

ФГБОУ ВО « Красноярский государственный медицинский университет им.
проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения РФ

Кафедра дерматовенерологии с курсом косметологии и ПО им.
Проф. В.И. Прохоренкова

Зав. Кафедрой:
д.м.н., проф. Карачева Юлия
Викторовна



Реферат

Базалиома. Дифференциальная диагностика

Выполнила:
Ординатор 1 года обучения
Боброва Вера Сергеевна

Проверила:
д.м.н., проф. Карачева
Юлия Викторовна

Красноярск, 2019г

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования « Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

КАФЕДРА

Кафедра дерматовенерологии с курсом косметологии и ПО им. Проф В.И. Прохоренкова

Рецензия < проф., Д.М.Н. кафедры Кафедра дерматовенерологии с курсом косметологии и ПО им. Проф. В.И. Прохоренкова Карачевой Юлии Викторовны> на реферат ординатора первого года обучения специальности Дерматовенерология < Бобровой Веры Сергеевны> по теме: < Базалиома. Дифференциальная диагностика>

Основные оценочные критерии рецензии на реферат ординатора первого года обучения специальности Дерматовенерология:

Оценочный критерий	Положительный/ Отрицательный
1. Структурированность	пол
2. Наличие орфографических ошибок	пол
3. Соответствие текста реферата по его теме	пол
4. Владение терминологией	пол
5. Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	пол
6. Логичность доказательной базы	пол
7. Умение аргументировать основные положения и выводы	пол
8. Круг использования известных научных источников	пол
9. Умение сделать общий вывод	пол

Итоговая оценка: положительная/ отрицательная

Комментарии рецензента:

Дата: 17.04.19

Подпись рецензента:

Подпись ординатора:

Карачева
Боброва

Содержание:

1. Этиология и патогенез
2. Клиника
3. Дифференциальный диагноз
4. Лечение

Синоним: базальноклеточная эпителиома - epithelioma basocellulare, базальноклеточный рак кожи.

Этиология и патогенез

Согласно гистологической классификации ВОЗ (1980), заболевание представляет собой базально-клеточный рак, медленно растущий и редко метастазирующий, возникающий в эпидермисе или волосяных фолликулах, клетки которых сходны с базальными клетками эпидермиса.

Однако, отнесение базалиомы к раку кожи весьма условно, так как очень редкий переход её в базальноклеточную карциному наблюдается, как правило, под действием сильных канцерогенов, прежде всего рентгеновских лучей. По мнению А. К. Апатенко, базалиому следует рассматривать не как рак или доброкачественное новообразование, а как особого рода опухоль, рост которой сопровождается разрушением только окружающих её тканей.

Провоцирующую роль, помимо интенсивной инсоляции и лучевой энергии, в развитии базалиом могут играть ожоги, длительный контакт с нефтяными продуктами, дёгтем, приём препаратов мышьяка. В патогенезе базалиом придается значение утрате клеток опухоли способности к кератинизации. Указывается на тесную связь базалиомы с соединительнотканной стромой, характер которой, по мнению А. К. Апатенко, влияет на структуру, особенно таких вариантов как склеродермоподобная базалиома, фиброэпителиома, трихобазалиома.

Большое значение в развитии базалиом придается иммунным нарушениям. Генетические факторы наибольшую роль играют при множественных базалиомах, наблюдающихся при синдроме Горлин-Гольца.

Считалось, что базалиома развивается обычно на неизменённой коже. По мнению Gertler, подобное утверждение является неправомерным, так как при этом не учитывается тот факт, что развитию базалиомы могут предшествовать клинически неопределяемые микроскопические изменения кожи, прежде всего такие, как коллоидная старческая дегенерация и атрофия. Именно этим, как считает автор, и объясняется наиболее частая локализация базалиомы на лице. Имеются описания возникновения её на фоне туберкулёзной волчанки, рубцов после прививок, ожогов, псориаза, в том числе после фотохимиотерапии, дерматофибромы и других патологических состояний.

