

**ПАРАНЕОПЛАСТИЧЕСКИЕ ДЕРМАТОЗЫ, ПО МАТЕРИАЛАМ ОТДЕЛЕНИЯ
ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ И ДЕРМАТООНКОЛОГИИ МОНИКИ**

Г.Ф. Романенко, Н.В. Махнева, Е.Д. Нефедова
МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского

Паранеопластические заболевания (паранеоплазии) известны с давних времен. В работах основоположников дерматологии (Hebra, 1886, Unna, 1886 и др.) имеются указания на связь между онкологическими заболеваниями и кожной патологией. Термин «паранеопластические заболевания или синдромы» был предложен в 1948 г. Деном Брауном. По мере накопления клинических и лабораторных данных, в оценке этой патологии происходили существенные изменения. Первоначально под паранеоплазиями подразумевали совокупность неспецифических симптомов у онкологических больных, обусловленных воздействием опухоли [1, 17]. В последующем, с развитием молекулярно-биологических технологий, некоторые авторы предложили рассматривать паранеоплазии или как опосредованные клинические признаки опухолевых заболеваний, проявляющиеся со стороны других органов и тканей и возникающие в результате биохимических, гормональных или наследственных (по доминантному типу) нарушений, или как неспецифические поражения кожи, обусловленные влиянием опухоли на метаболизм, иммунные и регуляторные системы организма [3, 9].

В 2003 г. на 20-й юбилейной конференции, посвященной памяти проф. В.А. Рахманова, эта проблема широко обсуждалась. В частности, указывалось, что у 7–15% кожных заболеваний установлена связь со злокачественными новообразованиями, причем количество дерматологических паранеоплазий увеличивается из года в год. Полагают, что более 40 паранеоплазий имеют связь с новообразованиями [3, 5]. Еще недостаточно изучены механизмы влияния опухолевых процессов на кожу, однако в ряде сообщений обращается внимание на нарушения метаболических процессов со стороны органов кровообращения, эндокринной, мышечной и нервной систем, которые проявляются уже на ранних стадиях развития дерматологических паранеоплазий [5, 6, 7, 9].

Злокачественные опухоли изменяют физиологические процессы в организме и приводят к накоплению в нем обычно не синтезируемых биологически активных веществ (гормонов, ферментов, факторов роста) и опухолевых антигенов, не только стимулирующих прогрессирование злокачественного процесса, но и способствующих возникновению новых клинических симптомов [2, 9].

В связи с тем, что многие дерматологические паранеоплазии могут появляться раньше, чем обнаруживаются злокачественные опухоли, онкологи настоятельно рекомендуют более детально обследовать этих пациентов [3]. Разработаны алгоритмы, которые с успехом применяются в дерматологических учреждениях.

Из большого числа дерматозов и паранеопластических синдромов выделяют часто встречающиеся облигатные паранеоплазии (злокачественные опухоли, злокачественный черный акантоз, псориазиформный акродерматит Базекса, эритему круговидную Гаммела, гипертрихоз пушковый приобретенный, эритему мигрирующую некротическую) и факультативные паранеоплазии (карциноидный синдром, приобретенный паходермопериостиз, ретикулогистиогранулез, опухоли, индуцированные иммуноглобулинами, приобретенная кератодермия ладоней и подошв, приобретенный ихтиоз, дерматомиозит у взрослых, буллезный пемфигоид, синдром Кауди, врожденный дискератоз, синдромы Гарднера и Блума) [2, 4, 9]. Выделяют также большую группу вероятных паранеопластических дерматозов, которые могут озлокачиваться или ассоциироваться со злокачественными новообразованиями [12, 13].

В отделении дерматоонкологии и дерматовенерологии МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского разработана специальная программа, которая предполагает углубленное клиническое и лабораторное обследование пациентов, включающее в себя, помимо обычных исследований, современные рентгенологические, ультразвуковые, эндоскопические исследования, а по показаниям – компьютерную томографию, а также морфологические и иммунологические исследования.

