

Опыт работы показал, что множество больных с новообразованиями кожи, лечившихся в течение многих лет у разных специалистов, смогли у нас получить квалифицированную помощь, причем многие ее получили амбулаторно с непродолжительным пребыванием на больничном листе.

Работа врача-дерматоонколога помогает внедрить в практику здравоохранения методы безрентгеновского лечения новообразований кожи. В своей работе за последние 3 года мы руководствуемся методическими указаниями МЗ РФ № 2003/60 от 05.2003 г.

## **КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА БОЛЕЗНИ ПЕДЖЕТА**

*А.М. Вавилов, О.Р. Катунина*  
*ЦНИКВИ*

Опухоли и пороки развития кожи по разнообразию клинико-морфологических проявлений составляют один из самых обширных разделов общей онкологии. Вместе с тем, доброкачественный характер большинства нозологических форм придает этому разделу «промежуточный» статус: новообразования высокой степени злокачественности (меланома, плоскоклеточный рак) являются предметом большой онкологии, весь остальной массив чаще всего попадает в поле зрения дерматологов, от профессионализма которых зависит благоприятный исход. В таких случаях ранняя и точная диагностика приобретает первостепенное значение, поскольку она определяет выбор наиболее рационального лечения. В понятие точной диагностики входит установление характера, строения, гистологической принадлежности опухоли. Единственным достоверным методом верификации опухоли является биопсия, в ряде случаев цитологический мазок или пункция. В настоящее время недопустимо начинать лечение опухолевых процессов без предварительного морфологического исследования, особенно велико значение этого метода в выявлении предопухолевых состояний и ранних стадий заболевания.

Болезнь Педжета – довольно редкая злокачественная опухоль, но, тем не менее, дерматовенерологи могут столкнуться с этим заболеванием в повседневной практике. В гистологической классификации опухолей человека ВОЗ (1996) это заболевание выделено в отдельную группу. Болезнь Педжета подразделяется на маммарный и экстрамаммарный варианты, которые имеют сходные клинические и гистологические признаки, однако различаются по гистогенезу и характеру опухолевого роста.

Маммарная болезнь Педжета впервые описана Педжетом в 1874 г. Считалось, что это эпидермальный рак, который в дальнейшем инвазирует молочную железу. В настоящее время это заболевание рассматривается как эпидермотропная внутрипротоковая аденокарцинома молочной железы, захватывающая кожу соска и ареолы. Чаще заболе-

---

вание обнаруживается у женщин 40-50 лет, однако встречается и у молодых женщин. Известны лишь единичные случаи заболевания маммарной болезнью Педжета у мужчин.

Клинически заболевание проявляется в виде четко очерченной, несколько приподнятой эритематозной бляшки с желтоватыми или белыми чешуйками на поверхности. Чаще всего поражение унилатеральное. Его характерным клиническим признаком является деформация соска. Субъективно при заболевании беспокоит ощущение зуда, на поверхности очага могут наблюдаться признаки экзематизации. Элемент увеличивается в размерах, что напрямую связано с продолжительностью заболевания, при наличии инвазивного роста в молочной железе могут определяться опухолевые узлы. Маммарный вариант болезни Педжета очень часто имитирует хроническую экзему соска, по поводу которой больные долго и безуспешно получают лечение, нередко кортикостероидными мазями. Зачастую дерматовенерологи и их пациенты избегают выполнения биопсии на коже соска, а метод цитологического исследования в данном случае малоинформативен: только патоморфологическое исследование позволяет установить правильный диагноз и исключить так называемую «экзему, устойчивую к терапии».

Точный гистогенез экстрамаммарной болезни Педжета не установлен. Поскольку наиболее часто поражаются участки кожи, богатые апокриновыми потовыми железами (подмышечные области, аногенитальная область), полагают, что гистогенетическим источником могут служить клетки инфундибулярной области волосяных фолликулов и расположенные поблизости выводные протоки апокриновых желез или плюрипотентные клетки. Приблизительно в четверти наблюдений экстрамаммарная болезнь Педжета сочетается с карциномой апокриновых желез.

Экстрамаммарная болезнь Педжета возникает в пожилом возрасте, несколько чаще встречается у женщин. Клинически она представляет собой четко ограниченные, постепенно увеличивающиеся в размерах бляшки с чешуйками и корками на поверхности, нередко с мокнутием. Реже поверхность элемента может быть эрозирована или изъязвлена. Довольно часто пациенты испытывают чувство зуда. Как и при маммарном варианте болезни, пациенты могут ошибочно получать лечение по поводу хронической экземы, псориаза, микозов кожи. Прогноз в большинстве случаев более благоприятен при экстрамаммарной локализации рака Педжета.

Гистологическое строение экстрамаммарного рака Педжета имеет все признаки рака *in situ*. В акантотически утолщенном эпидермисе обнаруживают множество характерных крупных, лишенных мостиков клеток с бледной, PAS-положительной цитоплазмой, с крупными плеоморфными ядрами и большим количеством патологических митозов. Опухолевые клетки могут располагаться отдельно или небольшими гнездыми скоплениями, занимая 2/3 эпидермиса, при этом целостность базальной мембраны не нарушается. Субэпидермально обнаруживается лимфогистиоцитарный инфильтрат различной интенсивности.

