

**ЛЬВІВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ**

**Кафедра фізичної терапії та ерготерапії**

**БАС О.А.**

**ЛЕКЦІЯ 3**

з навчальної дисципліни

**«ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ**

**ПРИ ОНКОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ»**

**для студентів**

спеціальності **227 «фізична терапія, ерготерапія»**

факультет **фізичної терапії та ерготерапії**

спеціалізація **фізична терапія, ерготерапія**

**“ЗАТВЕРДЖЕНО”**

на засіданні кафедри фізичної терапії та ерготерапії

„\_\_\_” серпня 2018 р. протокол № 1

Зав.каф \_\_\_\_\_ М.А.Мазепа

## ЛЕКЦІЯ 3

# ШКІРНІ ОЗНАКИ ОНКОЗАХВОРИЮВАНЬ ТА ПЕРЕДПУХЛИННИХ СТАНІВ

Зміст

### 1. Шкірні прояви онкозахворювань внутрішніх органів

Шкіра є унікальною структурою, яка дає багато цінної інформації про різні стани внутрішніх органів. Залучення до паологічного процесу шкіри може попереджати фахівця фізичної терапії та ерготерапії про наявність онкозахворювань внутрішніх органів, а також про генетичні та метаболічні патології або інфекційні процеси. Незважаючи на те, що різні прояви онкозахворювань описані в літературі, все ж багато з них в клінічній практиці зустрічаються вкрай рідко.

#### **Шкірні прояви онкозахворювань внутрішніх органів**

*Дерматоміозит* є рідкісною запальною міопатією з характерними шкірними проявами. Існує 5 основних діагностичних критеріїв цього захворювання:

- 1) симетрична проксимальна м'язова слабкість;
- 2) запальна міопатія, підтверджена біопсією м'язів;
- 3) підвищення концентрації м'язових ферментів в сироватці крові;
- 4) електроміографічні докази міопатії;
- 5) типові шкірні прояви дерматоміозиту.

У пацієнтів з дерматоміозитом або поліміозитом симптоми проявляються на плечах, передпліччях і верхній частини тулуба. Крім обличчя, уражається волосяна частина голови, шия, верхня частина тулуба і розгинальні поверхні кінцівок. Після завершення розвитку пошкоджень можливе утворення лусочок і атрофія шкіри. Еритема на кистях локалізована частіше навколо суглобів пальців, ніж фаланг.

Зміни шкіри при дерматоміозиті можуть виникати за тижні, місяці і роки до появи клінічних та лабораторних ознак ураження м'язів, які у деяких пацієнтів можуть і зовсім не розвинути. Пацієнти з дерматоміозитом відносяться до групи ризику по виникненню пухлин внутрішніх органів; по даними різних досліджень, частота онкозахворювань при дерматоміозиті досягає від 3 до 60%. Деякі дослідження вказують про ризик раку яйників, легенів, шлунка і молочної залози.

*Acanthosis nigricans* (чорний акантоз) сосочково-пігментна дистрофія шкіри, яка проявляється переважно у віці у 40—50 років. Клінічно визначається посилення пігментації загального шкірного покриву з відтінками від жовтого, сіро-кавового до чорного кольору, з бородавчастими розростаннями та гіперкератозом. На поверхні шкіри і слизових часто спостерігається папіломатоз. Частіше з'являється на задній поверхні шиї, в під- та пахвових западинах, ліктьових згинах, і тильній поверхні кистей, навколо пупка, анального отвору, на зовнішніх статевих органах. Іноді вогнища гіперпігментації бувають на обличчі: навколо рота, очей, на підборідді. Часто у вогнищах ураження зустрічаються дрібні фіброми. Елементи ураження мають оксамитову текстуру, як правило, коричневого кольору. Може також бути присутнім долонна і підошовна кератодермія з виділеними шкірними лініями, відома як пахідерматогліфія. Розрізняють злякисну форму сосочково-пігментної дистрофії шкіри (*acanthosis nigricans*), доброякісну (ювенільну) форму та псевдоакантоз.

Злоякісна форма сосочково-пігментного дистрофії шкіри зустрічається у дорослих (старше 25 років). Ураження шкіри в 15-20 % на кілька років передують клінічним проявам пухлини; у 60-65 % з'являються одночасно з симптомами пухлини та у 20-22 % - проявляються після виявлення злоякісного новоутворення.

