

**ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ, КЛИНИЧЕСКАЯ СЕМИОТИКА
И ДИАГНОСТИКА НОВООБРАЗОВАНИЙ КОЖИ ГОЛОВЫ,
ШЕИ И ТУЛОВИЩА**

СООБЩЕНИЕ 1

Каф. оториноларингологии (зав. – проф. С.М. Пухлик)

Одес. нац. мед. ун-та (ректор – акад. НАМН Украины, проф. В.Н. Запорожан)

Сегодня проблема диагностики новообразований кожи головы, шеи и туловища является актуальной, так как наблюдается неуклонный рост этой патологии [6]. Клинически и морфологически различают как доброкачественные, так и злокачественные образования кожи.

По локализации злокачественные поражения кожи в 70% случаев возникают на открытых частях тела, в частности, на поверхности лица: коже лба, носа, висках, ушных раковинах. Особенно опасны новообразования кожи, которые в той или иной степени подвергаются постоянным физическим и химическим раздражениям, что способствует малигнизации и агрессии процесса [6]. Развиться рак кожи (РК) также может и в подмышечной области, на коже стоп, голени и кисти рук. В случае локализации опухоли на ногах и кистях рук, она имеет форму плоских бородавок. Злокачественные опухоли кожи лица вначале проявляются в виде небольшого возвышения на ее поверхности с характерным красным цветом, с признаками периодической кровоточивости, без боли и медленным ростом [6, 8, 9].

Раком кожи болеют во всех странах мира, но чаще РК встречается у людей белой расы и еще чаще у тех, кто подвергается воздействию активного УФ-излучения от солнца и искусственного загара. Например, в Австралии рак кожи занимает первое ме-

сто среди белого населения, а коренные жители болеют им относительно редко. В Европе рак кожи также является наиболее распространенным из всех новообразований. К примеру, в Германии, ежегодно выявляется более 200000 новых случаев рака кожи [10].

В Украине ежегодно первично диагностируется свыше 20000 злокачественных новообразований кожи, что составляет 44,5 случаев на 100 тыс. населения. В структуре онкологической заболеваемости населения Украины в 2012 г. рак кожи занимал 1-е место, что составило 10,3 % от общего числа. А ежегодно от злокачественных немеланомных новообразований кожи умирает около 600 пациентов [7].

Этиология рака кожи, как и рака вообще – неизвестна. Однако достоверно известны факторы экзогенного и эндогенного происхождения, которые способствуют возникновению предраковых изменений в коже. На первом месте выделяются экзогенные мутагенные влияния: воздействие физических, химических и термических агентов. Наибольшим фактором риска развития рака кожи является пролонгированное воздействие УФ-излучения от солнца и искусственного загара. Особо следует выделить механические травмы существующих невусов, родимых пятен и рубцов кожи. К химическому воздействию относят длительный контакт с

сажей, серой, смолами, дегтем и мышьяком. К эндогенным причинам следует отнести все заболевания печени, которые снижают и нарушают антиоксидантную защиту организма, способствуя росту на коже образований экзогенного происхождения.

Известно, что РК может возникать на фоне специфических заболеваний. Это туберкулёз кожи, особенно туберкулезная волчанка. Приблизительно 2-4 % больных волчанкой заболевают раком кожи. Также РК может возникнуть на фоне сифилитической гуммы и является высоко злокачественным. Такой рак имеет выраженный инфильтративный рост, склонный к рецидивированию. Патогенез развития рака на фоне гумозного сифилиса аналогичен процессу при туберкулёзной волчанке.

Следует также рассматривать в качестве причин возникновения рака кожи воздействие некоторых лекарственных средств, подавляющих иммунитет. Это противоопухолевые, противовоспалительные препараты, а также кортикостероиды. Иногда встречается рак, развившийся из придатков кожи: волосяных фолликулов, сальных и потовых желез. И, наконец, не следует забывать наследственную предрасположенность к появлению как доброкачественных, так и злокачественных новообразований кожи.

В развитии рака кожи существуют виды предрака, определяемые как облигатный и факультативный. К облигатному относят пигментную ксеродерму, болезнь Педжета, болезнь Боуэна и эритроплазию Кейра. К факультативному – все хронические заболевания кожи, в том числе гипертрофические и атрофические процессы, а также медленно заживающие язвы и раны кожи.

