

Одним из важнейших направлений онкологической науки и практики в последние годы стала разработка концепции раннего рака и этапов, предшествующих развитию злокачественных новообразований.

Большинство современных исследователей остаются на классических позициях Бермана, определяющих, что «рак никогда не возникает в здоровом органе» или Шабада, утверждающего, что «всякий рак имеет свой предрак.»

Полип. Под терминам «полип» подразумевается опухоль слизистой оболочки на ножке или на широком основании, поверхность которого может быть либо гладкой, либо покрытой ворсинками.

Полипы прямой и ободочной кишки расцениваются как потенциально предраковые изменения. Риск развития злокачественного новообразования увеличивается с увеличением размеров и числа полипов. Частота полипов в прямой и толстой кишке доходит до 50%.

Аденоматозные полипы - наиболее частые, могут иметь широкое основание или ножку различной длины, размеры их колеблются от нескольких миллиметров до нескольких сантиметров. Поверхность у маленьких аденоматозных полипов гладкая, у больших - дольчатая. Внешне такой полип представляет собой округлую массу розового или красного цвета - багрового, иногда - с изъязвлениями, покрытыми фибрином или сгустком крови. Длительно существующие полипы имеют длинную ножку в виде тяжа. С увеличением размеров полипа резко возрастает возможность малигнизации, поэтому их надо удалять.

Ворсинчатые полипы — занимают второе место по частоте, как правило, имеют широкое основание или распластаны по поверхности, но встречаются и на ножках. На их поверхностях имеются в большом количестве ворсинки, которые проходят до основания слизистой оболочки. Очень часто на этих образованиях и в них самих много светлой тягучей слизи, иногда с примесью крови.

Ректит - слизистая оболочка прямой кишки резко гиперемирована, отечна, значительно выбухает в просвет кишки и полностью его закрывает. Сосудистый рисунок смазан, отмечается обилие слизи.

Крипторхизм - аномалия внутриутробного развития, при которой к моменту рождения плода в мошонке отсутствует одно или оба яичка вследствие задержки опускания их из брюшинного пространства через паховый канал. Нередко сочетается с другими пороками развития. Яичко может опуститься самостоятельно на первом году жизни. Несвоевременное лечение (хирургическое) повышает риск развития бесплодия и развития злокачественной опухоли неопустившегося яичка.

Крипторхизм (не спустившееся в мошонку яичко) наиболее изученный фактор риска возникновения рака яичка.

- **Ложный крипторхизм.** Характерные особенности ложного крипторхизма: мошонка симметрическая, развита нормально; яичко обнаруживается в области наружного пахового кольца или в нижней трети пахового канала и легко низводится при пальпации.

Ксеродерма пигментная - наследственное заболевание кожи, характеризующееся её повышенной чувствительностью к ультрафиолетовому излучению; является облигатным предраком кожи. Встречается редко, наследуется по аутосомно-доминантному типу. В клинической картине заболевания независимо от генотипа выделяют три стадии. Первая стадия проявляется обычно на 2-3-м году жизни (редко позже) в весенне-летний период, после пребывания на солнце. Отмечается стойкая воспалительная реакция кожи на открытых участках тела (лицо, шея, кисти, предплечья). Она характеризуется эритемой, шелушением кожи с последующим развитием неравномерной гиперпигментации по типу Лентиго, веснушек. Каждое последующее пребывание на солнце усиливает эти процессы. Через несколько лет отчетливо выявляется вторая стадия, при которой участки атрофии кожи различных очертаний и величины, телеангиэктазии в сочетании с неравномерной пигментацией кожи придают ей пестрый вид, напоминающий клиническую картину хронического радиационного дерматита. На отдельных участках кожи могут образовываться бородавчатые разрастания, трещины, корки, изъязвления, происходит экзематизация. Атрофические изменения кожи лица сопровождаются истончением хрящей носа, ушных раковин, деформацией естественных отверстий (сужение носовых ходов, ротового отверстия), выворотом век, блефаритом, изъязвлением слизистой оболочки век, выпадением ресниц и нарушением их роста, помутнением роговицы, слезоточивостью и светобоязнью. В третьей стадии болезни, которая развивается обычно в юношеском возрасте, иногда значительно раньше, в очагах поражения образуются доброкачественные и злокачественные опухоли (фибромы, ангиомы, кератомы, базалиомы, меланомы). Особенно выражена тенденция к малигнизации с метастазированием во внутренние органы бородавчатых очагов поражения. В результате этого 2/3 больных погибают в возрасте до 15 лет. Диагноз основывается, как правило, на данных клинической картины (связь процесса с солнечным облучением, поражение открытых участков кожи по типу пойкилодермии с последующей малигнизацией). В начальном периоде заболевание дифференцируют с фотодерматозами, пойкилодермией.

