травмы в возникновении рака кожи.

Многие авторы считают, что образование рака после однократной травмы можно рассматривать как следствие последней только в тех случаях, когда интервал между ними составляет от 1 мес. до 3 лет.

Обычно рак развивается из незажившей после травмы раны. Почти всегда в интервале между травмой и развившимся раком происходят различные промежуточные процессы: воспаление, дискератоз и др.

А. П. Шаин (1969) считает, что рак посттравматического происхождения можно рассматривать только в следующих случаях:

- 1) адекватная травма;
- 2) сохранность кожи до травмы;
- 3) возникновение опухоли точно на месте травмы;
- 4) наличие определенного интервала между травмой и появлением опухоли;
- 5) морфологическая верификация диагноза.

Значительно чаще рак возникает под действием хронической травмы.

Известны многочисленные наблюдения возникновения рака на месте хронического раздражения (рак кожи на местах натирания протезов). Чаще рак возникает, когда имеется сочетание двух или нескольких экзогенных и эндогенных факторов.

Так, сочетание хронической травмы с преанкротозно измененной кожей, рубцами после ожогов, гнойными свищами приводит к возникновению рака чаще, чем воздействие хронической травмы на неизмененную кожу.

Под действием солнечного света (в результате совместного действия тепловых, световых и ультрафиолетовых лучей) в коже наступают различные дегенеративные изменения. Она пигментируется, становится сухой, твердой. В отдельных местах образуются очаги гиперкератоза, папилломатозные и бородавчатые разрастания, сенильный кератоз. Как правило, эти изменения появляются только на непокрытых участках тела — на лице, руках и др.

Эти изменения и являются тем патологическим фоном, на котором чаще всего возникает рак кожи.

Перечисленные выше изменения кожи, возникающие под действием солнечной радиации, называют **пресенильной** кожей. Такие изменения кожи, предшествующие возникновению рака, чаще возникают у людей, которые работают на воздухе и подвергаются постоянному воздействию солнечных лучей и других неблагоприятных климатических факторов.

Из-за канцерогенного воздействия ультрафиолетовой составляющей спектра солнечного излучения злокачественные новообразования кожи чаще располагаются на открытых участках кожи (лицо, нижняя губа, шея, тыл кистей, волосистая часть головы). Мутагенное канцерогенное влияние солнечной энергии опосредуется главным образом через воздействие УФ-В¹ на ДНК клетки. В условиях уменьшения толщины озонового слоя атмосферы УФ-В оказывает на кожу как прямое канцерогенное воздействие, так и является фактором промоции онкогенов. Во многом изменения кожи под действием УФ-излучения зависят от фототипа кожи.

¹ Различают четыре зоны ультрафиолета из солнечного спектра: УФ-А, УФ-В, УФ-С и УФ-У. Последние два типа УФ почти полностью блокируются озоновым слоем атмосферы. Самыми опасными для глаз остаются УФ-А (ближний, мягкий ультрафиолет) и УФ-В (дальний, жесткий). Второй особенно вреден для глаз, так как именно он вызывает «снежную» слепоту в условиях высокогорья, Заполярья, на морской глади, а также ожоги глаз при электросварке и неправильном использовании бактерицидных ультрафиолетовых ламп в больницах или солариях.

Согласно классификации Т. Фицпатрика различают 6 фототипов кожи:

тип 1 («кельтский») — белая кожа, веснушки, рыжие волосы, голубые глаза;

тип 2 («европейский светлокожий») — не склонная к загару кожа без веснушек;

тип 3 («темнокожий европейский») — склонная к загару кожа, темные волосы, карие глаза;

тип 4 («средиземноморский») — смуглая кожа, темный (карий или черный) цвет глаз, темно-коричневые или черные волосы;

тип 5 («азиатский») — очень смуглая кожа (жители Юго-Восточной Азии);

тип 6 («африканский») — иссиня-черный цвет кожи, черные волосы (жители Центральной Африки).

Находятся под наибольшей угрозой возникновения злокачественных новообразований люди 1-го и 2-го фототипов, с трудом загорающие и легко получающие ожоги. В регионах с высокой инсоляцией раку кожи обычно предшествует солнечный кератоз (Хоффман С. Дж., Уолш П., 1999).

Рентгеновский рак чаще возникает в области язвы или гиперкератоза и, как правило, по данным гистологической картины является ороговевающим плоскоклеточным раком. Реже возникает базальноклеточный рак, и еще реже — саркомы.

Профессиональный рак рентгенологов чаще возникает на тыльной поверхности кисти, на пальцах, реже — на груди, лице и животе. Рентгеновский рак протекает неблагоприятно. Опухоли имеют язвенно-инфильтративный характер, выраженный деструктурирующий рост, склонны быстро давать регионарные и отдаленные метастазы.

Описан и так называемый **терапевтический рентгеновский рак (индуцированный рак кожи)**, который развивается обычно в местах бывшего рентгеновского облучения, на фоне хронической рентгеновской язвы или атрофических изменений кожи. Интервал между терапевтическим облучением и возникновением рака колеблется от 1 года до 10—20 лет.

Известно очень большое количество химических веществ, под действием которых на коже возникает раковая опухоль.

Дегтярный рак кожи возникает на фоне характерных предраковых изменений, вызванных воздействием дегтя, — атрофии, гиперкератоза, папилломатозных и бородавчатых разрастаний, хронических язв и др. Гистологически и в подавляющем большинстве случаев это плоскоклеточный рак кожи.