Данные мировой литературы показывают, что пик заболеваемости раком кожи приходится на возраст 60-70 лет, однако данные последних лет свидетельствуют о его омоложении [10]. В Украине сегодня основным типом злокачественного поражения кожи является белый рак, развивающийся в основном из кератиноцитов эпидермиса, и проявляющийся как базальноклеточная карцинома, и как плоскоклеточный рак. Базальноклеточная карцинома произрастает из клеток базального слоя и

растет очень медленно. Она выглядит как медленно растущий, блестящий розовый или красный комочек. Она может покрываться чешуйками, но со временем такое новообразование становится твердым, может кровоточить или преобразовываться в язву [6, 8, 9]. Плоскоклеточная карцинома кожи состоит из аномальных клеток плоского эпителия наружного слоя кожи. Клинически такой рак выглядит как желтый чешуйчатый участок кожи с нежной поверхностью, начинающий кровоточить от легкого прикосновения. На месте такого поражения затем образуется язва. Образование из меланоцитов кожи, протекающее по особенно злокачественному и агрессивному типу, следует рассматривать как меланому кожи. Меланому следует дифференцировать с крупными старческими бородавками, так как они пигментированы и покрыты толстым кератиновым слоем.

Для постановки клинического диагноза существенное значение имеет правильно собранный анамнез. Например, указание пациента, что на месте агрессивно растущего образования было пигментное пятно, должно насторожить врача. В таких случаях следует с помощью больного особенно тщательно визуализировать объективный рисунок пигментного пятна.

Несмотря на то, что эти заболевания относятся к наружной патологии, опасность их течения и осложнений **очень велика**. Особенно это касается кожи лица, так как не удаленные вовремя злокачественные поражения могут распространиться на близлежащие ткани, включая хрящевую и костную, а также метастазировать в отдаленные органы: головной мозг, орган зрения и легкие.

Поэтому среди заболеваний кожи любой локализации следует выделять образования, нуждающиеся в сито диагностике и ургентном лечении, и заболевания, которые подлежат только плановой терапии. Такое деление, конечно, условно, но при наличии постоянного физического раздражителя может проявляться агрессивность роста, и тогда плановая терапия становится ургентной.

Для понимания происходящих патофизиологических процессов вследствие воздействия вредных агентов, важно знать и

анатомо-физиологические особенности строения кожи. Эти знания позволяют клиницисту не только понять возможный этиопатогенез заболевания, но правильно и своевременно поставить диагноз с последующим определением тактики лечения.

Кожа состоит из трех слоев: эпидермиса, дермы и подкожной клетчатки. Основным типом клеток эпидермиса кожи являются **кератиноциты**, которые включают в себя белок кератин, выполняющий защитную функцию. Внешняя часть эпидермиса состоит из кератиновых клеток, т.е. плоского эпителия. Кроме кератиноцитов, в эпидермисе находятся **меланоциты** – клетки, содержащие меланин. Этот пигмент придает коже цвет и также защищает кожные покровы от вредного воздействия солнца. Нижний слой – базальный, формируется из базальных клеток, которые в процессе постоянного деления замещают клетки на поверхности кожи. Базальный слой отделяет эпидермис от дермы и подкожного слоя. Это важно для понимания пути распространения опухолевого процесса кожи, так как на поздних стадиях процесса возможно его прорастание через базальную мембрану.

Средний слой кожи называется дермой и имеет наибольшую толщину. Он содержит волосные фолликулы, потовые железы, кровеносные сосуды и нервные окончания.

Третий – подкожный слой включает в себя коллагеновые и жировые клетки, выполняющие амортизирующую и защитную функцию.

Для дифференциальной диагностики новообразований кожи используются стандартные методы: первичный осмотр – дерматоскопия, которая проводится с помощью увеличительного стекла. Пораженный участок кожи также рассматривают и под большим увеличением с помощью микроскопа, фиксируя клиническую семиотику. При этом проводится мониторинг, т.е. изображения сохраняются для контроля динамики развития процесса.