---

Очень важной является дифференцировка с педжетоидным вариантом меланомы, при которой опухолевые клетки проникают в дерму и дают положительную реакцию при иммунофенотипировании с моноклональными антителами НМВ- 45.

Приводим несколько клинических наблюдений из нашей практики, свидетельствующие о важности гистологического исследования для диагностики болезни Педжета.

1. Больная П., 59 лет, болеет более 17 лет. Ранее не лечилась. Патологический очаг занимает практически всю кожу левой молочной железы, представляя собой эритематозную бляшку красного цвета, с четкими границами, слегка приподнятую над поверхностью кожи. Результат гистологического исследования: рак Педжета.

2. Больной Т., 76 лет, болеет около 15 лет. Патологический очаг размером около 20 см в диаметре локализован на коже перианальной области, представлен эритематозной бляшкой с выраженной инфильтрацией, ярко-красной окраски, поверхность ее эрозирована, мокнет. Много лет больной получал лечение кортикостероидными мазями по поводу хронической экземы. Результат гистологического исследования: рак Педжета.

3. Больной К., 73 лет, болеет более 6 лет. Патологический процесс локализован на коже промежности, перигенитально, представлен сливающимися эритемато-сквамозными очагами розового цвета с умеренным шелушением на поверхности. Более 6 лет лечился кортикостероидными мазями по поводу хронической экземы. Результат гистологического исследования: рак Педжета.

4. Больная С., 30 лет, болеет около 1,5 лет. Патологический очаг локализуется на ареоле соска правой молочной железы с переходом на кожу, представлен эритемато-сквамозной бляшкой с выраженным шелушением, границы очага четкие. Результат гистологического исследования: аденокарцинома соска.

5. Больная Б., 45 лет, болеет 4 года. Патологический очаг локализован на ареоле соска левой молочной железы с переходом на кожу, представлен эритематозной, умеренно инфильтрированной бляшкой с четкими границами, которая постепенно увеличивалась в размерах. Через 2 года после начала заболевания из очага был исследован биоптат. Результат гистологического заключения: лимфоцитомы. В связи с установленным диагнозом больная еще 2 года лечилась кортикостероидными и противовоспалительными мазями. Результат повторного гистологического исследования: рак Педжета.

6. Больная К., 15 лет, страдает атопическим дерматитом. Около 1,5 лет назад на коже ареолы соска правой молочной железы появился эритематозный очаг с неровной поверхностью, который периодически сопровождается мокнутием, границы очага четкие. При лечении кортикостероидными мазями не было отмечено выраженной положительной динамики. Результат гистологического исследования: экзема на фоне присоединившейся папилломавирусной инфекции.

---

Приведенные наблюдения свидетельствуют о том, что гистологическое исследование длительно существующих очагов, не поддающихся традиционной терапии, позволяет уточнить диагноз. При локализации патологического процесса на коже ареолы молочной железы гистологическое исследование с целью дифференциальной диагностики показано также лицам молодого возраста.

## **КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БАЗАЛЬНО-КЛЕТОЧНОГО РАКА КОЖИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА**

*В.Н. Волгин, Т.В. Соколова, Е.Ф. Странадко, И.А. Ламоткин,  
М.В. Садовская*

*ГВКГ им. Н.Н. Бурденко, ГИУВ Минобороны РФ,  
ГНЦ лазерной медицины*

Базально-клеточный рак кожи (БКРК, базалиома, базально-клеточная карцинома кожи, базально-целлюлярная эпителиома) – злокачественная эпителиальная опухоль кожи, возникающая из эпидермиса или волосяных фолликулов, с местноинвазивным и деструктурирующим ростом и чрезвычайно редким метастазированием [1, 4, 7, 8, 9, 10]. По частоте БКРК занимает третье место среди всех злокачественных новообразований после рака желудка и легких, а в структуре злокачественных эпителиальных новообразований кожи его доля составляет от 75 до 97% и продолжает неуклонно увеличиваться [2, 4, 5, 6, 7, 10]. Ежегодный прирост базалиом в разных странах мира с 1980 по 1999 годы составил от 40 до 65% [2, 3, 5, 6].

БКРК чаще возникает у людей старше 50 лет. Имеются сведения о развитии базалиом у молодых людей и новорожденных. Вероятность возникновения этого заболевания у пожилых лиц в 4-8 раз выше, чем у лиц моложе 20 лет. Многие исследования показывают, что БКРК чаще встречается у мужчин. По данным других ученых, он возникает одинаково часто у мужчин и женщин. Ряд исследований свидетельствуют о некотором преобладании женщин [4, 10]. В средних широтах соотношение заболеваемости мужчин и женщин составляет 3:2, а в южных районах мира 2:1 [7].

БКРК локализуется в 80-90% на открытых участках кожного покрова (лицо, шея, волосистая часть головы, кисти рук), наиболее подверженных инсоляции [8]. Существуют различные классификации БКРК. Выделяют поверхностную, солидную или опухолевую, язвенную (в том числе *ulcus rodens* и *ulcus terebrans*), склеродермоподобную и пигментную формы. Преобладают солидная и язвенная формы БКРК (45–60%), другие формы встречаются реже [4, 8].

Этиология БКРК до настоящего времени остается неясной. Генные мутации, превращающие проонкогены в онкогены и способствующие возникновению опухолей, вызываются радиацией (ионизирующей, ультрафиолетовой) и различными химическими веществами. Онкогенезу