**ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫЙ РАК КОЖИ У ПАЦИЕНТА С ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМИ
СЕРОЛОГИЧЕСКИМИ РЕАКЦИЯМИ НА СИФИЛИС****С.Н. Щава, В.В. Ермилов**

*ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра дерматовенерологии;
кафедра судебной медицины*

В статье представлен клинический случай ороговевающего рака кожи у пациента с положительными серологическими реакциями на сифилис. Описаны трудности клинической, морфологической и серологической диагностики, длительное наблюдение за пациентом от начала обращения и до летального исхода.

Ключевые слова: плоскоклеточный рак кожи, сифилис, опухоль, гистологическое исследование, серологические тесты.

DOI 10.19163/1994-9480-2019-3(71)-124-127

**SKIN SQUAMOUS CELL CARCINOMA OF THE PATIENT WITH POZITIVE
SEROLOGICAL REACTION TO SYPHILIS****S.N. Shchava, V.V. Ermilov**

*FSBEI HE «Volgograd State Medical University» of Public Health Ministry of the Russian Federation,
Department of dermatovenerology; Department of forensic medicine*

The article presents a clinical case of keratinizing skin cancer in a patient with positive serological reactions to syphilis. The difficulties of clinical, morphological and serological diagnostics, prolonged monitoring of the patient from the beginning of treatment to death are described.

Key words: squamous cell carcinoma, syphilis, tumor, histological examination, serological tests.

Сочетание сифилиса и рака кожи не редкость, если клинические проявления располагаются на разных участках тела [6]. Поставить диагноз скрытой формы сифилиса на основании положительных серологических тестов бывает трудно из-за ложноположительных реакций, встречающихся у онкобольных, отсутствия результатов обследования половых партнеров [7]. Новообразования кожи относятся к опухолям визуальной локализации. Их диагностика сложна из-за многообразия различных форм: доброкачественных, преинвазивных и злокачественных опухолей [1]. Кроме того, опухолевидные образования могут быть проявлением системных заболеваний, например саркоидоза, туберкулеза кожи или третичного сифилиса [3]. Плоскоклеточный рак кожи – злокачественная эпителиальная опухоль кожи и слизистых оболочек с плоскоклеточной дифференцировкой, развивающаяся из кератиноцитов [1, 4].

В последнее десятилетие отмечается неуклонный рост заболеваемости раком кожи во всем мире [2, 9]. Плоскоклеточный рак кожи обычно локализуется на открытых участках тела. В 70 % случаев поражается лицо (нос, периорбитальные области, ушные раковины, височная область, лоб) [4, 5]. Светлокожие блондины страдают чаще брюнетов. Степень агрессивности может различаться и зависит от морфологического типа новообразования и степени дифференцировки опухолевой ткани. Диагностику и лечение данной патологии осуществляют

специалисты в области онкологии и дерматовенерологии [5].

На основании клинических признаков выделяют экзофитную (опухолевый тип), эндофитную (язвенно-инфильтративный тип) и смешанные (с признаками обеих разновидностей) формы роста опухоли. Гистологически различают ороговевающую (высокодифференцированную) и неороговевающую (умеренно-дифференцированную и низкодифференцированную) формы плоскоклеточного рака кожи [1, 4, 8, 9]. Менее дифференцированные формы обычно являются более агрессивными. При ороговевающей форме плоскоклеточного рака кожи отмечается доброкачественное течение, медленный рост, постепенная инвазия в глубь тканей. Кератинизация выражена хорошо, отмечаются так называемые роговые жемчужины (очаги гиперкератоза округлой формы с признаками незавершенной кератинизации в центре). Клинические проявления рака кожи могут быть разнообразными. Это могут быть папула, бляшка или узел, покрытые плотными роговыми чешуйками, в центре образования формируются эрозии или язвы, края плотные, приподнятые [3]. Клиническая картина характеризуется чаще солитарными, но нередко множественными очагами поражения округлой, многоугольной или овальной формы [3, 4, 8]. Диагноз рака кожи основывается на клиническом и гистологическом методах диагностики [1, 8].

