

## Глава 6

### Подолог + онколог

В главе о сотрудничестве с хирургом были описаны несколько патологий, имеющих риск озлокачествления. В этой главе мы рассмотрим как раз случаи злокачественных образований на коже. Наша задача как специалиста обратить внимание на соответствующие симптомы и рекомендовать пациенту обратиться к врачу-онкологу.

#### 6.1. МЕЛАНОМА

**Меланома** (от греч. *melanos* — черный, темный) — один из видов рака кожи, злокачественное новообразование, возникающее по причине мутации и быстрого деления меланоцитов (пигментных клеток). В примерно в 90% случаев появляется на коже, но иногда встречаются случаи образования на сетчатке глаза, слизистых и мозговых оболочках (рис. 6.1).



Рис. 6.1. Меланома

#### Жалобы

- Появление новообразований, отличающихся от других невусов на теле.
- Резкое изменение в цвете, размере и форме ранее существовавшего новообразования.
- Увеличение регионарных лимфоузлов.
- Позднее: боли, головокружение, тошнота.

#### Anamnesis morbi и anamnesis vitae

Основной причиной мутации в настоящее время считают повреждение ДНК меланоцитов ультрафиолетом. В 10–15% случаев мутации обнаруживаются в антионкогенах и меланома считается наследственной.

К факторам риска относятся:

- 1-й и 2-й фототипы кожи.
- Солнечные ожоги и излишнее ультрафиолетовое облучение.
- Наличие пигментных невусов и их травматизация.

#### Осмотр

- Окраска образования неоднородная (от светло-коричневого до черного, в редких случаях от розового до бордового).
- Структура также неодинаковая: как пигментное пятно, не возвышающееся над кожей, так и узловатое, изъязвленное образование.
- Форма асимметричная.
- Размер в диаметре более 4 мм.
- Может появиться на любом участке кожи и под ногтевой пластиной.

На ранних стадиях врач проводит также дерматоскопию и оценку регионарных лимфоузлов. Может приниматься решение о назначении гистологического исследования биоптатов.

#### Лечение

Лечение хирургическое — на начальных стадиях иссечение меланомы с захватом здоровых окружающих тканей. После удаления назначается иммунотерапия.

План лечения назначается врачом или консилиумом врачей в зависимости от особенностей патологии, сопутствующих заболеваний и состояния организма, возможностей и доступных способов лечения.

## 6.2. ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫЙ РАК

**Плоскоклеточный рак кожи** — злокачественное новообразование, развивающееся по причине мутации кератиноцитов, может вырабатывать кератин (рис. 6.2).



Рис. 6.2. Плоскоклеточный рак кожи

### Жалобы

- Появление новообразований.
- Резкое изменение в цвете, размере и форме ранее существовавшего новообразования.
- Увеличение регионарных лимфоузлов.
- Позднее: боли, головкружение, тошнота.

### Anamnesis morbi и anamnesis vitae

Чаще возникает у взрослых после 65 лет. По статистике, мужчины заболевают чаще.

Основной причиной мутации в настоящее время считают повреждение ДНК кератиноцитов ультрафиолетом, как и при меланоме.

Может появляться на коже без новообразований и повреждений, но в большинстве случаев ему предшествуют различные патологические изменения кожного покрова.

Таким образом, можно выделить несколько факторов риска.

1. Новообразования и повреждения на коже: новообразования с риском озлокачествления, послеожоговые рубцы, остроконечные кондиломы, лучевые повреждения, красный плоский лишай, красная волчанка, трофические язвы, псориаз, экзема, профессиональные кожные заболевания и т.д.
2. Воздействие канцерогенов, вызывающих воспаление и повреждение в местах контакта с кожей. К ним относятся, например, мышьяк, креозот, минеральные масла и пр.
3. Иммунодефицит.

4. Заражение некоторыми штаммами вируса папилломы человека (16, 18, 31, 33, 35 и 45).

5. Генетическая предрасположенность.

Очень важно определить причину возникновения опухоли для дальнейшей профилактики прогрессирования заболевания.

### Осмотр и пальпация

В зависимости от формы внешний вид и локализация могут отличаться.

#### Экзофитная форма

- Сначала появляется плотная папула с гиперемированным ободком.
- Характерен быстрый рост и в течение 3–4 мес преобразование папулы в плотный узел красноватого цвета, покрытый коркой или разрастаниями по типу бородавки.
- Опухоль кровоточит при травматизации, изъязвляется, трескается.
- Размер более 2 см в диаметре.

#### Эндофитная форма

- Развивается часто на фоне кератом.
- Поверхностный тип представляет собой язву асимметричной формы, края четкие и валикообразные. На поверхности язвы — коричневая корка.
- При глубоком типе язва с крутыми краями и желто-красным с белым налетом дном. Присутствует зловонный запах.
- Опухоль обычно одиночная, но иногда могут появляться дочерние элементы, которые разрешаются и тем самым увеличивают язвенную поверхность.
- На коже конечностей возникает примерно в 7–10% случаев, например на стопах в межпальцевых промежутках в виде язв и трещин.
- Редко новообразования могут быть пигментированными и напоминать меланому, например в области ногтей.
- К основным методам исследования, помимо осмотра и сбора анамнеза, относят также гистологическое исследование, УЗИ регионарных лимфоузлов.