Доброякісна ( ювенільна ) форма чорного акантоз починається в дитячому та юнацькому віці. Клінічно і гістологічно аналогічна злоякісній формі захворювання, відрізняючись від неї лише меншою вираженістю пігментних змін і сосочкової гіпертрофії. Якщо з настанням статевої зрілості висипання регресують або залишаються стаціонарними, то ця форма не є злоякісним новоутворенням внутрішніх органів.

Псевдоакантоз зустрічається переважно у брунеток з надмірною вагою. Має також подібну клінічну і гістологічну картину з чорним акантозом дорослих. Захворювання має доброякісний характер, з'являється, коли хворий додає у вазі, і зникає з схудненням хворого.

Важливо диференціювати *acanthosis nigricans*, пов'язаний з пухлиною, від *acanthosis nigricans*, пов'язаного з доброякісними захворюваннями або супутніми пухлинами. При злоякісній формі шкірні ураження активуються пухлиною і часто регресують після хірургічного видалення пухлини або відповідної протипухлинної терапії. Пацієнти із злоякісною формою *acanthosis nigricans* переважно середнього віку, без надмірної ваги, а шкірні прояви у них виникають раптово. У таких пацієнтів спостерігається більш інтенсивне залучення в процес слизових оболонок, долонь і підшов, а загальні прояви важчі при злоякісній формі. На тлі пухлини його розвиток характеризується різким початком, тяжким перебігом та залученням до процесу слизових оболонок і шкіри долонь. Під час ремісій неопластичного процесу зменшуються *acanthosis nigricans*, знову загострюючись при рецидивах. Виявляється при раку шлунка, підшлункової залози, прямої кишки, рідше - при раку молочної залози, яйників.

*Синдром Світа (Sweet)*. Клінічно проявляється наявністю чітко окреслених болючих бляшок на обличчі, шиї, верхній частині тулуба і кінцівках. Висип на тулубі, як правило, відсутній, однак, були описані випадки, коли висип покривав повністю все тіло. Іноді спостерігаються пошкодження слизової оболонки рота і очей. Бляшки мають вкриту сосочками поверхню, на них часто спостерігаються папули-везикули і пустули, колір висипань - фіолетово-червоний. Новоутворення швидко розростаються і зливаються в бляшки, які можуть досягати в діаметрі 5 см і більше, мають неправильну, нерідко химерну форму, межі чітко виражені. За кілька тижнів до появи висипань, з'являються загальні симптоми, характерні для кишкової інфекції або грипу. Хворі скаржаться на розлади травлення, загальну слабкість, стомлюваність, ломоту та біль у суглобах і м'язах, загальне нездужання і лейкоцитоз. Температура може підніматися до 40 градусів. У деяких пацієнтів шкірні пошкодження можуть розвиватися на місці мікротравм або уколів. Виникає в основному у жінок у віці 30-60. Якщо виражений лейкоцитоз, то висип проявляється справжніми бульбашками, а не псевдовазукулами. Висипання досить болючі при натисканні. У більшості людей, відзначаються порушення загального стану: гарячковий стан, болі в суглобах, загальну слабкість. У деяких хворих в процес втягуються очі, у них розвивається кон'юнктивіт або епісклерит. На ураженій шкірі можна помітити ділянки некрозу, а також, кірки і мокнучі ерозії. При відсутності лікування, симптоми продовжують наростати протягом

декількох тижнів, потім уражена шкіра поступово заживає. Тривалість періоду хвороби складає 3-9 тижнів. При злюкисній формі шкірні прояви більш виражені і найчастіше спостерігається ураження тулуба і ніг. Також у пацієнтів з онкозахворюваннями імовірніше залучення слизових і нешкірні прояви. Однак у пацієнтів з пухлинами часто спостерігається рецидив з тою самою локалізацією. Синдром Світа зазвичай передуює розвитку таких пухлин: гостра мієлогенна лейкемія, лімфома, солідні пухлини з органів сечостатевої системи.

*Синдром Гарднера.* Спадкове захворювання, що супроводжується тріадою основних проявів: дифузний поліпоз нижніх відділів товстого кишечника, остеомі плоских і трубчастих кісток, різні доброякісні пухлини шкіри і м'яких тканин. Може довгий час протікати безсимптомно. Можливі здуття живота, бурчання і розлади стільця. У деяких випадках поліпоз кишечника при синдромі Гарднера ускладнюється кровотечею або кишковою непрохідністю. Візитна картка шкірного ураження при цьому синдромі - епідермоїдні кісти (зазвичай на кінцівках), які часто з'являються перед початком пубертатного періоду. При синдромі Гарднера рано розвивається поліпоз товстої кишки і дуже часто - рак товстої кишки (колоректальний рак).