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Представить клинический случай сочетания плоскоклеточного рака кожи у пациента и положительных серологических реакций на сифилис. Трудности клинической, морфологической и серологической диагностики.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Пациент Т., 56 лет обратился к онкологу с жалобами на опухолевидное образование в ягодичной области, субъективные ощущения отсутствовали. Болен около четырех лет. Пациенту было проведено гистологическое исследование биоптаты. Выявлены гистологические признаки кератомы, для которой данная клиническая картина была не совсем характерна. Было рекомендовано оперативное лечение. При исследовании крови были получены положительные результаты серологических тестов. Предположили третичный активный сифилис и направили пациента на кафедру дерматовенерологии. Пациент ранее сифилисом не болел. Вдовец. Половую жизнь не отрицает. Половые контакты обследовать не удалось из-за недостаточной информации. Сопутствующих заболеваний не отмечает, считает себя здоровым. При осмотре в области внутренней поверхности ягодиц имеется инфильтрат, размером с ладонь взрослого человека, розового цвета, поверхность бугристая с очагами здоровой кожи, на фоне бляшки имеются геморрагические и серозные корки. Кожный процесс носил симметричный характер, при пальпации очага отмечалось уплотнение, болезненности нет, контуры четкие фестончатые (рис. 1).

Рис. 1. Пациент Т. на момент первого осмотра. Бляшка в ягодичной области

Лимфатические узлы не увеличены. Сифилитических поражений кожи и слизистых оболочек не выявлено. Пациент был обследован у смежных специалистов. Сифилитических проявлений внутренних органов, нервной, костной системы

не обнаружено. Неоднократные попытки взять спинномозговую жидкость на исследование были безуспешны. Проведен комплекс серологических реакций на сифилис, который включал не только стандартное исследование, но и иммуноблотинг, иммунофлюоресцентное исследование. Были получены положительные серологические тесты, но иммуноглобулины М были положительными при неоднократном исследовании в разных лабораториях, что не характерно для поздних форм сифилиса, кроме того, наблюдались и разные показатели реакции микропреципитации, то отрицательные, то резко положительные. Было принято решение провести пробное лечение по схемам позднего скрытого сифилиса водорастворимым пенициллином по 1 млн МЕ внутримышечно через 4 часа, согласно клиническим рекомендациям, в течение 28 дней, 2 курса. После проведенного лечения бляшка сохраняла свой цвет и размеры, что не соответствовало гуммозному инфильтрату и исключало третичный сифилис. После проведенного лечения положительные серологические тесты сохранялись, наблюдалось увеличение титров антител, что не характерно для позднего сифилиса, хотя при исследовании крови методом иммуноферментного анализа иммуноглобулины М стали отрицательными. При повторном гистологическом исследовании биоптата получено заключение: псевдокарциноматозная гиперплазия (рис. 2).

Рис. 2. Псевдокарциноматозная гиперплазия. Глубокое проникновение в дерму ороговевающих эпителиальных гнезд, утративших связь с эпидермисом, в толщу воспалительного инфильтрата, с проникновением лейкоцитов в толщу эпителиальных клеточных тяжей. Окраска гематоксилином и эозином x100

Пациент был направлен в онкологический диспансер с прогрессирующим кожным процессом в области ягодиц (рис. 3).

Рис. 3. Пациент Т., через 6 мес. после окончания специфической терапии сифилиса. Бляшки имеют тенденцию к увеличению размеров поражения кожи

В онкодиспансере было проведено частичное хирургическое иссечение опухоли с последующим гистологическим исследованием операционного материала, в котором не было обнаружено морфологических признаков злокачественного роста. Бляшки постепенно увеличивались в размерах.

