**Лекция:**  **Опухоли кожи, губы, гортани**

**План**

1. Опухоли кожи(доброкачественные, злокачественные)

2. Рак губы

3.Рак гортани

**Основные понятия:** Фиброма, кератоакантома, себорейная бородавка, ангиома, липома, пигментный невус, папиллома, болезнь Боуэна.

**Тип занятия:** Лекция

**Место проведения:** кабинет лечебного дела

**Время:** 90 минут, 2 академических часа

**Оснащение:** ЭОР, рабочая тетрадь для студентов, задачи, тесты, курс лекций.

**Цель занятия:** формирование профессиональных теоретических навыков при диагностике опухолей кожи, губы, гортани

**ОК 1-13.**

**ПК1.1., ПК 1.2. ПК.1.3., ПК.1.6., ПК.1.7.**

**1.Опухоли кожи**

Самый большой орган человеческого тела — кожа подвержен появлению всякого рода новообразований. Опухоли кожи – это невоспалительные новообразования, которые состоят из структурных элементов кожи, не имеющие тенденции к регрессированию Среди них могут быть привычные родинки, невусы, доброкачественные образования или опасные онкологические опухоли.

Любое изменение на коже несёт потенциальную угрозу – при определённых обстоятельствах возможно перерождение неоплазии в [рак](http://gidmed.com/onkologiya/obshhie-svedeniya/zlokachestvennaya-opuhol.html). Поэтому обращение за консультацией специалиста будет правильной реакцией на преображение существующих образований или появление новых.

## Классификация опухолей кожи

Неоплазии, которые возникают на кожной поверхности делят на:

* [раковые образования](http://gidmed.com/onkologiya/lokalizatsiya-opuholej/kozhnyj-pokrov/rak-kozhi.html),
* доброкачественные неоплазии,
* предраковые опухоли.

## Доброкачественные

Образования, которые имеют медленный рост, не внедряются в другие ткани и не пускают метастаз, определяются как доброкачественные. Они не опасны для жизни человека, но могут стать такими.

К доброкачественным образованиям относятся:

**Фиброма.**Узелок появляется на коже, чаще на тех участках, которые открыты. Опухоль берёт начало в соединительной ткани. Провокацией могут служить укусы комаров или травмирование участка кожи. Узлы пигментированы и обычно не прогрессируют в развитии.

**Себорейная бородавка.** Небольшое возвышение на коже, которое имеет бугристую поверхность. Окрас опухоли коричневатый или чёрный. Их ещё называют старческие бородавки, потому что они чаще появляются у пожилых людей.Образование происходит из-за нарушения локализации клеток базального слоя. Появляются на коже головы, волосистой её части и на участках, которые скрыты одеждой.

**Кератоакантома.** Опухоль чаще возникает на кистях рук и лице. Появляется узел, в течение месяца увеличивается, может достигнуть трёх сантиметров в диаметре.Кератоакантома выглядит как бляшка с впадиной в центре, заполненной ороговевшими клетками. Образование само способно разрешиться примерно через год после появления.

**Папиллома.** Образование может быть любой формы, похоже на бородавку. Поверхность неоплазии неровная ворсинчатая, без волос. Может иметь роговые массы, которые легко снимаются.

Папиллома состоит из клеток эпидермиса. Цвет образования буроватый или сероватый. Отличаются медленным ростом.

**Пигментный невус.** Образование состоит из меланоцитов или невусных клеток. Внешний вид – пигментные пятна чёрного или коричневатого цвета. Плоские папулы могут появляться на коже в любых местах.

Эти неоплазии опасны перерождением в меланомы. Наиболее расположены к такой трансформации невусы, локализующиеся на половых органах, ладонях и подошвах.

**Липома.** Опухоль рождается из липоцитов – клеток жировой ткани. Кожа на неоплазии неизмененного цвета. Образование на ощупь мягкое.

Может вырастать размером до десяти сантиметров. Липома может быть как одиночное или множественное опухолевидное образование под кожей.

**Ангиома** – относится к сосудистым опухолям.

Новообразование возникает в сосудах лимфатической или кровеносной системы. Это сложные для ранней диагностики случаи. Потому что неоплазия дублирует строение сосуда и вначале не очень заметна.