Для улучшения визуализации границ поражения и абластичного иссечения используется флуоресцентная диагностика. При этом в организм вводятся фоточувствительные соединения, которые накапливаются в

опухолевых клетках, что повышает интраоперационную визуализацию границ поражения. В последние годы в качестве дополнительных методов диагностики используют эпилуминисцентную и лазерную микроскопию, при которых просвечивается верхний слой кожи, что дает возможность определить природу изменений [7]. Информативным является и широко применяемый термодифференциальный тест, основанный на разнице температур между здоровыми участками кожи и опухолевыми. При разнице температур более чем в 1 градус Цельсия, тест может быть расценен как положительный.

Окончательным методом диагностики новообразований кожи является морфологическое исследование материала биопсии с последующим, при необходимости, иммуногистохимическим исследованием. Для морфологического исследования целесообразно выполнять полное удаление опухоли в пределах здоровых тканей с целью исключения в последующем агрессивной пролонгации и генерализации процесса. Морфологическое исследование позволяет оценить прогноз заболевания.

Морфологически различают 3 часто встречающихся вида рака кожи:

1. Базалиома (базальноклеточная карцинома). Это наиболее доброкачественная опухоль из всех видов злокачественных, она развивается из базальных клеток эпителия кожи. Это наиболее частый вид, составляющий 75% случаев от злокачественной заболеваемости кожи. Опухоль обладает медленным ростом, клинически не дает метастазирования.

2. Плоскоклеточный рак кожи (сквамозноклеточная карцинома). Этот вид злокачественного поражения кожи встречается значительно реже, однако протекает значительно агрессивнее и дает раннее метастазирование.

3. Злокачественная меланома. Это опухоль из клеток кожи, производящих пигмент **меланин**, расположенных в эпидермисе (на верхнем слое кожи). К развитию злокачественной меланомы приводит бесконтрольное деление меланоцитов. Характерный диагностический признак меланомы – размытость или зубчатый вид краев пигментного пятна. Для меланомы также характерен неравно-

мерный цвет пигментации, включающий как темные оттенки коричневого, так и вкрапления розового и красного; при этом размеры пигментного пятна более 6 мм. На поздних стадиях меланомы проникает в глубокие слои кожи, затем ее клетки попадают в кровь и лимфатическую систему, тем самым разнося процесс по всему телу. Клинически – это стадия генерализации ракового процесса и, как правило, лечение уже малоэффективно [1-5].

Клинически различают следующие формы роста рака:

1. Поверхностная, показывающая наличие беловатых и желтоватых плотных узелков как первых признаков базальноклеточного рака кожи.

2. Инфильтрирующая, с наличием глубокого изъязвления и бугристыми корками из отмерших клеток, с прорастанием в окружающие ткани, которые становятся малоподвижными или неподвижными.

3. Папиллярная форма – бугристая опухоль, усыпанная сосочками, прорастает экзогенно и эндогенно, метастазирует, истощая организм пациента.

При обследовании образования следует выделять и учитывать существенные диагностические критерии, характерные для злокачественного процесса: размеры новообразования – более 6 мм; неровные, размытые, зубчатые границы новообразования; неравномерная окраска пораженного участка (от белого до красно-коричневого или синего цвета) и агрессивный рост.

Таким образом, можно сделать определенное заключение, что основной причиной развития злокачественного поражения кожи является пролонгированное действие мутагенных агентов не только на здоровые части тела, но и на различные доброкачественные образования кожи. Поэтому исключение или уменьшение пролонгированного действия вредных факторов служат профилактикой злокачественных образований.

Профилактика заключается в избегании чрезмерного облучения кожи ультрафиолетовым излучением и проведении самодиагностики поражений кожи. При обнаружении на коже новообразования непонятной формы и цвета, не исчезающего длительное время, пациенту немедленно следует обратиться к семейному врачу или онкодерматологу.

Семейным врачам необходимо знать анатомо-физиологические особенности строения кожи и **проявлять** онконастороженность к клинической семиотике в **случаях:** наличия незаживающих и кровоточащих язв и ран на теле; увеличивающихся в размерах не исчезающих пятен красного цвета на коже с изменением цветовой гаммы, сопровождающиеся зудом и кровотечением. Проведение регулярных профилактических осмотров врачами семейного профиля позволяет улучшить раннюю диагностику и своевременно определиться с тактикой проведения лечения, что отразится в дальнейшем на продолжительности и качестве жизни больного.