Почти аналогично развивается и **парафиновый рак кожи**.

Протекают эти разновидности рака относительно благоприятно, хотя возможно и возникновение метастазов. Профессиональный рак в настоящее время встречается несравненно реже, чем прежде. Это связано в первую очередь с улучшением условий труда. Лица, связанные с вредными условиями труда, находятся под постоянным наблюдением врачей.

Известно, что **ожоги с образованием в последующем обширных рубцов (нередко келоидных) являются благоприятной почвой для развития рака**. Рак кожи возникает на фоне послеожоговых рубцов значительно чаще, чем на месте свежего ожога или в процессе заживления ожоговой раны. По данным литературы, в 5—6 % случаев кожный рак развивается из рубцов после ожогов.

В литературе описан **рак «кангри»**, возникающий на месте ожоговых рубцов (вследствие ношения под одеждой горшков с углем для согревания тела; встречается в Кашмире, Индия).

Возникновению рака из рубцов после ожога всегда предшествует длительный латентный период, который составляет 15—20 лет, а иногда и более. Обычно возникновению рака предшествует травма рубца. Образуется так называемая маржолиниева язва с возвышающимися краями, крайне зловонная. При гистологическом исследовании это всегда плоскоклеточный рак. Протекает процесс злокачественно: быстро дает метастазы, склонен к местному рецидивированию после лечения.

Вторая группа. К этой группе факторов, как указано выше, относятся хронические воспалительные процессы специфической и неспецифической природы с явлениями патологической регенерации. В первую очередь это хронические воспалительные явления при длительно незаживающих язвах, рубцах и свищах, на фоне которых чаще возникает раковая опухоль.

Это туберкулез кожи, сифилис, красная волчанка, а также неспецифические воспалительные заболевания, которые сопровождаются длительно незаживающими ранами — хроническая трофическая язва, остеомиелит с образованием свища.

Сочетание туберкулеза кожи, особенно волчанки обыкновенной (*lupus vulgaris*), и рака — нередкое явление. Около 2—4 % больных волчанкой заболевают раком кожи. Средний интервал между появлением туберкулеза и возникновением на его фоне рака равен 30 годам.

Люпус-карцинома встречается чаще у лиц пожилого возраста и развивается на фоне рубцовых изменений на месте бывших ту-

беркулезных очагов. Таким образом, не сама туберкулезная инфекция ведет к возникновению рака, а процессы регенерации тканей, рубцевание на месте патологического очага.

Туберкулезная волчанка может локализоваться на любом месте, но чаще на лице и конечностях. Заболевание длительное, протекает десятилетиями. Патогенез люпус-карциномы окончательно не выяснен. Считают, что в патогенезе рака на фоне волчанки может иметь значение и проведенное ранее облучение рентгеновскими или ультрафиолетовыми лучами. Однако рак возникает и в тех случаях, когда очаги волчанки не подвергались действию ионизирующего или ультрафиолетового облучения.

По-видимому, в процессе возникновения люпус-карциномы в первую очередь играют роль процессы пролиферации, хронического воспаления, гранулирования и рубцевания.

Развивается рак у края волчаночного очага, сопровождается выраженным язвенно-инфильтративным ростом. Опухоль обладает свойством быстро инфильтрировать подлежащие ткани и кости, иногда приводит к разрушению обширных областей, метастазы дает редко и на поздних стадиях развития с трудом поддается лечению.

Красная волчанка (*lupus erythematoses*) встречается двух видов: в виде **дисковидного эритематоза** и **диссеминированного эритематоза**.

Рак развивается **только при дисковидном эритематозе**.

Одни авторы рассматривают рак, развивающийся на фоне красной волчанки, как обычный рак на рубце, другие считают, что красная волчанка является типичным дерматозом, на развитие которого в большой степени оказывают влияние солнечные лучи.

В настоящее время в литературе нет единого взгляда на *связь между сифилисом и раком*.

Одни авторы считают сифилис заболеванием, которое благоприятствует развитию рака кожи, другие авторы указывают на то, что при этом рак возникает на фоне рубца. И наконец, третьи утверждают, что сифилис в третичной стадии дает иммунитет против рака.

Патогенез развития рака на фоне гуммозного сифилиса аналогичен процессу при туберкулезной волчанке. При своевременном лечении сифилиса, который поддается лечению значительно лучше, чем туберкулезная волчанка, частота возникновения рака незначительна и во много раз меньше, чем при туберкулезной волчанке.

Андрей Захарович ДОВГАЛЮК

**ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ КОЖИ
(клиника, диагностика, лечение
и вопросы медико-социальной экспертизы)**

Пособие для врачей

Редактор *Н. Н. Атаманенко*
Корректор *Т. А. Дич*
Верстка и дизайн *И. Ю. Илюхиной*

Подписано в печать 10.04.2017. Формат 60 × 88 ¹/₁₆
Печ. л. 17. Тираж 1000 экз. Заказ №

ООО «Издательство „СпецЛит“».
190103, Санкт-Петербург, 10-я Красноармейская ул., д. 15.
Тел./факс: (812) 495-36-09, 495-36-12,
<http://www.speclit.spb.ru>

Отпечатано в типографии «L-PRINT».
192007, Санкт-Петербург, Лиговский пр., 201, лит. А, пом. 3Н