

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра дерматовенерологии и косметологии ФНМФО

Болезнь Боуэна



Доцент Боряк С.А.
Врач-ординатор Карпушина А.А.

9 апреля 2025г.
г. Донецк

Болезнь Боуэна (дискератоз Боуэна, дискоидный чечевичеобразный дискератоз)

– плоскоклеточная внутриэпидермальная карцинома *in situ*, представляющая собой раннюю форму рака кожи, ограниченную эпидермисом



Этиология

Основные факторы риска:

- *Ультрафиолетовое излучение* (длительное воздействие солнечного света, солнечные ожоги, посещение соляриев). Наибольшему риску подвержены люди с 1-ым и 2-ым фототипами кожи
- *Вирус папилломы человека (ВПЧ):* особенно 16 и 18 типы
- *Иммуносупрессия* (в результате тяжелых эндокринных и соматических заболеваний, травм и перенесенных хирургических операций, ВИЧ инфекция)

Другие возможные причины:

- *Химические канцерогены* (мышьяк, каменноугольная смола, минеральные масла, неочищенный керосин и др. химические вещества, применяемые на регулярной основе)
- *Пожилой возраст* (риск развития болезни увеличивается с возрастом)
- *Генетическая предрасположенность* (наличие заболевания у близких родственников)

Патогенез

При болезни Боуэна (ББ) изменяется часть генома, отвечающая за апоптоз кератиноцитов — гибель и слущивание поверхностных клеток эпидермиса

Предполагается, что развитие заболевания связано с нарушением выработки и активации в кератиноцитах TGF- β 3 — пептида, выделяемого клетками во внешнюю среду. В норме он подавляет мутацию в клетке и запускает апоптоз (программируемую гибель клеток), чем, собственно, предупреждает развитие мутаций. TGF- β 3 блокирует первую фазу клеточного цикла

При дефиците этого фактора мутировавшие клетки не погибают, а продолжают размножаться. Так образуется гиперкератоз и очаговый паракератоз



Классификация

1. Кольцевой, или анулярный тип — опухоль округлая, хорошо отграниченная по краям и чуть западающая в центральной части
2. Бородавчатый, или веррукозный тип — узел с шершавой поверхностью, маскируется под вульгарную бородавку
3. Пигментный тип — образование темного цвета, его можно спутать с меланомой или невусом
4. Болезнь ногтевого ложа — появляется под ногтем, постепенно разрушает ногтевую пластинку, симулируя грибковое поражение

Клинические проявления

Излюбленная локализация: голова, шея, конечности, промежность.

Сообщается о нескольких случаях болезни Боуэна, локализованной на коже туловища. Такие области как губы, слизистые оболочки, соски, ладони, ступни поражаются редко

На коже визуализируется эритематозная шелушащаяся бляшка, которая постепенно увеличивается. Покрыта чешуйками обычно желтого или белого цвета, которые легко отделяются без какого-либо кровотечения и с обнажением мокнущей красноватой поверхности. Края четко очерчены, пораженный участок немного приподнят над уровнем нормальной кожи

При локализации патологического процесса *в околоногтевой зоне* клинические проявления могут варьировать от гладких красных пятен с небольшим количеством чешуек до веррукозных бляшек и деформации ногтя, лизиса ногтевой пластины

На слизистой оболочке полости рта чаще обнаруживают один, реже – несколько ограниченных очагов поражения, часто неправильной формы, красного цвета (иногда с серым налетом), гладкой или «бархатистой» поверхностью, с мелкими сосочковидными разрастаниями. Очаги поражения эрозируются редко. При длительно существующем поражении слизистая оболочка атрофируется, очаг кажется слегка запавшим

Субъективные ощущения отсутствуют.

Течение заболевания длительное.