Такие новообразования могут встречаться во внутренних органах, а на коже они поселяются на её поверхности или в жировой прослойке. Опухоль опасна тем, что её присутствие в сосуде ухудшает его функционирование и этим влияет на общее здоровье. Часто ангиомы появляются на лице. Имеют вид пятен розоватой, красной или синюшной окраски с плоской или бугристой поверхностью.

Различают:

венознокавернозную ангиому,

смешанную ангиому,

артериовенозную ангиому.

Предраковые

Предраковые опухоли кожи

Образования, которые находятся на грани перерождения в злокачественные опухоли, называют предраковыми неоплазиями.

Это:

**Болезнь Боуэна.** Опухоль возникает в области половых органов, на ладонях, голове. На начальной стадии выглядит как коричневатое пятно, потом перерождается в плоское образование, у которого поверхность шелушится.

Опухоль в диаметре достигает пять сантиметров. Возникает это явление при дерматитах кожи, нарушениях целостности покрова, застаревших кистах, от влияния радиации, канцерогенов и ультрафиолета.

Заболевание опасно озлокачиванием, поэтому его надо своевременно лечить. Если поверхность опухоли покрывают язвы – перерождение болезни Боуэна в форму рака уже произошло.

**Актинический кератоз.** Наиболее часто заболевание проявляется у пожилых людей и светлокожих особ. На открытых участках кожи под действием ультрафиолета происходит перерождение кератиноцитов.В результате появляются высыпания. Они могут иметь разную форму:бородавчатую, гипертрофическую, эритематозную, роговую, пигментную.Актинический кератоз со временем может трансформироваться в плоскоклеточный рак.

**Злокачественные**

Раковые опухоли на коже отличаются агрессивным характером. Неоплазии часто быстро увеличиваются в размерах, прорастают в близлежащие ткани и могут давать метастазы.

Самые распространённые виды злокачественных опухолей:

**Плоскоклеточный рак.** Бляшка, имеющая чёткие края красноватого цвета с неровной поверхностью, может оказаться плоскоклеточным раком. В центре образования со временем появляется вдавление, которое сначала покрывается чешуйками, а позже в этом месте образуется ранка.

Как и другие разновидности онкологических опухолей, плоскоклеточный рак может прорастать в другие ткани. Актинический кератоз может быть предвестником заболевания. Под действием ультрафиолета, агрессивных химических сред создаются условия для появления рака кожи.

**Меланома.** Среди разновидностей злокачественных опухолей кожи считается наиболее опасным. Поэтому надо быть внимательным к состоянию родинок на теле, потому что при неблагоприятных условиях они способны превратиться в меланому.Особенно есть предостережение для людей, у которых родинки находятся в местах, где они могут травмироваться: в промежности, на волосистой части головы.Следует избегать прямых солнечных лучей, попадающих на кожу продолжительное время.

Меланома кожи

Базальноклеточный рак.

Образование на коже с впадиной по центру, в которой находится ранка, несёт признаки базальноклеточного рака. В опухоли обычно просматриваются кровеносные сосуды и кровоточащая точка.

**Базалиома** – один из видов плоскоклеточного рака. Локализация неоплазии на участках кожи, которые обычно не прикрыты одеждой. Провоцируется попаданием на кожу канцерогенов, ультрафиолета, тепловым воздействием.

**Фибросаркома.** Раковое образование дислоцируется в соединительных тканях. Может выступать над поверхностью кожи или быть скрытым, тогда визуально будет неопределимо.Если неоплазия выделяется на кожном покрове, то окрас образования тёмный коричнево-синий.

Опухоль может быть:

низкодифференцированная фибросаркома – более опасная своими последствиями,

дифференцированная фибросаркома – увеличивается в размерах медленнее, не образует метастаз.

**Липосаркома.** Перерождение жировых клеток на раковые. Опухоль может достигнуть сравнительно больших размеров. Выглядит как образование округлой формы.Характеризуется увеличением своего размера небыстрыми темпами. Метастазы выпускает не всегда. Встречается чаще у пожилых людей.