### Лечение

План лечения назначается врачом в зависимости от особенностей патологии, сопутствующих заболеваний и состояния организма.

К основным методам лечения относятся хирургическое иссечение, лазерная деструкция, криодеструкция, лучевая терапия, фотодинамическое облучение, химиотерапия.



## Глава 7

### Подолог + флеболог

Подолог, работая с ногами, одним из первых может заметить симптомы заболеваний вен. Врач-флеболог специализируется на заболеваниях вен именно нижних конечностей, поэтому наше сотрудничество неизбежно.

#### 7.1. СТРОЕНИЕ ВЕН НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ

Вена состоит из нескольких слоев — оболочек (рис. 7.1).

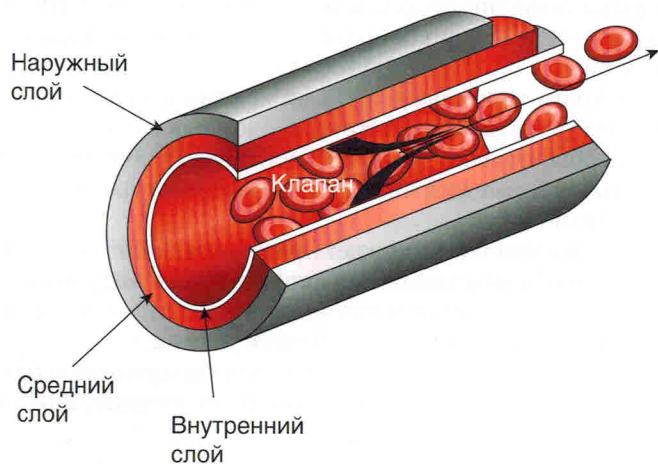


Рис. 7.1. Строение вены нижней конечности

Наружный — наиболее толстый слой венозной стенки. В нем расположены волокна коллагена и эластина, сосуды, питающие вену, и нервы. Окружает вену рыхлая соединительная ткань, фиксирующая ее.

Средний слой состоит из пучков гладких мышечных клеток с прослойками волокнистой соединительной ткани.

Внутренний слой вены состоит из эндотелия и подэндотелиального слоя. Крупные вены нижней конечности отличаются сильным развитием мышечных элементов. Во всех трех слоях-оболочках расположены развитые пучки гладких мышечных клеток.

Во внутренней и наружной оболочках эти пучки имеют продольное направление, а в средней располагаются циркулярно.

В этих венах хорошо расположены полулунные складки — клапаны, их свободные края направлены к сердцу. Клапаны нужны для предотвращения обратного тока крови.

Вены нижней конечности разделяются на глубокие и поверхностные.

#### 7.2. ВАРИКОЗ. ВАРИКОЗНОЕ РАСШИРЕНИЕ ВЕН

**Варикозное расширение вен нижних конечностей** — стойкое и необратимое их расширение и удлинение, возникающее в результате грубых изменений стенок, а также недостаточности клапанного аппарата вследствие генетического дефекта (рис. 7.2).

##### Жалобы

После длительного стояния появляются:

- тяжесть в ногах;
- распирающие;
- жар под кожей;
- зуд кожи.

Легче становится во время ходьбы, лежа и при ношении компрессионных чулок.

А во время сна беспокоят судороги в икроножных мышцах.

##### Anamnesis morbi и anamnesis vitae

Конкретные причины появления заболевания неизвестны, но можно выделить несколько факторов риска.

- Возраст старше 30 лет.
- Избыточная масса тела.
- Наследственность (слабость сосудистой стенки).
- Женский пол (в связи с циклическим растяжением венозных стенок и разрыхлением клапанов из-за прогестерона).
- Сидячий образ жизни.
- Тяжелая физическая работа, связанная со стоянием на ногах или переноской тяжестей.
- Длительный прием препаратов с эстрогеном.



Рис. 7.2. Варикозное расширение вен

### Осмотр

- Шишки/узлы на ногах.
- В тяжелых случаях появляется венозная экзема (пузырьки, узелки, гиперемия, зуд).
- Отечность, которая не пропадает после отдыха, может говорить о переходе в хроническую венозную недостаточность.

Ведущим инструментальным методом диагностики является ультразвуковое дуплексное сканирование.

### Лечение

Консервативное лечение направлено на устранение симптомов венозной недостаточности.

Цель радикального лечения — устранить все неправильно функционирующие вены.

Основные способы:

- удалить в настоящее время возможно посредством комбинированной флебэктомии, минифлебэктомии, короткого стриппинга, диссекции перфорантных вен;
- склеить методами механохимической облитерации, склеротерапии, цианоакрилатной облитерации;
- заварить посредством эндовенозной лазерной или радиочастотной облитерации.

Первичной профилактики как таковой не существует, поскольку неизвестны точные причины появления заболевания; можно считать профилактикой своевременное обращение к врачу.

К методам вторичной профилактики относятся:

- компрессионный трикотаж;
- прием специальных препаратов по назначению врача.

### 7.3. ТРОМБОФЛЕБИТ

Одним из осложнений варикозного расширения вен является **тромбофлебит** — заболевание, при котором стенка вены повреждается изнутри и вена закупоривается в месте воспаления быстро слипающимися тромбоцитами — тромбом (рис. 7.3).



Рис. 7.3. Тромбофлебит