Поздние лучевые повреждения кожи (атрофия, язвы, доброкачественные и злокачественные опухоли). Поздние лучевые повреждения могут развиваться или в результате постепенного нарастания патологических изменений, или реже - остро. В том и другом случае большое значение имеют дополнительные неблагоприятные факторы: близкое расположение кости (увеличение поглощенной дозы за счет рассеянного излучения при рентгенотерапии), инсоляция, химическое раздражение, оперативные вмешательства, гнойная инфекция, сосудистое поражение, диабет, химиотерапия и т.д. Поздний рентгеновский дерматит характеризуется

- **Истинный крипторхизм.** Яички могут располагаться в брюшной полости (10%), в паховом канале (20%) или в углублении под апоневрозом наружной косой мышцы живота в области наружного пахового кольца (40%). В остальных случаях опусканию яичка препятствует соединительнотканый тяж между наружным паховым кольцом и входом в мошонку. Даже если яичко располагается в области наружного пахового кольца.

Его не удается низвести в мошонку (в отличие от ложного крипторхизма). Истинный крипторхизм может быть односторонним и двусторонним.

- **Эктопия яичка.** Яичко проходит через паховый канал, но располагается не в мошонке, а в промежности, на медиальной поверхности бедра, передней брюшной стенке или дорсальной поверхности полового члена (редко).

Лейкоплакия полового члена является редким заболеванием опухолевой природы, которому в большей степени, чем остальные, подвержены люди, страдающие сахарным диабетом

Главными симптомами предракового заболевания лейкоплакия полового члена считается появление белесоватых пятен на слизистой оболочке. Зачастую эти пятна имеют приподнятые края. В отдельных случаях имеет место конусовидное образование на головке полового члена, именуемое кожным рогом. Это - крайняя степень проявления данного заболевания. Область образования пятен белесоватого цвета - район наружного отверстия уретры, именно там и локализуются эти визуальные признаки заболевания. Поверхность, которая поражена, бывает гладкой, иногда встречаются поверхностные изъязвления и трещины. При плоской форме симптомы практически отсутствуют. Если болезнь запущена, пораженный очаг слизистой мутнеет, и, чем больше прогрессирует ороговение, тем больше вероятности появления своеобразного «перламутрового» оттенка у образований. При бородавчатой форме поверхность пораженного участка становится слегка бугристой, очаги резко выступают над поверхностью. Трещины и изъязвления, как правило, появляются на фоне других форм лейкоплакии и свидетельствуют об эрозийном типе заболевания. Бородавчатая форма иногда «наползает» на другие формы проявления лейкоплакии. Наиболее частые случаи заболевания лейкоплакии встречаются у пациентов возрастной группы 30 лет и более. Застаивание смегмы создает благоприятную среду для развития этой болезни, поэтому крайне важно соблюдать личную гигиену и носить соответствующее нижнее белье.

Остроконечные кондиломы представляют собой бородавки, расположенные на коже и слизистых оболочках гениталий, рта, перианальной области. Клинически это пальцевидной формы образования, имеющие острые изрезанные края, узкую ножку. В случае единичных бородавок основание также узкое. Если поражение множественное, то имеется общее широкое основание. В этих случаях образование имеют вид «петушиного гребня». В толще кондиломы - сеть кровеносных сосудов. Остроконечные кондиломы эластичны из-за соединительнотканной стромы.