Литература

1. Анисимов В.В., Вагнер Р.И., Барчук А.С. Меланомы кожи. Ч.1: Эпидемиология, этиология, патогенез, профилактика. – СПб.: Наука, 1995. – 151 с.
2. Анисимов В.В., Горделадзе А.С., Барчук А.С. и др. Меланомы кожи: Атлас клинико-морфологической диагностики. – СПб.: Наука, 1999. – 107 с.
3. Барчук А.С., Анисимов В.В. Методики дооперационной диагностики степени распространения меланомы кожи. – СПб., 1998. – 14 с.
4. Вагнер Р.И., Анисимов В.В., Барчук А.С. Меланомы кожи. Ч.2: Диагностика, клиника, прогноз заболевания. – СПб.: Наука, 1996. – 274 с.
5. Романова О.А. Ранняя диагностика и профилактика меланомы кожи. – Мед. информ. агентство, 2012. – 96 с.
6. Снарская Е.С., Молочков В.А. Базалиома. – М.: Медицина, 2003. – 136 с.
7. Cancer in Ukraine, 2015-2016. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби 2017. Бюлетень національного канцер-реєстру України №18.
8. Кочнева Е.В. Результаты II фазы клинического исследования фотосенсибилизатора радоклорин у больных базально-клеточным раком кожи, проведенного в Челябинской город-

ской клинической больницы № 1 // Рос. биотерапевт. журн. – 2005. – Т. 4, № 4. – С. 92-95.

9. Ламоткин И.А. Опухоли и опухолеподобные поражения кожи. Атлас. – Бином, 2006. – 166 с.

10. Ламоткин И.А. Клиническая дерматоонкология. Атлас. – Бином, 2011. – 504 с.

11. Henderson B.W., Dougherty T.J. How does photodynamic therapy work? // Photochem. Photobiol. – 1992. – Vol. 55, №1. – P. 145-157.

References

1. Anisimov VV, Wagner RI, Barchuk AS Melanoma of the skin. Part 1: Epidemiology, etiology, pathogenesis, prevention. St. Petersburg. Science. 1995:151 p. Russian.
2. Anisimov VV, Gordeladze AS, Barchuk AS Skin melanoma: Atlas of clinical and morphological diagnostics. St. Petersburg. Science. 1999:107 p. Russian.
3. Barchuk AS, Anisimov VV Methods of preoperative diagnosis of the degree of spread of skin melanoma. St. Petersburg. 1998:14 p. Russian.
4. Wagner RI, Anisimov VV, Barchuk AS Melanoma of the skin. Part 2: Diagnosis, Clinic, Disease Forecast. St. Petersburg. Science. 1996:274 p. Russian.
5. Romanova OA Early diagnosis and prevention of skin melanoma. 2012:96 p. Russian.
6. Snarska ES, Molochkov VA Basalioma. Moscow.

Medicine. 2003:136 p. Russian.

7. Cancer in Ukraine, 2015-2016. Morbidity, mortality, indicators of the operation of the oncology service 2017. Bulletin of the National Chancery Register of Ukraine No. 18. Ukrainian.
8. Kochneva EV The results of the Phase II clinical study of radachlorin photosensitizer in patients with basal cell skin cancer performed at the Chelyabinsk City Clinical Hospital No.1. Rossiyskiy bioterapevticheskiy zhurnal. 2005;4(4):92-5. Russian.
9. Lamotkin I.A. Tumors and tumor-like skin lesions. Atlas. 2006:166 p. Russian.
10. Lamotkin I.A. Clinical dermatooncology. Atlas. 2011:504 p. Russian.
11. Henderson BW, Dougherty TJ How does photodynamic therapy work? Photochem. Photobiol. 1992;55(1): 145-57.

© Ф.Д. Евчев, А.Ф. Евчева, 2018

Надійшла до редакції 12.01.18

ЕТИОЛОГІЯ, ПАТОГЕНЕЗ, КЛІНІЧНА СЕМІОТИКА, ДІАГНОСТИКА НОВОУТВОРЕНЬ ШКІРИ ГОЛОВИ, ШІЙ ТА ТУЛУБА. ПОВІДОМЛЕННЯ 1

Євчев Ф.Д., Євчева А.Ф. (Одеса)

А н о т а ц і я

Питання сучасної діагностики новоутворень шкіри є актуальними, тому що спостерігається зростання кількості злоякісних новоутворень в усіх країнах світу. В Україні щорічно діагностуються більш ніж 20000 випадків злоякісних новоутворень шкіри, що складає 44,5 випадків на 100 тис. населення. В структурі онкологічної захворювання населення України в 2012 р. рак шкіри (РШ) займав I місце (10,3 % випадків), а щорічно від злоякісних немеланомних новоутворень шкіри вмирають біля 600 хворих.