Динамика серологических реакций менялась. Через 6 месяцев после окончания лечения наблюдались снова положительные тесты иммуноглобулинов М, нарастание титров иммуноглобулинов G, снижение титров реакции микропреципитации и Вассермана, а остальные показатели не изменились. Через 1,5 года после лечения иммуноглобулины М оставались положительными, реакция микропреципитации стала отрицательной. Через 2,5 года реакция микропреципитации стала вновь резко положительной, а иммуноглобулины М отрицательными. Остальные показатели сохраняли позитивность и титры. Данные показатели сохранялись в течение года. Пациенту в течение последующих лет в нескольких медицинских учреждениях неоднократно проводились гистологические исследования биоптатов из очагов поражения кожи. Предполагались разные диагнозы: лимфома кожи, бластомикоз, туберкулез кожи, кератоакантома, карцинома Меркеля, рак кожи. Только через 4 года от момента обращения в онкологическом центре им. Блохина был выставлен диагноз плоскоклеточного рака кожи. Было рекомендовано провести химиотерапию по месту жительства несколько курсов фторурацилом суммарная доза 3000 мг (4 дня), карбоплатином 450 мг (3 дня). Перед химиотерапией пациент был обследован и выявлена анемия – гемоглобин 79 и СОЭ 48 мм/ч. Была трижды перелита кровь.

После этого пациент получил 7 курсов химиотерапии, которые эффекта не дали. Бляшки продолжали увеличиваться в размерах. Увеличивалась СОЭ – 67 мм/ч, сохранялась анемия – гемоглобин 91, снизился общий белок – 58 г/л. Было принято решение о нецелесообразности дальнейшего лечения. Через 2 недели после прекращения лечения пациент скончался от острой сердечно-сосудистой недостаточности. При вскрытии метастазов злокачественной опухоли кожи, а также сифилитических поражений внутренних органов, нервной, костной системы выявлено не было.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Пациент наблюдался на кафедре дерматовенерологии от начала обращения и до летального исхода. Динамика серологических показателей до пробного лечения и после была неубедительной для установления диагноза позднего скрытого сифилиса. Положительные иммуноглобулины М не характерны для поздней формы скрытого сифилиса. После лечения титры некоторых серологических реакций возросли, а при позднем сифилисе титры сохраняются. Невозможность взятия спинномозговой жидкости, невозможность обследования половых партнеров также не позволило поставить диагноз позднего скрытого сифилиса. Диагноз плоскоклеточного рака кожи был выставлен не сразу.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Приведенный клинический случай интересен сочетанием положительных серологических реакций на сифилис и плоскоклеточным ороговевающим раком кожи. Был ли у пациента поздний скрытый сифилис? Скорее всего, нет. Колебания серологических реакций от резкоположительных до отрицательных можно расценить как ложноположительные на фоне плоскоклеточного рака кожи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ганцев Ш.Х., Юсупов А.С. Плоскоклеточный рак кожи // Практическая онкология. – 2012. – № 13 (2). – С. 80–91.
2. Давыдов М.И., Аксель Е.М. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2009 г. // Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. – 2011. – № 22 (1).
3. Дерматология Фицпатрика в клинической практике: в 3 т. / Пер. с англ., под общ. ред. А.А. Кубановой. – М., 2012.
4. Дзыбова Э.М., Варданян К.Л., Василевская Е.А. Плоскоклеточный рак кожи: клиника, диагностика, методы лечения и профилактики // Клиническая дерматология и венерология. – 2015. – № 14 (4). – С. 4–14.
5. Дубенский В.В., Дубенский Вл.В., Гармонов А.А. Новообразования кожи в практике дерматовенеролога. Вопросы эпидемиологии, этиопатогенеза и диагностики // Вестник дерматологии и венерологии. – 2009. – № 1. – С. 18–26.

6. Заславский Д.В., Егорова Ю.С., Чупров И.Н. и др. Плоскоклеточный рак полового члена у больного ранним нейросифилисом // Вестник дерматологии и венерологии. – 2016. – № 6. – С. 61–65.

7. Родин А.Ю., Еремина Г.В., Сердюкова Е.А. Плоскоклеточный рак слизистой полости рта, ошибочно диагностированный как третичный гуммозный сифилис // Волгоградский научно-медицинский журнал. – 2012. – № 3.

8. Шляхтунов Е.А., Гиранович А.В., Луд Н.Г., Луд Л.Н., Кожар В.Л., Прокошин А.В. Рак кожи: современное состояние проблемы // Вестник Витебского государственного медицинского университета. – 2014. – Т. 13, № 3. – С. 20–28.