*Синдром Труссо (Trousseau) (мігруючий поверхневий тромбофлебіт).* Феномен Труссо включає рецидивний мігруючий поверхневий тромбофлебіт великих і дрібних шкірних вен і супутні пухлини внутрішніх органів. Безліч еритематозних, хворобливих шкірних виразок, від овальних до лінійних, найбільш часто локалізовані на руках, ногах, бічних поверхнях тіла і животі. Не виключено виникнення тромбозу внутрішніх вен, що має відповідну симптоматику. Чоловіки хворіють частіше за жінок. Найбільш тісно даний феномен пов'язаний з карциномами легень і підшлункової залози.

*Хвороба Педжета молочної залози.* Починається з маленького екзематозного вогнища на соску, який поступово поширюється на навколососковий ареол і іноді на шкіру грудей. Краї ураження різко окреслені, а поверхня може бути вологою еритематозною або покрита кірками. В основі хвороби Педжета незмінно лежить карцинома молочної протоки. Іншими місцями локалізації хвороби Педжета можуть стати пахвова та підпахвова западина, мошонка або аногенітальна зона. Хвороба проявляється одиничними або множинними ураженнями. Вона може бути обумовлена наявністю раку яйників. Близько 20% хворих мають рак прямої кишки або сечостатевої системи.

*Синдром Ковда (Коудена, Sawden).* Синдром множинних гамартром - рідкісна спадкова патологія, при якій порушуються процеси гальмування патологічного росту тканин, і через це виникають доброякісні пухлини з подальшим ризиком розвитку злюкисних новоутворень. Симптоматика захворювання може проявитися в будь-якому віці. Характерною є тріада ознак - маленькі рогові папули, слизова рота схожа на бруківку, акральні кератозні шкірні ураження. У хворих виявляються доброякісні пухлини, що походять з нервової, фіброзної, судинної або епітеліальної тканин. Характерні множинні дрібні пухлини фолікул волосся на голові (тріхілемоми), фіброзно-кістозні зміни грудної залози. Першими симптомами хвороби Коудена також можуть виступати міопія, порушення формування щелепно-лицевої ділянки, патологія зубів, часті запальні захворювання верхніх дихальних шляхів (синусити). Симптомокомплекс хвороби Коудена при повноцінному розвитку захворювання включає в себе

ураження щитовидної залози, формування гамартом в шлунково-кишковому тракті. Шкірні покриви хворого тонкі, часто спостерігається сухість слизових оболонок і формування на них лейкоплакій. У жінок з хворобою Коудена в молодому віці виявляють фіброзно-кістозна мастопатію, іноді можлива кістозна гіперплазія, недорозвинення молочних ходів. З боку центральної нервової системи, крім затримки інтелектуального розвитку, часто виявляється порушення координації рухів, атаксія. При хвороби Коудена нерідкі порушення мови (дислалія), причини якої, однак, найчастіше викликані дефектами формування зубів, язика, м'якого піднебіння. У важких випадках хвороби Коудена можливе формування кіст і пухлин в печінці, нирках, елементах опорно-рухового апарату. Грудна клітка часто запала, асиметрична, іноді виникає викривлення хребта. Серед ускладнень захворювання найбільшу загрозу представляють злоякісні новоутворення, що виникають в різних органах первинно або в результаті малігнізації гамартом і кіст. Головну небезпеку при хворобі Коудена становить ймовірність здавлення гамартома і іншими доброякісними пухлинами важливих нервових і судинних структур, а також ризик розвитку злоякісних новоутворень. Характерний при раку молочної залози, та багатьох інших супутніх злоякісних захворюваннях, другим за частотою розвитку є рак щитовидної залози.

*Свербець дорослих* (обмежений або генералізований шкірний свербіж) — множинні невеликого розміру щільні вузлики, на поверхні яких утворюються водянки з серозним (прозорим) вмістом. Через сильне свербіння і розчухи вузлики іноді вкриваються серозно-кров'яною кірочкою. Як правило, свербіж носить генералізований характер, але може спостерігатися і лише в окремих ділянках — ніс, анальна ділянка, вульва. У разі поширеного пухлинного процесу буває тривале свербіння гомілок, внутрішньої поверхні стегон, верхньої половини тулуба, розгинальних поверхонь верхніх кінцівок. На тілі з'являються розчухи, а нігті набувають підвищеного блиску ("поліровані нігті"). Цей дерматоз у осіб, яким більше ніж 25-30 років, вказує на низький імунітет і може передувати онкозахворюванню будь-якої локалізації. Може вказувати на лімфопрولیферативні захворювання.