**Ангиосаркома.** Перерождённая ангиома в злокачественное образование. Заболевание встречается у людей с ослабленным иммунитетом, заражённых ВИЧ-инфекцией.Характерно появление пятен, окрашенных фиолетовым или лиловым цветом. На них возникают образования, которые стремятся объединиться между собой. Со временем на их поверхности проявляются язвы.Агрессивная форма рака. Часто бывает летальный исход.

Диагностические процедуры

При появлении новообразований на коже, особенно если они видоизменяются, следует обратиться к специалисту за консультацией. Опытный врач по внешним признакам сможет предположить диагноз.

Метод биопсии поможет уточнить является ли опухоль раковой и её разновидность. Для проведения биопсии берут кусочек образования для исследования под микроскопом.

**Рак губы** – это злокачественное новообразование, развивающееся из клеток плоского эпителия нижней или верхней губы. В большинстве случаев поражается нижняя губа. Это обусловлено ее анатомическими и физиологическими особенностями (недостаток смазки) и большей подверженностью воздействию канцерогенных и других раздражающих факторов. Патология чаще встречается у мужчин, причем старшей возрастной группы, откуда и произошло ее второе название – “болезнь старости”. Основную группу риска составляют сельские жители мужского пола от 60 до 80 лет, хотя следует заметить, что рак губы может встречаться также у молодых людей

**Причины рака губы**

К основным причинам, которые могут спровоцировать развитие данной патологии, относятся: курение; влияние высокого температурного режима; механические травмы; постоянный контакт слизистой губ с острыми краями зубов или пораженных кариесом зубами; злоупотребление алкогольными напитками; ношение некорректно подобранных протезов; употребление жевательных смесей: бетеля, насвая; нехватка витаминов А, С, Е, бета-каротина; длительное пребывание под прямыми солнечными лучами; наличие повреждений, микротравм – например, вследствие пирсинга; воздействие агрессивных химических соединений; развитие воспалительного процесса инфекционной или неинфекционной этиологии; болезни органов ЖКТ, печеночная недостаточность; пол пациента и принадлежность к старшей возрастной категории.

Из перечисленных факторов самым опасным является курение. Оно стимулирует образование опухоли не только на губах, но и в ротовой полости. Развитие рака губы вследствие курения обусловлено одновременным воздействием двух провоцирующих обстоятельств: на кожный покров и слизистую оболочку оказывают раздражающее влияние высокая температура сигаретного дыма и содержащиеся в нем канцерогенные химические вещества. К тому же губы заядлых курильщиков отличаются повышенной сухостью, покрыты микротрещинами и раздражены – а значит, совершенно беззащитны перед агрессивными факторами окружающей среды. Заболевание редко возникает как первичное. В основном оно является следствием других патологических изменений, наличия трещин, ран, папиллом, воспалительного процесса на слизистой оболочке губ. В большинстве случаев последовательность развития болезни следующая: долго не заживающие раны, хронические трещины, папилломы, воспаление на губе переходят в хейлит Манганотти, бородавчатую форму дискератоза, лейкоплакию, эритроплакию, эрозивные разновидности плоского лишая. Все перечисленные патологии относятся к предраковым состояниям. Сильную тенденцию к злокачественному перерождению имеют кератоакантома и диффузный дискератоз. У молодых людей рак может развиться из-за травмы губ в результате пирсинга.Основной опасностью рака является метастазирование в кости нижней челюсти. Кроме того, раковые клетки могут переноситься посредством лимфотока и приводить к развитию новых злокачественных образований. К первым проявлениям злокачественного новообразования относятся: появление на губе уплотнения небольшого размера с шероховатой поверхностью; ощущение дискомфорта во время еды; незначительный болевой синдром; зуд больной губы; сильное слюноотделение. Перечисленные признаки не являются характерными для рака губы. Они могут проявляться и при других заболеваниях ротовой полости – например, при герпесе. В любом случае их наличие должно стать поводом обращения к врачу для постановки точного диагноза. Признаками общего характера, сопровождающими любое онкологическое заболевание (в том числе и рак губы) являются: ухудшение общего самочувствия; повышенная утомляемость; слабость; резкое похудение; высокая температура (в основном появляется на поздних стадиях).  
Что касается характерной клинической картины, то неизменным симптомом данной патологии является образование коричневого или розового шероховатого бугорка, по внешнему виду напоминающего бородавку. По мере развития патологического процесса на нем постепенно увеличивается слой ороговевшего эпителия, под которым в смеси лимфы и крови располагаются мелкие сосочки белого цвета. Развивается экзофитная форма рака губы. Во многих случаях происходит трансформация экзофитной формы в эндофитную, или язвенную. Для нее характерно наличие уплотнения в форме блюдца с расположенной посередине язвой. Другими признаками, указывающими на злокачественное новообразование, являются: значительное увеличение размеров губы; в некоторых случаях отечность щеки на пораженной стороне; затруднение, а впоследствии и невозможность приема пищи; самопроизвольное вытекание слюны в результате нарушения подвижности губы; наличие неприятного запаха изо рта; изменение цвета слизистой оболочки ротовой полости (она становится синюшного оттенка); нарушение подвижности нижней челюсти; изменение тембра голоса, охриплость; постоянные болевые ощущения в горле в результате увеличения близлежащих лимфатических узлов. Отличительной особенностью данной формы рака является локальное метастазирование и отсутствие отдаленных метастазов (точнее, они появляются в крайне редких случаях). При местном метастазировании поражаются нижняя челюсть, подбородок, а на последних стадиях – глубоко расположенные надключичные и шейные лимфатические