За период с 1997 по 2004 г. в отделении наблюдалось 6727 больных (3089 мужчин и 3638 женщин) в возрасте от 20 до 74 лет. Выявлено, что число пациентов в возрасте от 40 до 60 лет и старше постоянно нарастает, что дает основание предполагать, что количество паранеопластических дерматозов будет увеличиваться. Это наблюдение совпадает с данными других авторов, которые указывают на то, что паранеоплазии – удел пожилых людей [11]. У 136 больных (2,02%) выявлены злокачественные опухоли крови (лимфолейкоз) и внутренних органов (печени, надпочечников, вилочковой железы, легких, предстательной железы, молочной железы, желудка, кишечника, пищевода).

Среди паранеоплазий встречаются паранеопластический пемфигус, герпетиформный дерматит Дюринга, буллезный пемфигоид, приобретенный буллезный эпидермолиз, вторичные неспецифические эритродермии, генерализованный зуд, упорно протекающая крапивница, спонтанный панникулит, кольцевидная эритема Дарье, глубокая приодермия и др.

В литературе [7, 8, 10] среди редко встречающихся дерматологических паранеоплазий упоминаются псориазиформный акродерматит Базекса, синдром Мюира – Торре, сочетание аденомы кишечника и кератоакантомы, паранеопластическая пузырчатка при метастазирующей меланоме, дерматомиозит у больного с плоскоклеточным раком подчелюстной слюнной железы.

В клинической картине дерматологических паранеоплазий имеются особенности, которые позволяют заподозрить онкологическую зависимость и указывают пути выявления новообразований в тех или иных случаях опухолевых процессов. В 85% наблюдений пациенты вначале

обращаются к дерматологам, так как при многих паранеопластических дерматозах появляются эритематозные, узелковые и пузырьные высыпания, которые имеют отличия от общепризнанных симптомов [11, 13, 14, 15, 16, 18]. Например, при дерматомиозите взрослых высыпания чаще появляются вокруг глаз (параорбитально) или носят характер узелковых высыпаний, похожих на аллергические уртикарные; присоединение мышечных синдромов (нарушение глотания – поперхивания, слюнотечение, мышечные контрактуры и атрофии) дает основание углубленно обследовать больных в поисках злокачественных опухолей. В начале развития паранеопластической пузырьчатки можно встретить не пузырьные элементы, а разнообразные высыпания, характерные для экссудативной эритемы (пятна округлой формы, инфильтраты, корки и др.). Паранеопластический пемфигоид нередко начинается с поражения слизистых оболочек, причем иммуноморфологическое исследование при этом не всегда подтверждает диагноз. Еще больше затрудняет диагностику паранеопластический генерализованный зуд, который может носить стойкий характер, сопровождаться жжением. В этом случае необходимо углубленное исследование для исключения патологии углеводного обмена, эндокринных нарушений и, нередко, постскабеозных лимфоплазий.

Своевременное выявление опухолевых процессов при паранеоплазиях позволяет правильно верифицировать диагноз, провести лечение, которое может спасти жизнь пациенту, облегчит течение кожных проявлений, которые в ряде случаев делают больного нетрудоспособным уже на ранних этапах заболевания. Лечение новообразований внутренних органов приводит к стойкому исчезновению паранеопластического дерматоза, и это дает возможность считать его этиотропным и эффективным.