Злоякісні ураження шкіри в 70% випадків мають локалізацію на відкритих частинах тіла, зокрема, на шкірі обличчя: чолі, носі, скронях та вушних раковинах. Особливо небезпечними є новоутворення шкіри, чутливі до фізичних та хімічних подразників, що призводить до малігнізації пухлинного процесу.

Відомо багато причин розвитку РШ: це фізичні, хімічні та термічні агенти. До фізичних відносять пролонговану дію УФ-опромінення від сонця і штучної засмаги, механічні травми невусів, родимих плям і рубців шкіри. До хімічних факторів відносять пролонгований контакт із сажею, сіркою, смолами, дьогтем та миш'яком. До ендогенних причин відносять захворювання печінки, які знижують та порушують антиоксидантний захист організму, що сприяє зростанню новоутворень шкіри екзогенного походження. Причиною раку шкіри також може бути дія протипухлинних, протизапальних та кортикостероїдних препаратів, які пригнічують імунітет. Іноді рак виникає із придатків шкіри: волосяних фолікулів, жирових і потових залоз. Також існує успадкована схильність до розвитку злоякісних новоутворень шкіри. До розвитку раку шкіри також може призводити облігатний та факультативний передрак. До облігатного відносять пігментну ксеродерму, хворобу Педжета, хворобу Боуена та еритроплазію Кейра. До факультативних

відносять усі хронічні захворювання шкіри (гіпертрофічні, атрофічні процеси, повільне загоєння афт і ран шкіри).

Для диференціальної діагностики новоутворень шкіри використовуються стандартні методи: дерматоскопія – огляд за допомогою збільшувального скла. Більш детально уражену частину шкіри можна візуалізувати за допомогою мікроскопа з фіксацією клінічної семіотики. Флуоресцентну діагностику використовують для аблястичного видалення. Також використовується епілюмінісцентна, та лазерна мікроскопія. Інформативним є термодиференційний тест, заснований на різниці температур між здоровими ділянками шкіри та пухлини. Кінцевим методом діагностики новоутворень є морфологічне дослідження матеріалу біопсії з наступним, при необхідності, імуногістохімічним дослідженням.

Морфологічно відрізняють такі типи злоякісних пухлин шкіри, що часто зустрічаються: базаліома (базальноклітинна карцинома), плоскоклітинний рак шкіри (сквамозноклітинна карцинома) та злоякісна меланома. Об'єктивно на ранніх стадіях розвитку злоякісні ураження шкіри мають однакову клінічну семіотику. Пухлини складаються із аномальних клітин плоского епітелію зовнішнього шару шкіри, клінічно виглядають як жовті лускуваті ділянки шкіри. Поверхня новоутворень ніжна і при легкому торканні починає кровоточити, а потім на місці такого ураження формується афта. Пухлини із клітин шкіри, що утворюють пігмент **меланін**, які розташовані в епідермісі (у верхньому шарі шкіри) є найбільш небезпечними та агресивними. Для меланоми характерні нерівномірні кольори пігментації, від темних відтінків коричневого, часом з крапленнями рожевого і червоного; розмір пігментної плями перевищує 6 мм. На пізніх стадіях меланома проникає в глибокі шари шкіри, потім в кров і лімфатичну систему, тим самим сприяє розносу клітин по усьому організму.

Для зменшення кількості злоякісних пухлин шкіри необхідно проводити профілактику, яка полягає в уникненні надмірного навантаження шкіри ультрафіолетовим опроміненням. Необхідно проведення самодіагностики: при виявленні на шкірі новоутворення незрозумілої форми і кольору, яке не зникає довгий час, слід обов'язково звернутися до дерматолога або онколога. Рання лікарська діагностика передракових станів шкіри дозволяє визначити тактику своєчасного спеціального лікування. І насамперед, важливо проведення регулярних профілактичних оглядів лікарями сімейного профілю.

Ключові слова: злоякісні пухлини, шкіра, діагностика, клінічна семіотика, профілактика.