ДИАГНОСТИКА

Диагностика рака состоит из: сбора детальной информации о причинах возникновения и времени появления первых симптомов рака губы; осмотра и прощупывания онкологом губ, дёсен и лимфоузлов. При обследовании плоскоклеточной зоны, т. е. каймы губ и слизистой ротовой полости врач использует увеличительное стекло; УЗИ пострадавшей губы; рентгенографии челюсти; исследование мазков или соскоба, собранного с поверхности язвы; изучение небольших частичек тканей, взятых у пациента при помощи биопсии; биопсия лимфоузлов проводится в том случае, когда рак распространился на них; рентген грудной клетки – для подтверждения или опровержения метастаз на лёгких; УЗИ брюшной полости проводят реже, но по аналогичным причинам, что и для лёгких.

**Рак гортани** - раковое заболевание из элементов неороговевающего эпителия гортани. Возникновению рака гортани способствуют многие вредные воздействия. У подавляющего числа больных можно отметить в анамнезе:

длительный период курения, употребление алкоголя,

работа в условиях повышенной запыленности (особое значение имеет пыль, содержащая радиоактивные или вредные химические вещества, металлическая пыль), высокой температуры и др. Городское население болеет раком гортани в 1,5-2 раза чаще сельского. Объясняя частоту заболевания раком в том или ином регионе, приходится анализировать многие факторы -- степень урбанизации, географические особенности, преимущественный профиль промышленных предприятий, местные обычаи и многие другие.

**Классификация**

Согласно отечественной классификации рака гортани различают 4 стадии:

I стадия: опухоль занимает лишь часть одного отдела гортани не проникает глубже подслизистого слоя, не нарушает подвижности голосовых складок и черпаловидных хрящей. Метастазы клинически отсутствуют.

II стадия: опухоль занимает целиком один отдел гортани, не проникает глубже подслизистого слоя, не нарушает подвижности гортани, метастазы не определяются.

III стадия: а) опухоль занимает один отдел гортани или распространяется на соседний, ограничивает подвижность гортани; б) опухоль занимает несколько отделов гортани, нарушает ее подвижность; определяются смещаемые, не спаянные с окружающими тканями регионарные метастазы.

IV стадия: а) опухоль занимает большую часть гортани и инфильтрирует подлежащие ткани, в том числе хрящ (раковый перихондрит); б) опухоль прорастает в соседние ткани и органы; в) неподвижные метастазы в регионарных лимфоузлах; г) отдаленные метастазы при наличии первичной опухоли любого размера.

Согласно международной классификации по системе TNM первичная опухоль Т в зависимости от распространения в гортани в пределах одного или нескольких отделов обозначается как T1, Т2, Т3, а при распространении за пределы гортани - Т4. Регионарные лимфатические узлы: N0 - узлы не прощупываются, N1 - односторонние подвижные узлы, N2 - односторонние несмещаемые или двусторонние подвижные узлы, N3 - двусторонние несмещаемые узлы; М - отдаленные метастазы.