**Кільцеподібна відцентрова еритема (Хвороба Дар'є)** — на тулубі, рідше на шиї і кінцівках, з'являється велика кількість блідо-рожевих або рожево-червоних набряклих плям у формі монети, які постійно лущаться. Плями можуть розростатися і зливатися, утворюючи різні кільця, фігури. Вони мають обідок з виступом і запалий центр з нормальним забарвленням шкіри, схильні до периферичного радіального зростання. Людину турбує невелике свербіння і печіння з нападоподібним перебігом. Після зникнення одних висипань з'являються інші. Частіше з'являється при пухлинах травного каналу і молочної залози, гострого лейкозу, лімфоми, аденокарциноми.

*Герпетиформний дерматит Дюрінга* — різноманітні висипи на еритематозній шкірі у вигляді вузликів, плям, водянок, які групуються біля вогнища, утворюючи химерні фігури. Супроводжуються сильним свербінням і локалізуються на симетричних ділянках згинальної поверхні кінцівок, на плечах і тулубі. Якщо висипи змазувати йодом, вони загострюються, оскільки посилюється місцевий приплив крові й онкотоксинів із нею. Дерматит Дюрінга може бути при пухлинах різної локалізації, проектуючись над ними на поверхні шкіри.

*Вузлова еритема* — це захворювання, яке належить до глибоких васкулітів шкіри і характеризується появою на шкірі гомілок яскраво-червоних щільних болісних вузлів розміром від 5 мм до 5 см. Щільні вузли утворюються в нижніх відділах дерми, а також підшкірній клітковині. Шкіра, яка їх покриває, набуває червоний колір (з виглядом нагадує синяк), на дотик гладка. Досягнувши певного розміру, вузол перестає рости. Больовий синдром різної інтенсивності виникає не тільки при пальпації підшкірних утворень, але і спонтанно. Характерний симптом еритеми — симетричність уражених ділянок. Найчастіше процес локалізується на ногах (гомілки). Однак можливе поширення на передпліччя, сідниці, обличчя, а в деяких випадках навіть склери очного яблука. Шкірні прояви можуть супроводжуватися хронічною артропатією, що протікає без деформації суглобів.

Загальна симптоматика в гострій стадії іноді випереджає появу шкірних елементів:

- погіршується загальне самопочуття;
- температура тіла підвищується до 38 °С;
- пропадає апетит;
- пацієнта постійно морозить;
- у суглобах та судинах виникають хворобливі відчуття.

Разом з пухлинними захворюваннями вузлова еритема виникає при стрептококах ті інших інфекціях, туберкульозі, саркоїдозі, пахвовому лімфогранульоматозі.

*Синдром Хоуела-Еванса-Кларка (кератоз долонь і підошов)* - генетично детермінований різновид вродженого долонно-підошовного гіперкератозу, який асоціюється з аденокарциномою стравоходу і значно рідше - раком легень. Розрізняють два варіанти клінічного перебігу захворювання. При першому у дітей у віці до одного року спостерігається обмежена кератодермія. При другому варіанті гіперкератотичне ураження з'являються у віці 5-15 років у вигляді дифузного кератозу на долонях і підошвах. Іноді захворювання супроводжується гіпергідрозом, повним або частковим відділенням всіх нігтів від нігтьового ложа на руках і ногах. При діагностиці будь-яких долонно-підошовних кератодермій слід виключити злоякісні пухлини стравоходу або легень.

*Карциноїдний синдром* характеризується клінічними проявами у вигляді еритеми обличчя і наявністю карциноїдної пухлини травного тракту. Клінічно проявляється раптово тимчасовою еритемою темно-червоного або пурпурного кольору в результаті припливу крові до обличчя і шиї. Карциноїдна пухлина розташовується частіше в тонкій кишці, може бути в легені; іноді метастази виявляють у печінці. Клінічно проявляється болем в животі спазмуючого характеру, діареєю, набряками, астмою, телеангіектазіями, ціанозом, пеллагроподібними висипання, та ознаками синдрому Кушинга.

*Синдром Кушинга (синдром Іценко-Кушинга, кушингоїд)* об'єднує групу захворювань, при яких відбувається тривалий хронічний вплив на організм надлишкової кількості гормонів кори надниркових залоз, незалежно від причини, яка викликала підвищення кількості цих гормонів в крові. Зумовлений підвищеним виробленням адренкортикотропного гормону гіпофіза. Цей гормон може вироблятися мікроаденомою гіпофіза або ектопірованою (розташованою нема на звичайному місці) кортикотропіною.