Спонтанное излечение не наблюдается

Диагностика

Дерматоскопия

Многокомпонентный паттерн, гломерулярные сосуды, ложная пигментная сеть, хаотичное распределение пигмента, равномерное распределение серого или коричневого пигмента, неравномерное распределение точек и глобул, гипопигментированные участки и шелушащаяся/бородавчатая поверхность

Классификация различных типов ББ по дерматоскопическим признакам (2015 г., Rayarvirarong & Tanaka):

- *классический*, который был ассоциирован с наличием атипичного сосудистого паттерна, беловатыми чешуйками и розовой сети;
- *пигментированный*, представленный бесструктурной пигментацией, пигментированными полосами и корочками;
- *частично пигментированный*, представляющий собой сочетание первых двух типов



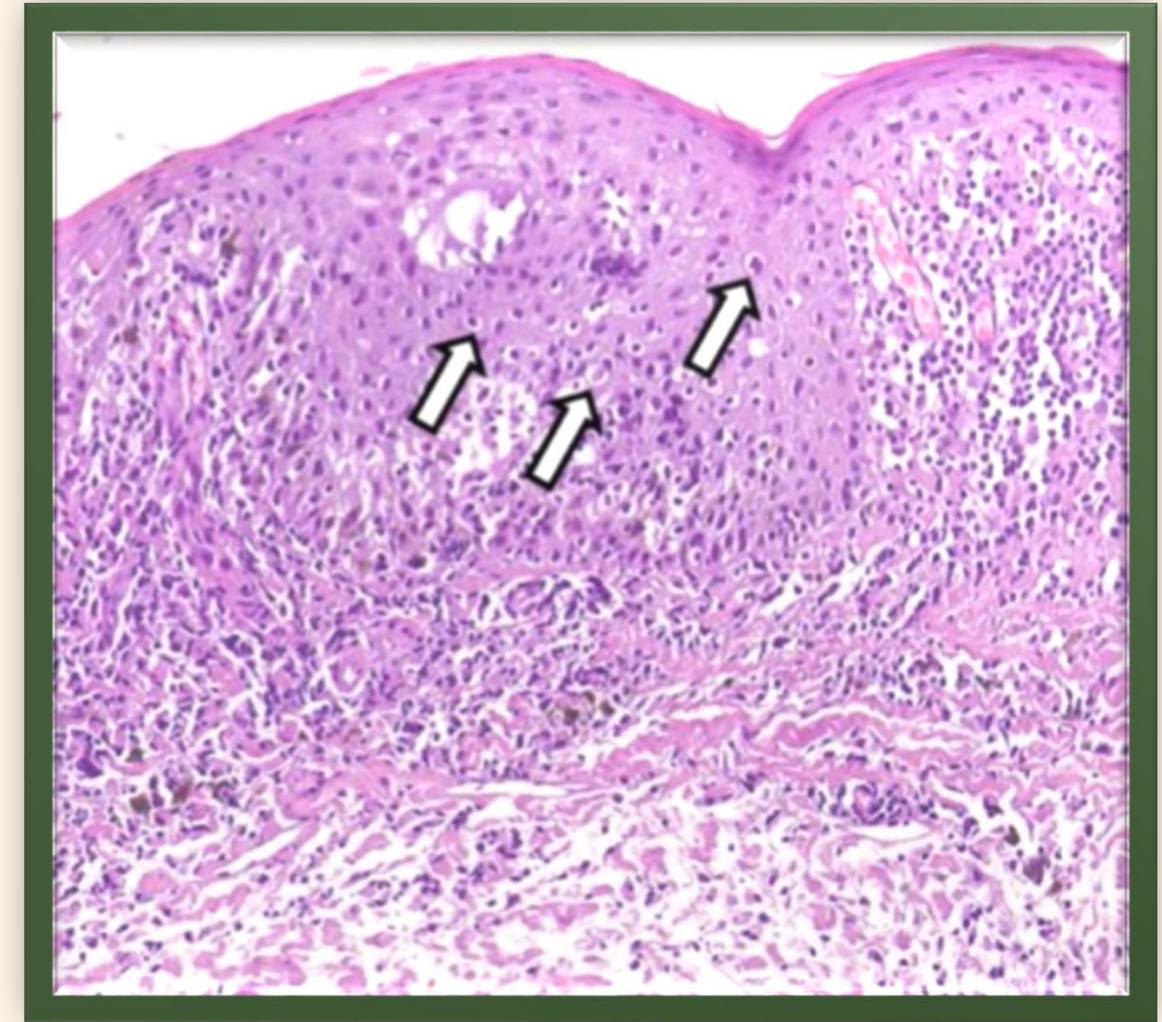
Диагностика (продолжение)