Клиника

Наиболее часто базалиома имеет вид одиночного ограниченного плотноватого образования полушаровидной формы, чаще округлых очертаний, незначительно возвышающегося над уровнем кожи, в центре которого обычно имеется небольшое западение, покрытое тонкой, плотно, прилегающей чешуйко-корочкой; край валикообразно утолщен, в его зоне могут быть множественные телеангиэктазии. При легком натяжении видно, что периферический валик состоит из миниатюрных опухолевидных узелковоподобных элементов («кожных жемчужин»).

Опухоль медленно увеличивается в размерах, может быть небольшая болезненность и кровотечение после удаления корочки. При изъязвлении возникает вначале поверхностная, а с течением времени - более глубокая незаживающая язва (*ulcus rodens*) с гладким или мелкозернистым дном, скудным серозно-гнойным отделяемым. *Ulcus rodens* встречается чаще у мужчин, располагается на верхних 2/3 лица, прежде всего на пограничной зоне щек и виска, в ретроаурикулярной области.

Описывают следующие варианты опухолевой (узелковой) базалиомы:

Крупноузловатый

Конглобированный

бородавчатый,

опухолево-язвенный.

Дифференциальный диагноз

Дифференцировать базалиому необходимо с кератоакантомой, спиноцеллюлярной эпителиомой, шанкриформной пиодермией, твёрдым шанкром, сенильным кератозом, туберкулёзной волчанкой, педжитоидную эпителиому - с красной волчанкой, болезнью Боуэна.

КЕРАТОАКАНТОМА (синонимы: моллюск сальный, моллюск роговой, веррукома эпителиоподобная Гужеро) - эпителиальная опухоль кожи. Важная роль в её развитии принадлежит УФ-облучению, химическим канцерогенам, некоторым типам вируса папилломы человека. Патоморфологической особенностью кератоакантомы является её архитектура, напоминающая "чашу, заполненную рогом", когда часть пролиферирующего эпителия по краям кратера клювовидно нависает над ним, охватывая ортокератозные массы в виде воротничка.

РАК КОЖИ ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫЙ (синонимы: рак спиноцеллюлярный, спиналиома) - злокачественная эпителиальная опухоль кожи с плоскоклеточной дифференцировкой. Опухолевый тип плоскоклеточного рака кожи характеризуется узлом или бляшкой красно-розовой окраски или цвета неизменённой кожи, покрытой корками, роговыми массами или бородавчатыми разрастаниями - бородавчатая, гиперкератотическая разновидность. Гистологически характеризуется наличием тяжёлых в клетках шиповатого слоя эпидермиса, пролиферирующими в дерму. Опухолевые массы содержат атипичные элементы.

ПИОДЕРМИЯ ШАНКРИФОРМНАЯ - форма хронической язвенной стрептостафилодермии, по клиническим проявлениям сходная с твёрдым шанкром. Процесс начинается с появления в области половых органов или на лице мелкого пузырька, превращающегося в эрозию или поверхностную язвочку с инфильтратом в основании, имеющую округлые или овальные очертания, гладкое чистое дно с незначительным серозным отделяемым. Края элемента покатые, иногда несколько возвышены и окружены узким воспалительным ободком. Чаще поражение бывает одиночным, реже множественным. В ряде случаев эрозии или язвы покрываются геморрагической коркой или гнойным налетом. Регионарные лимфатические узлы увеличены, уплотнены, подвижны, безболезненны.

ТУБЕРКУЛЕЗ КОЖИ - группа заболеваний, обусловленных внедрением в кожу микобактерий туберкулёза. У больных туберкулёзом кожи чаще обнаруживают микобактерий человеческого типа. Эндогенный путь распространения (гематогенный, лимфогенный) встречается значительно чаще экзогенного. Возможно распространение возбудителя *per continuitatem* с соседних поражённых туберкулёзным процессом органов или путём аутоинокуляции

Гистологически при туберкулёзе в коже выявляют гранулёмы из эпителиоидных клеток, окруженных лимфоцитами. Характерно наличие гигантских клеток Лангерганса и казеозного некроза в центре бугорка.