При локализации на коже их цвет неотличим от цвета неизменной кожи, плотные. Расположенные на слизистой образования имеют розовый или ярко-красный цвет, имеют мягкую структуру. При наличии внешних воздействий могут кровоточить.

Меланоз предраковый ограниченный дюбрея предмеланомное поражение кожи. Меланомы на его фоне развиваются с высокой частотой (до 50% случаев), чему способствуют травматизация и инсоляция очага меланоза. Заболевание обычно возникает у пожилых детей, чаще у женщин. Клинически характеризуется солитарной бляшкой неправильных очертаний, крупных размеров (диаметром 4-5см, иногда до 10 см), с неравномерной окраской (участки от светло-коричневого до темно-коричневого или черного цвета). Такой очаг в течение длительного времени не возвышается над уровнем кожи, не уплотняется, кожный рисунок в его пределах не изменяется. До наступления малигнизации иногда проходят десятки лет. При трансформации в меланому отмечаются увеличение размеров очага, изменение окраски до черной, появления на его поверхности узлов, папилломатозных элементов с гиперкератозом или участков атрофии.

Пигментный невус - доброкачественное скопление пигментных клеток на коже. Пигментные невусы редко можно встретить у младенцев; они начинают проявляться в детстве, причем особенно много их появляется в юности, а с возрастом численность пигментных невусов постепенно уменьшается. Вид пигментных невусов может быть различным - они могут быть плоскими или выступающими над поверхностью кожи, гладкими или покрытыми волосами. Взрослым людям обязательно необходимо обращать внимание на изменение их формы, цвета или внешнего вида, так как это может являться одним из начальных симптомов развивающейся злокачественной меланомы.

Голубой (синий) невус представляет собой резко ограниченный от окружающей кожи узелок темно-синего или голубоватого цвета, округлых очертаний, плотно-эластической консистенции с гладкой безволосой поверхностью. Размер узелка не более 0,5см., хотя в литературе описаны единичные наблюдения гигантского голубого невуса, достигающего нескольких сантиметров в диаметре. Располагается голубой невус чаще на лице, конечностях, ягодицах. Возможна локализация в полости рта. Голубой невус чаще встречается у представителей азиатских народов. Врожденным он никогда не бывает и появляется преимущественно после полового созревания. Развитие меланомы на месте голубого невуса наблюдается редко, но такие случаи описаны, что и побудило его отнести к меланомоопасным.

Гигантский пигментный невус- всегда врожденный. Он увеличивается в размерах по мере роста ребенка, достигая большой величины (от ладони и больше) и занимает иногда большую часть туловища, шеи и других областей. Обычно на значительном протяжении поверхность невуса бугристая, бородавчатая, с глубокими трещинами на коже. Часто встречаются участки гипертрихоза (волосистой невус). Цвет варьирует от сероватого до черного, часто неоднородного на различных участках невуса. Озлокачествление гигантского пигментного невуса по данным различных авторов происходит в 1,8% до 10% случаев.

пестрой клинической картиной: очаги гипер- и депигментации, атрофия кожи с телеангиэктазиями и расширенными поверхностными венулами, рубцовые изменения, участки ограниченного гиперкератоза и длительно незаживающие язвы. Данные кожные изменения развиваются в течении 2-8 лет после облучения. Рентгеновские язвы вначале имеют вид трещин на участках рубцовой атрофии. Затем они постепенно увеличиваются в размерах, приобретая неправильную форму. В дальнейшем они покрываются кровянистыми и желтыми корками, которая с трудом отделяются и чрезвычайно болезненны. Язвы заживают очень медленно. Могут иметь большие размеры. Лучевые язвы чаще возникают в дистальных отделах нижних конечностей. Клиническим признаком малигнизации лучевой язвы является краевое уплотнение в виде валика.