Международной классификацией предусмотрено 4 стадии: I стадия - T1N0; II стадия - T1N1 или T2N0; III стадия - T1N2, или T2N2, или T3N0, или T3N1, или T3N2, или T4N0, или T4N1, или T4N2; IV стадия - N3 или М, независимо от состояния первичной опухоли. Классификация применима лишь к первичным, ранее не лечившимся больным. Выделяют 3 периода развития опухолей гортани: 1. Начальный - першение, неудобство при глотании, ощущение комка в горле.

2. Период полного развития заболевания - возникает охриплость вплоть до афонии, затруднение дыхания вплоть до асфиксии, нарушение глотания вплоть до полной невозможности.

3. Период метастазирования

**Клиника и диагностика**

Чаще всего к симптомам рака гортани относятся: охриплость или другие изменения голоса, припухлость в области шеи, боль в горле и ощущение дискомфорт при глотании, першение, ощущение инородного тела в гортани при глотании, постоянный кашель, нарушения дыхания, боль в ухе, потеря веса.

Симптоматика рака гортани зависит как от размеров опухоли, так и того, в каком отделе гортани она появилась. Ощущение инородного тела при глотании связано обычно с появлением ригидности (то есть уплотнения) одного из хрящей гортани - надгортанника вследствие его инфильтрации опухолью. Боль в ухе появляется на поздних стадиях рака гортани и связана обычно с метастазами или прорастанием опухоли в нервы.Потеря веса у больного также связана именно с этой болью, так как она появляется при глотании, в результате которого больной ограничивает прием пищи. Охриплость голоса связана с поражением голосовых связок. Это обусловлено нарушением плотного смыкания голосовых складок вследствие механического препятствия, которым и является опухоль. Обычно для рака гортани характерно неуклонное нарастание этого симптома - от небольшой охриплости до развития полной афонии (исчезновении голоса).

В более поздний период характерно присоединение еще и затрудненного дыхания. Оно связано с ростом опухоли в просвет гортани, сужением (стенозом) ее просвета, а также с неподвижностью одной или обеих половин гортани.

При дальнейшем росте опухоль может распространяться на соседние отделы гортани с соответствующими клиническими проявлениями, а также может прорастать вперед в мягкие ткани шеи. Рак подскладочного отдела гортани может переходить на первые кольца трахеи.

Прежде всего, диагностика рака гортани заключается в опросе врачом пациента, сборе его жалоб и анамнеза. Это означает, что врач собирает информацию о прошлых болезнях пациента, возможных факторах риска, то есть уточняет курит ли он, употребляет ли алкоголь, а также уточняет характер работы и профессии пациента.

Диагностическое исследование начинают с непрямой ларингоскопии, фиброларингоскопии, рентгеновского исследования, которые дополняют КТ, цитологическими исследованиями.

Рак гортани любой стадии до начала лечения должен быть подтвержден гистологическим исследованием, которое служит заключительным этапом диагностики. Только в исключительных случаях, когда биопсия рискованна или невозможна, при наличии характерной ларингоскопической и рентгенологической картин, установленных опытным специалистом, а также четких данных цитологического исследования, можно приступить к специальному лечению. В тех случаях, когда повторная биопсия (при условии ее правильного проведения) не выявляет опухоли, а клиническая картина характерна для рака, необходимо прибегнуть к диагностике во время операции.

Диагностика метастазов рака гортани производится ощупыванием регионарных лимфатических узлов и цитологическим исследованием пунктатов полученных из этих лимфатических узлов.

Рекомендуемая литература:

Основная:

Барыкина Н.В. Диагностика в хирургии

Учебное пособие для студентов медицинских колледжей МДК.01.01 «Пропедевтика клинических дисциплин», ООО «Феникс», 2016.

Дополнительная:

Рубан Э.Д.. Хирургия.Учебное пособие для студентов медицинских колледжей ООО «Феникс», 2016.

Самостоятельная работа:

1. Работа с лекционным материалом, учебниками

2. Заполнение рабочей тетради по теме