Патогистологическое исследование

В эпидермисе:

- гиперкератоз;
- паракератоз;
- акантоз;
- в мальпигиевом слое могут быть беспорядочно расположенные атипичные клетки с большими гиперхромными ядрами;
- часто определяются многоядерные клетки (с «гроздьями» ядер);
- вакуолизация (нечасто);
- базальный слой интактен

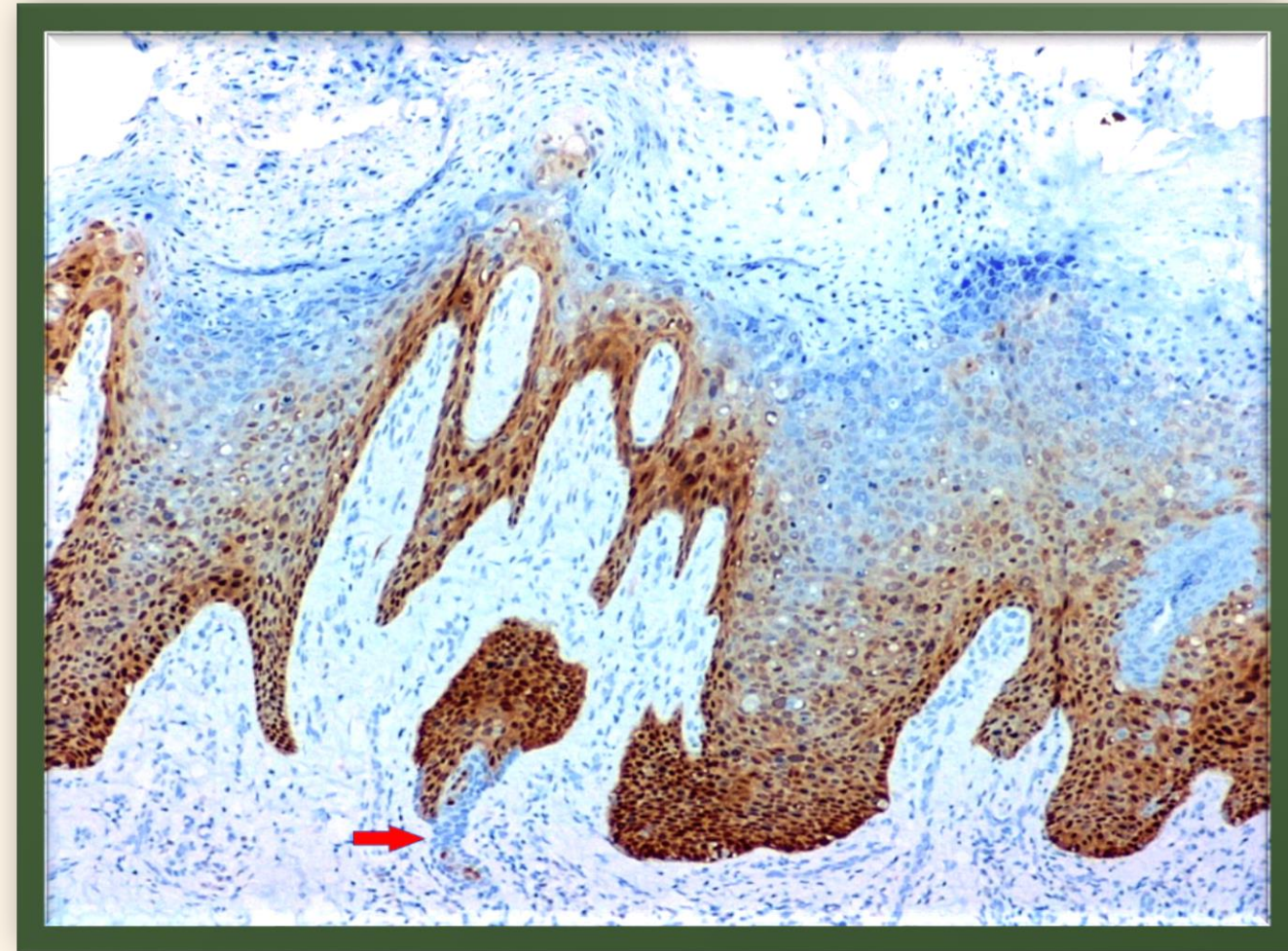
В дерме: умеренный воспалительный лимфоцитарно-плазматический инфильтрат в верхних отделах