ЛИТЕРАТУРА

1. Беренбейн Б.А. // БМЭ, 3-е изд., т. 3. – М., 1982. – С. 322-323.
2. Бульвахтер Л.А., Барышова М.В., Елкина И.А., Мун А.С. // Рос. журн. кож. вен. бол. – 2003. – № 5. – С. 18-20.
3. Иванов О.Л., Мареева Е.Б. // Рос. журн. кож. вен. бол. – 2003. – № 5. – С. 4-5.
4. Кондрашов Т.В. Доброкачественный тип *acanthosis nigricans* // Рос. журн. кож. вен. бол. – 2003. – № 5. – С. 28-32.
5. Кряжева С.С. // Рос. журн. кож. вен. бол. – 1998. – № 2. – С. 4-8.
6. Кузнецова Н.П., Чашин А.Ю. // Рос. журн. кож. вен. бол. – 2003. – № 5. – С. 6-8.
7. Кунцевич Ж.С. // Актуальные проблемы дерматоонкологии. Новые лекарственные препараты в практике дерматовенеролога / Материалы науч.-практ. конф. 26-27 ноября 2002 г. – М., 2002.
8. Махнева Н.В., Карзанов О.В., Костенкова О.В., Белецкая Л.В. // Актуальные проблемы дерматоонкологии. Новые лекарственные препараты в практике дерматовенеролога / Материалы науч.-практ. конф. 26-27 ноября 2002 г. – М., 2002. – С. 75-76.
9. Молочков В.А. // Рос. журн. кож. вен. бол. – 2003. – № 5. – С. 71-72.
10. Молочков В.А., Молочков А.В., Казанцева И.А. // Рос. журн. кож. вен. бол. – 2003. – № 5. – С. 12-14.

-
11. Молочков В.А., Шаталин В.Н., Кряжева С.С. и др. // Руководство по геронтологической дерматологии. – М., 2004. – С. 192-224.
 12. Потекаев Н.С., Кечьер В.И., Николаева Л.Н. // Сб. трудов 1 ММИ им. И.М.Сеченова, т. 31. – М., 1964. – С. 227-232.
 13. Потекаев – Н.С., Львов А.Н., Цыкин А.А. // Рос. журн. кож. вен. бол. – 2005. – № 5. – С. 14-18.
 14. Потекаев Н.С., Теплюк Н.П., Кочергин Н.Г. и др. // Рос. журн. кож. вен. бол. – 2005. – № 5. – С. 23-25.
 15. Рахманов В.А. // Многотомное руководство по дерматовенерологии, под ред. С.Т. Павлова. – М. – Л., 1964.
 16. Суколин Г.И. // Рос. журн. кож. вен. бол. – 2005. – № 5. – С. 33-35.
 17. Трапезников Н.Н., Шадыев К.К. Паранеопластические дерматозы – Ташкент, 1986.
 18. Шахтмейстер И.Я. и др. // Современные вопросы клиники, патогенеза и терапии дерматозов, под ред. В.А.Рахманова. – М., 1968. – С. 169-175.

ВИДЕОДЕРМАТОСКОПИЯ: СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ И ПРОФИЛАКТИКЕ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ КОЖИ

В.Ю. Сергеев, Ю.В. Сергеев

*ММА им. И.М. Сеченова, Главное медицинское Управление
УД Президента РФ*

Неуклонный рост заболеваемости злокачественными новообразованиями кожи ставят их в ряд важнейших проблем современной медицины [1-5].

Наиболее частое из них – базально-клеточный рак кожи (БКР). Большая частота рецидивов, увеличение числа первично-множественных форм БКР обуславливают важное практическое значение проблемы БКР. На современном этапе актуальны вопросы ранней доклинической диагностики, определения длительности наблюдения, периодичности осмотров, разработки программ ранней диагностики рецидивов, а также выявления факторов риска возникновения БКР.

В настоящей работе обобщен опыт диспансеризации больных БКР в условиях многолетней ежегодной диспансеризации в поликлинике Медицинского центра (МЦ) Управления делами Президента РФ, а также представлен опыт внедрения метода видеодерматоскопии при ранней диагностике эпителиальных опухолей кожи.

С 1983г. в МЦ были разработаны и внедрены в практику скрининговые программы обследования прикрепленного контингента с целью активного выявления рака основных локализаций, в том числе и кожи.

В большинстве случаев скрининговые программы реализуются в условиях поликлиники. Здесь каждый пациент должен пройти исследования, предусмотренные программой диспансеризации, принятой в МЦ. Организована централизованная система профилактики, ранней диагностики, последующего лечения, реабилитации и активного диспансерного наблюдения больных со злокачественными новообразованиями различной локализации, в том числе и кожи. Кроме того, в МЦ налажена