КРАСНАЯ ВОЛЧАНКА (lupus erythematoses; синоним: эритематоз) - заболевание из группы диффузных болезней соединительной ткани (коллагенозов).

В патогенезе определенную роль играют инсоляция, хроническая очаговая (чаще стрептококковая) инфекция, переохлаждение, лекарственная непереносимость, аутоаллергия. Для кожного поражения характерны три кардинальных симптома: эритема, гиперкератоз, атрофия.

Меньшее значение имеют инфильтрация, телеангиэктазии и пигментация.

Первая (эритематозная) стадия процесса характеризуется появлением небольшого розового, слегка отёчного, чётко отграниченного пятна, постепенно увеличивающегося в размерах. Во второй (гиперкератозно-инфильтративной) стадии волчанки на поверхности пятна появляются мелкие, плотные серовато-белые чешуйки, удаляемые с большим трудом и болью (симптом Бенъе-Мещерского), сам очаг превращается в плотноватую дисковидную бляшку. При переходе в третью (атрофическую) стадию в центре очага формируется гладкая нежная алебастрово-белая рубцовая атрофия, в зоне которой могут быть телеангиэктазии и краевая пигментация.

Типична локализация сыпи на открытых участках кожи: лице (особенно на носу и щеках, где очаг может напоминать по форме бабочку), ушных раковинах, шее, открытой части груди. Нередко поражаются волосистая часть головы и красная кайма губ. Возможно поражение слизистой оболочки рта.

Гистологически при красной волчанке выявляют:

1. гнёздный лимфогистиоцитарный инфильтрат вокруг сосудов (также в окружности волосяных фолликулов)
2. фибриноидные изменения соединительной ткани дермы
3. в эпидермисе - очаговая вакуольная дистрофия базального слоя
4. выраженный фолликулярный гиперкератоз.

БОУЭНА БОЛЕЗНЬ - внутриэпидермальный кожный рак, обязательно трансформирующийся в плоскоклеточный. Чаще развивается у пожилых людей (70-80 лет) обоего пола.

Клиника болезни Боуэна

На туловище, верхних конечностях, в области промежности, иногда на слизистой оболочке рта располагается солитарная плотная бляшка, покрытая бело-желтоватыми, легко удаляющимися чешуйками.

Характерен неравномерный рост очага по периферии, его пестрота - за счет участков атрофии, эрозирования, гиперкератоза, бородавчатых разрастаний, возвышение краевой зоны. При злокачественной трансформации в пределах бляшки формируется плотная опухоль, которая в дальнейшем изъязвляется.

При переходе болезни Боуэна в плоскоклеточный рак патоморфологически отмечается глубокое погружение характерных акантотических тяжей в дерму, нарушения базальной мембраны, резко выраженный полиморфизм клеток в составе тяжей.

Литература:

1. Аргун В. М., Щебетенко Ю. Е. Опухоли опорно-двигательного аппарата. - М., 1984. - С. 169-174;
2. Беренбейн Б. А., Белецкая Л. В., Коган М. В. Комплексное лечение множественных и рецидивирующих базалиом: Методические рекомендации/ МЗ РФ. — М., 1983;
3. Богатырева И.И. Дифференциальная диагностика и клинико-морфологические параллели при базалиоме (базальноклеточном раке) и метатипическом раке кожи. Дисс.канд.мед.наук, М. 1984;
4. Борисова С. В. Совершенствование диспансеризации больных базально-клеточным раком кожи: Клинико-эпидемиологическое и иммуногенетическое исследование: Автореферат дис. . канд. мед. наук. -М., 1998;
5. Гуревич Л.Е. Иммуногистохимическое исследование фенотипа и инвазивного потенциала опухолей поджелудочной железы // Дисс. .докт. мед. наук. М., 2003;
6. Дерматоонкология. Под ред. Г.А.Галил-Оглы, В.А.Молочков, Ю.В.Сергеев. М., Медицина для всех, 2005;