Диагностика (продолжение)

Иммуногистохимия

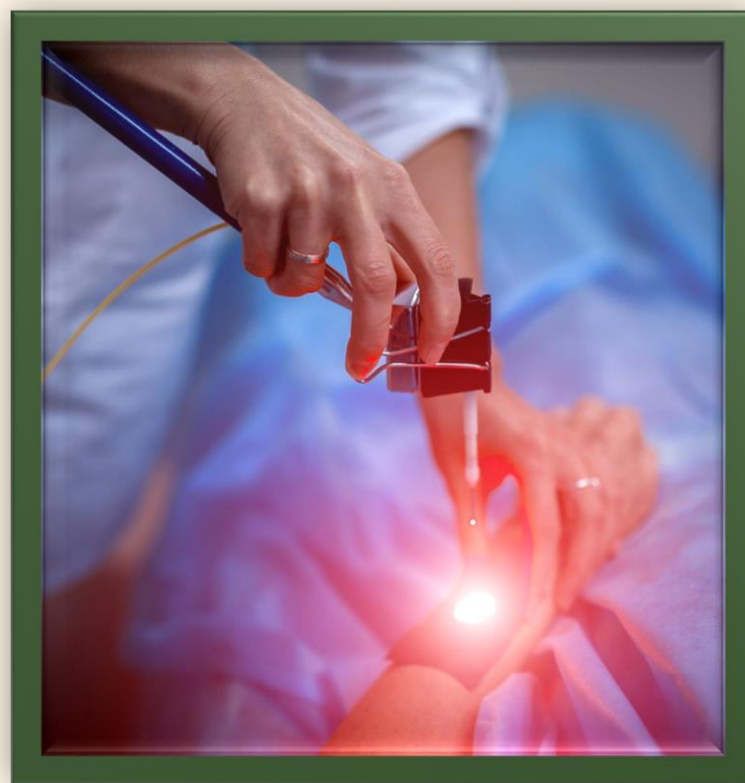
Иммуногистохимическое исследование может быть полезно для подтверждения установленного гистологического диагноза, а также для дифференциального диагноза с актиническим и себорейным кератозами



Методы лечения

Существует несколько методов лечения:

1. Местные препараты (5-фторурацил (5-FU), Имиквимод)
2. Хирургическое удаление опухоли (иссечение)
3. Деструктивные процедуры (криотерапия, кюретаж)
4. Фототерапия (лазерная, фотодинамическая (PDT) и лучевая)



Местные препараты

Мазь с **5-фторурацилом** — цитостатическим/противоопухолевым веществом.

В России этот метод официально не используется, так как фторурациловая мазь не включена в реестр лекарственных средств. В Европе применяется 5% крем, который наносят на область поражения 2 раза в день в течение 4 недель

Родственным ему является лечение **имиквимодом**. Результаты терапии хорошие, но в части стран Европы и в России этот метод и препарат не одобрены для широкого использования, хотя в нашей стране Имиквимод включён в клинические рекомендации. Схема применения: 5% крем наносится 1р/д на очаг поражения е/дн. 6 недель или 5 дней в неделю 16 недель. Побочные местные реакции в виде эритемы, шелушения, зуда, жжения не требуют отмены препарата



Деструктивные процедуры

Криотерапия

С использованием жидкого азота, который наносят на новообразование с захватом здоровых тканей. Из-за низкой температуры азота клетки замерзают, и патологический процесс останавливается

На месте нанесения образуется корка, в течение недели она самостоятельно отторгается