Дифференциальная диагностика. Причина заболевания ясна, поэтому диагностических трудностей не возникает.

Диагноз ставят по клиническим признакам и связи заболевания с воздействием ионизирующего облучения.

Мышьяковый кератоз. Неорганический мышьяк представляет собой наиболее известное канцерогенное вещество, способное вызвать как рак кожи, так и злокачественное перерождение внутренних органов. Это вещество используется в медицине с лечебной целью при артритах, бронхиальной астме, псориазе. Соли мышьяка в качестве гербицидов широко используются и в сельском хозяйстве. Кроме того, во многих регионах мира мышьяк присутствует в воде. В связи с этим существует опасность отравления им. Под термином мышьяковой кератоз подразумевают множественные не сливающиеся между собой твердые, чрезмерно ороговевшие участки кожи, напоминающие бородавки. Они локализуются обычно на коже ладонных и подошвенных поверхностей, причем могут появляться через 10 лет и более после контактов с мышьяком. Эти изменения кожи сходны с таковыми при ультрафиолетовом или солнечном кератозе, также представляющем собой предраковое заболевания, однако риск злокачественного перерождения кожи и внутренних органов при них заметно ниже, чем при мышьяковом кератозе. По гистологическим признакам эти два вида кератоза сходны между собой.

Болезнь Брауэна. Чешуйчато-клеточная карцинома кожи более известна под названием болезни Брауэна. При ней на коже появляется единичные или множественные бляшки красно-коричневого цвета с резко очерченными границами. Чешуйчатость бляшек может значительно варьировать. Иногда изменение кожи при болезни Брауэна напоминают сё изменение при экземе или псориазе, однако в отличие от последних устойчивы к местному лечению. Эти бляшки следует подвергнуть биопсийному исследованию. Воздействие мышьяка также может обусловить чешуйчато-клеточную карциному или болезнь Брауэна. Бляшки легко удаляются либо хирургическим путем, либо различными методами их разрушения.

Эритроплазия Кейра. Это заболевание представляет собой ЧКК in situ полового члена. Оно проявляется на головке полового члена, не подвергавшегося обрезанию, в виде четко очерченных, ассимптоматичных ярко-красных блестящих и бархатистых бляшек. Подобные образования могут также поражать венечную борозду или внутреннюю поверхность крайней плоти.

Актинический кератоз - доброкачественное новообразование, локализующееся преимущественно на открытых участках кожного покрова у пожилых людей. Актинический кератоз встречается обычно у лиц старше 50 лет. Актинический кератоз появляется в результате длительного кумулятивного действия УФ - лучей на участках кожи, подвергающихся инсоляции. Очаги поражения в большинстве случаев располагаются на лице и тыле кистей, реже в нижней трети предплечий. Элементы актинического кератоза представляют собой резко очерченные, сухие, эритематозные, слегка инфильтрированные пятна небольших размеров, покрытые плотно прилегающими желтовато-коричневыми чешуйками, после удаления которых появляются точечные кровотечения. Прилежащие участки кожи под влиянием длительного воздействия солнечного света часто атрофичные с телеангиэктазиями и диспигментацией.

Болезнь - Боуэна. Клиническая картина разнообразна. Чаще это ограниченная, медленно увеличивающаяся пятнисто-узилковое поражение с эрозированием слизистой языка, щек; или покрыто сосочковыми разрастаниями, цвет от умеренно красноватого до белого.

Лейкоплакия. Это ороговение слизистой оболочки полости рта или красной каймы губ белого цвета. Различают:

1. плоскую форму серовато-белого цвета, ограниченное образование, напоминающее «пленку» от 0,5 до 1,5см;
2. веррукозную форму серовато-белого цвета «пленка» неправильной формы с уплотнением и возвышением над ней.

Кожный рог. Это участок ограниченной гиперплазии эпителия с огромным гиперкератозом, который клинически имеет вид рогового выступа в диаметре до 1-1,5см. Рог имеет грязно-серый или коричневато-серый цвет, плотную консистенцию, спаян со своим основанием, которое иногда немного приподнимается над окружающей слизистой или кожей.