9. Wusheng Yan, Wistuba I.I., Emmert-Buck M.R., Erickson H.S. Review Article: Squamous cell carcinoma similarities and differences among anatomical sites // Am. J. Cancer. Res. – 2011. – № 1 (3). – P. 275–300.

REFERENCES

1. Gancev Sh.H., Jusupov A.S. Ploskokletochnyj rak kozhi [Squamous cell carcinoma of the skin]. *Prakticheskaja onkologija* [Practical Oncology], 2012, no. 13 (2), pp. 80–91. (In Russ.; abstr. in Engl.).

2. Davydov M.I., Aksel' E.M. Statistika zlokachestvennyh novoobrazovanij v Rossii i stranah SNG v 2009 g. [Statistics of malignant neoplasms in Russia and the CIS countries in 2009]. *Vestnik RONC im. H.H. Blohina RAMN* [Bulletin of the Russian Research Center H.H. Blokhina RAMS], 2011, no. 22 (1). (In Russ.; abstr. in Engl.).

3. Dermatologija Ficpatrika v klinicheskoy praktike: v 3 t [Dermatology Fitzpatrick in clinical practice: in 3 v.]. In A.A. Kubanova (ed.). Moscow, 2012.

4. Dzybova Je.M., Vardanjan K.L., Vasilevskaja E.A. Ploskokletochnyj rak kozhi: klinika, diagnostika, metody lechenija i profilaktiki [Squamous cell carcinoma of the skin:

clinic, diagnosis, treatment and prevention methods]. *Klinicheskaja dermatologija i venerologija* [Clinical Dermatology and Venereology], 2015, no. 14 (4), pp. 4–14. (In Russ.; abstr. in Engl.).

5. Dubenskij V.V., Dubenskij V.I., Garmonov A.A. Novoobrazovaniya kozhi v praktike dermatovenerologa. Voprosy jepidemiologii, jetiopatogeneza i diagnostiki [Skin neoplasms in the practice of a dermatovenerologist. Issues of epidemiology, etiopathogenesis and diagnosis]. *Vestnik dermatologii i venerologii* [Bulletin of Dermatology and Venereology], 2009, no. 1, pp. 18–26. (In Russ.; abstr. in Engl.).

6. Zaslavskij D.V., Egorova Ju.S., Chuprov I.N. i dr. Ploskokletochnyj rak polovogo chlena u bol'nogo rannim nejrosifilisom [Squamous cell carcinoma of the penis in a patient with early neurosyphilis]. *Vestnik dermatologii i venerologii* [Herald of dermatology and venereology], 2016, no. 6, pp. 61–65. (In Russ.; abstr. in Engl.).

7. Rodin A.Ju., Eremina G.V., Serdjukova E.A. Ploskokletochnyj rak slizistoj polosti rta, oshibochno diagnostirovannyj kak tretichnyj gummoznyj sifilis [Squamous cell carcinoma of the oral mucosa, erroneously diagnosed as tertiary gummosis syphilis]. *Volgogradskij nauchno-medicinskij zhurnal* [Volgograd Journal of Medical Scientific Research], 2012, no. 3. (In Russ.; abstr. in Engl.).

8. Shljahntunov E.A., Gidranovich A.V., Lud N.G., Lud L.N., Kozhar V.L., Prokoshin A.V. Rak kozhi: sovremennoe sostojanie problemy [Skin cancer: current state of the problem]. *Vestnik Vitebskogo gosudarstvennogo medicinskogo universiteta* [Bulletin of Vitebsk State Medical University], 2014, Vol. 13, no. 3, pp. 20–28. (In Russ.; abstr. in Engl.).

9. Wusheng Yan, Wistuba I.I., Emmert-Buck M.R., Erickson H.S. Review Article: Squamous cell carcinoma similarities and differences among anatomical sites. *Am. J. Cancer. Res.*, 2011, no. 1 (3), pp. 275–300.

Контактная информация

Щава Светлана Николаевна – к. м. н., доцент, зав. кафедрой дерматовенерологии, Волгоградский государственный медицинский университет, e-mail: snchava@rambler.ru