Такой метод чаще всего рекомендуют при небольших и одиночных поражениях кожи и на начальной стадии заболевания

Недостатки включают образование рубцов, трудности в оценке рецидива и отсутствие гистологического исследования операционного материала

При проведении криохирургии следует использовать криозонды подходящего размера, которые бы наибольшим образом подходили по форме опухоли. Кожу следует тщательно фиксировать к подлежащей кости или хрящу. Интенсивность заморзания может быть проконтролирована при помощи импедансометра (500 – 1000 кОм, что соответствует времени замораживания 30-60с в зависимости от размера опухоли). Обычно проводят 1-2 цикла замораживания и оттаивания

Деструктивные процедуры (продолжение)

Кюретаж и коагуляция образования

При помощи ложечки с острым краем (ложка Фолькмана) образование выскабливают до уровня базального слоя. Оставшееся пространство обрабатывают шариковым электродом от радиохирургического ножа или электрокоагулятора.

После этой процедуры кожа заживает как обычный ожог

Хирургическое удаление

При возможности и анатомической допустимости оптимальным методом будет иссечение образования под местной анестезией

Сохранение образцов тканей для дальнейшего гистологического исследования представляет собой главное преимущество данного метода



Фотодинамическая терапия (ФДТ)

Облучения участка светом определённой длины волны (630±2 нм)

Для повышения чувствительности к свету используются фотосенсибилизаторы, например 5-аминолевулиновая кислота (ALA) или метиловый эфир 5-аминолевулиновой кислоты в готовой лекарственной форме в виде крема или геля для наружного применения

Перед аппликационным применением препарата, при необходимости, проводят кюретаж новообразования кожи кюреткой или лезвием скальпеля, без анестезии. После полного гемостаза препарат наносят на поверхность опухоли с захватом здоровой кожи на 0,5-1,0см по всему периметру, далее накладывают окклюзионную водо- и светонепроницаемую повязку. Время экспозиции — 3-4 ч. По окончании экспозиции окклюзионную повязку снимают, остатки препарата удаляют сухой марлевой салфеткой. Доза лазерного облучения составляет 75-200 Дж/см². Лечение проводят в объёме 2-4 курса ФДТ с интервалом в 1-3 нед

Метод предпочтителен при бляшках, расположенных в зонах, где удаление технически затруднено, а образование рубцов крайне нежелательно (на веках, головке полового члена, коже пальцев)

Лазерная терапия

Применение лазерного излучения. Одновременно или последовательно применяется аргонный лазер, неодимовый лазер и YAG-лазер. Режимы излучения и тип лазера подбираются индивидуально

Лучевая терапия

Этот метод терапии можно использовать для областей поражения кожного покрова, где хирургические методы неприемлемы или труднодоступны. В частности в области складок и на коже головы. Выбор вида лучевой терапии (близкофокусная рентгенотерапия, гамма- и электронная терапия, брахитерапия), режим фракционирования дозы проводится в зависимости от размеров и локализации опухоли, общего состояния пациента

Недостатком лучевой терапии является плохая регенерация кожи в очагах поражения после лучевого воздействия, особенно при локализации на нижних конечностях

Прогноз

Прогноз в отношении выздоровления благоприятный
ББ не угрожает жизни

После консервативного или хирургического удаления образований возможны рецидивы, которые хорошо поддаются лечению

Пациенту необходимо посещать своего лечащего врача 1 раз каждые 6-12 месяцев для своевременного выявления рецидива

Но! Не исключается вероятность перехода рака in situ в инвазивную плоскоклеточную карциному с деструкцией окружающих тканей и метастазами в лимфоузлы и другие органы

Ранние работы указывали на частоту трансформации не более 5%, современные исследователи считают, что это возможно в диапазоне от 10% до 80% случаев

Профилактика

1

Защита от УФ-излучения

Использование солнцезащитного крема с высоким SPF, ношение защитной одежды и избегание длительного пребывания на солнце

2

Избегать регулярных контактов с химическими канцерогенами

3

Вакцинация против ВПЧ

Для профилактики ВПЧ-ассоциированных случаев ББ



**Спасибо за
внимание!**