Найбільш ранньою ознакою хвороби є ожиріння, з типовим відкладенням жирової клітковини в зоні обличчя, шиї, грудей, живота. Обличчя при цьому виглядає округлим, місяцеподібним. На щоках з'являється пурпурний рум'янець. Кінцівки навпаки стають тонкими через зменшення маси м'язової тканини. На шкірі в зоні живота, плечового пояса, сідниць і стегон з'являються багрово-синюшні смуги розтягування - стрії. На шиї, в зоні живота, ліктів виникає посилене забарвлення шкірних покривів в наслідок надмірного відкладання меланіну. У жінок виникає гірсутизм (надмірне оволосіння), порушення менструального циклу. З'являються волосся на верхній губі, підборідді, грудях. У чоловіків виникає імпотенція.

Важливим симптомом є початку періодичне, потім постійне підвищення артеріального тиску. Розвиток остеопорозу проявляється спочатку болями в кістках і суглобах, потім можуть виникнути спонтанні переломи ребер, кінцівок. Пацієнти скаржаться на слабкість, головний біль, збільшення маси тіла. Іноді у хворих на хворобу з гіперкортицизмом виникають порушення психіки. З'являються депресія, різні порушення сну, психози.

Може розташовуватися в бронхах, яєчках, яєчниках. Рідше синдром Кушинга виникає при первинному ураженні кори надниркових залоз (доброякісні або злоякісні пухлини кори надниркових залоз, гіперплазія кори надниркових залоз). Гормонально-активна пухлина кори наднирників називається кортикостерома.

## Рекомендована література

### Основна:

1. Білинський Б. Т. Онкологія : [підручник] / Б. Т. Білинський, Н. А. Володько, А. І. Гнатишак. – Київ : Здоров'я, 2004. – 528 с.
2. Клінічна онкологія : навч. посіб. / В. А. Коссе, І. М. Бондаренко, В. Є. Машталер [та ін.] ; за ред. проф. В. А. Коссе, д.м.н. І. М. Бондаренко. – Дніпропетровськ : Арт-прес 2002. – 240 с.
3. Медсестринство в онкології : підручник / Л. М. Ковальчук, О. М. Парійчук, І. І. Романишин [та ін.] ; за ред. Л. М. Ковальчука. – Київ : Медицина, 2013. – 512 с.

### Допоміжна:

4. Мухін В. М. Фізична реабілітація : підручник / В. М. Мухін. – Київ : Олімпійська література, 2005. – 470 с.
5. Дитяча онкологія : підручник / за ред. О. С. Дудніченка, Г. І. Климнюка. Харків : Факт, 2013. – 400 с.
6. Онкологія / І. Б. Щепотін, В. Л. Ганул, І. О. Клименко [та ін.] ; за ред. проф. І. Б. Щепотіна. – Київ : Книга плюс, 2006. – 496 с.
7. Онкологія : підручник для мед. ВНЗ IV р. а. / за ред. Г. В. Бондаря, Ю. В. Думанського, О. Ю. Поповича. – Київ : Медицина, 2013. – 544 с.

### Інформаційні ресурси інтернет:

1. Автореферати дисертацій галузі фізичної культури і спорту : анот. бібліогр. покажч. трьома мовами [Електронний ресурс] / уклад. Ірина Свістельник. – Львів : [б. в.], 2015.– Кн. 5 „Фізична реабілітація”. – 77 с. – Режим доступу: [http://repository.ldufk.edu.ua/bitstream/34606048/247/1/Fiz\\_reb.pdf](http://repository.ldufk.edu.ua/bitstream/34606048/247/1/Fiz_reb.pdf)
2. Бас М. А. Проблема фізичної реабілітації у процесі добровільного медичного страхування в Україні [Електронний ресурс] / Бас М. А., Бас О. А. // Спортивна наука України. – 2011. – № 7. – С. 85 – 96. – Режим доступу : <http://www.sportscience.org.ua/index.php/Arhiv.html>
3. Фізична реабілітація в онкології : анот. бібліогр. покажч. трьома мовами [Електронний ресурс] / уклад. Ірина Свістельник. – Львів : [б. в.], 2015. – 31 с. – Режим доступу: [http://repository.ldufk.edu.ua/bitstream/34606048/394/1/fizychna%20reabilitatsiya%20v%20onkolohiyi\\_pokazhchyk.pdf](http://repository.ldufk.edu.ua/bitstream/34606048/394/1/fizychna%20reabilitatsiya%20v%20onkolohiyi_pokazhchyk.pdf)