ETIOLOGY, PATHOGENESIS, CLINICAL SEMIOTICS AND DIAGNOSTICS OF SKIN NEOPLASMS OF THE HEAD, NECK AND BODY. PART 1

Yevchev FD, Yevcheva AF

Odessa National Medical University; e-mail: dr.yevchev@ukr.net

Abstract

The opportune diagnostics of skin neoplasms of the head, neck and body is actual, as there is a steady increase in this pathology. In Ukraine, more than 20,000 malignant skin tumors are diagnosed annually, which is 44.5 cases per 100 thousand of the population. In the structure of cancer morbidity in Ukraine in 2012, skin cancer is ranked first, accounting for 10.3% of the total amount. Every year about 600 patients die from malignant on-melanoma skin tumors.

The localization of malignant skin lesions of the open parts of the body occupies 70% of all cases. In particular the skin of the face is affected: a forehead, a nose, temples, and auricles. Skin tumors are especially dangerous when they are frequently physically and chemically irritated. It contributes to the malignancy of the tumor process.

There are many reasons for the development of skin cancer: physical, chemical and thermal agents. The physical factors include the prolonged effect of sun UV radiation and artificial sunburn, mechanical injuries of nevi, birthmarks and skin scars. The chemical factor is the long-term contact with soot, sulfur, resins, tar and arsenic. Endogenous causes include liver diseases, which reduce and disrupt the body's antioxidant defense, promoting the growth of skin neoplasms of exogenous origin.

The cause of skin cancer may be the effect of anti-tumor, anti-inflammatory and corticosteroid drugs that suppress immunity. Sometimes cancer arises from the appendages of skin: hair follicles, sebaceous and sweat glands. There is also a hereditary predisposition to the development of malignant skin tumors.

In the development of skin cancer, an obligate and facultative precancer is also allocated. The obligate precancer includes pigment xeroderma, Paget's disease, Bowen's disease and Queyrat erythroplasia. The optional precancer includes all chronic skin diseases: hypertrophic, atrophic processes and slow-healing ulcers and skin wounds.

Differential diagnostics of skin tumors, standard methods are used such as:

The dermatoscopy – examination with a magnifying glass is used.

The affected area of the skin can be examined under a large increase using a microscope with fixation of clinical semiotics. Fluorescent diagnostics is used for ablative excision, using photosensitive compounds that accumulate in tumor cells and increase intraoperative visualization of the borders of the lesion. The epiluminescent and laser microscopy is also used, in which the upper layer of the skin is visible. It allows to determine the nature of the changes. The thermodifferential test based on the temperature difference between healthy skin and tumor regions is informative too. With a temperature difference of more than 1 degree the test can be regarded as positive. The final method for diagnosing neoplasms of the skin is a morphological study of the biopsy material, followed by immunohistochemical investigation if it is necessary.

Morphologically three types of common skin cancer are distinguished: basalioma (basal cell carcinoma), squamous cell carcinoma and malignant melanoma. Objectively, in the early stages of development, malignant skin lesions have almost identical clinical manifestations.

Tumors consist of abnormal cells of the flat epithelium of the outer layer of the skin. Clinically it looks like a yellow scaly patch of skin with a delicate surface, beginning to bleed from a light touch. Then an ulcer is formed on the spot of such damage.

As to the flow and aggressiveness, the tumor from the skin cells that produce the pigment melanin, located in the epidermis (on the upper layer of the skin) is the most dangerous. Melanoma is characterized with an uneven color of pigmentation, with dark shades of brown, sometimes with patches of pink and red; the pigmentation spot size exceeds 6 mm. In the later stages the melanoma penetrates deep layers of the skin, then gets into the blood and lymphatic system spreading the process throughout the body.

To reduce the number of malignant skin tumors, especially neglected cases, prevention is necessary. It consists of avoiding excessive exposure of the skin to ultraviolet radiation and self-diagnosis. If the neoplasm of unknown shape and color on the skin is found and does not disappear for a long time, it is necessary to be examined by a dermatologist or an oncologist immediately.

Finally, early medical diagnostics of precancerous skin conditions during regular preventive examinations by family doctors will help to determine the tactics of timely special treatment.

Key words: malignant tumors, skin, diagnostics, clinical semiotics, prevention