Кератоакантома. Синоним -роговой моллюск. Доброкачественная акантома-быстроразвивающаяся и спонтанно регрессирующая эпидермальная доброкачественная опухоль с частым озлокачествлением. Это

серовато-красное узелковое образование диаметром от 0,5 до 1,5 см в центре с корочкой по которой определяются роговые массы.

Папилломатоз. Это опухоль розового цвета на тонком основании или сливающиеся между собой экзофитные образования на широком основании с локализацией в различных отделах полости рта или нижней губы.

Ограниченный предраковый гиперкератоз. Это резкоограниченный участок серовато-белого цвета полигональной формы размером от 0,2 до 1,5см. Поверхность очага покрыта тонкими плотно сидящими чешуйками. Клиническим признаком озлокачествления являются усиление ороговевания и появления уплотнения в основании элемента.

Красный плоский лишай. Узелковая хроническая заболевания, имеющее 6 клинических форм:

1. Эрозивно-язвенная- это эрозии, реже язвы, вокруг которых на гиперемизированном и отечном основании располагаются в виде рисунка типичные папулы с фибринозным налетом.
2. Типичная или гиперкератотическая -это мелкие до 2мм узелки беловато-перламутрового или серовато-белого цвета, сливающиеся между собой, образующие сетку, линии, дуги, как кружево или лист папоротника.

Хейлит Мангалотти (абразивный преинвазивный хейлит). Это эрозии овальной или неправильной формы, часто с гладкой, как бы полированной поверхностью, имеющей насыщенно-красный цвет. Обычно бывает одна эрозия, реже 2, крайне редко-3. Отличительной особенностью фонового воспаления при хейлите Мангаллотти является его нестойкость. В возникновении хейлита Мангаллотти значительную роль играют возрастные трофические изменения окружающих тканей слизистой десны и разрушение передних нижних зубов.

Лучевые: стоматит, хейлит.

Реакция слизистой оболочки рта и нижней губы на облучение, развивается постепенно и имеет свои особенности. Возникает гиперемия и отечность. С увеличением дозы облучения гиперемия и отек увеличивается, слизистая оболочка мутнеет, теряет блеск, уплотняется, на ней образуются складки и наступает ороговение. Такие изменения слизистой оболочки напоминают лейкоплакию или красный плоский лишай. В дальнейшем может произойти отторжение ороговевающего эпителия, возникают эрозии, покрытые некротическим налетом (очаговой пленчатый радиомукозит). Некротический процесс может распространяться на обширный участок -сливной пленчатый радиомукозит.

Мастопатия. При объективном исследовании при диффузной форме мастопатии определяется набухание и некоторое отечность тканей, общее диффузное уплотнение всей ткани. На этом фоне могут пальпироваться мелко или крупнозернистые тестоватые уплотнения ткани молочной железы. На фоне всех перечисленных симптомов может появиться четко локализованное уплотнение - узловая форма мастопатии. При перемене положения пациентки, когда пальпацию проводят в горизонтальном положении, отчетливо проявляются как бы «сплющивание», «распластывание» уплотненных участков. «Доскообразной», хрящевидной плотной ткани при мастопатии практически не бывает. Регионарные л/у в подмышечных областях нередко увеличены, но, в отличие от метастатических, они, как правило, овоидной формы, мягкой тестоватой консистенции.

Киста. На фоне окружающей соединительной ткани четко определяется как бы переливающиеся между пальцами жидкое содержимое. При фиброзной форме мастопатии определяются преимущественно тяжистые, в виде натянутых шпагатов, довольно часто болезненные ткани.

Фиброаденома. Это плотная, подвижная, не спаянная с подлежащими тканями опухоль. По форме чаще всего шарообразная, иногда имеет продолговатую форму. Редко встречаются «рогатые» ФА, когда от основного узла отходят как бы дочерние отростки аналогичной плотности и консистенции.