

УДК 616.5-006.6-072.1

*А. С. Демиденко, Л. А. Порошина, Е. И. Рублевская*  
Учреждение образования  
«Гомельский государственный медицинский университет»  
г. Гомель, Республика Беларусь

## **РОЛЬ ДЕРМАТОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ КОЖИ**

### *Введение*

Ранняя диагностика злокачественных новообразований кожи является важной задачей врача любого профиля. Разнообразие клинических форм и вариабельность клинических признаков при злокачественных новообразованиях кожи затрудняет их раннюю диагностику, что в последующем усложняет лечение и ухудшает прогноз [1]. Визуальный осмотр новообразований кожи не позволяет, особенно на ранних этапах, рассмотреть специфические признаки, свойственные новообразованиям. Для более точной диагностики зачастую требуется применение инструментальных методов исследования для подтверждения диагноза. Одним из таких методов является дерматоскопия [2].

Дерматоскопия – неинвазивный метод диагностики, который позволяет многократно исследовать одну и ту же область, оценивая ее структуру и цвет в 10–30-кратном увеличении, контролировать динамику новообразования кожи и исход лечения [2, 3].

Изначально дерматоскопия использовалась для диагностики меланоцитарных образований кожи (прежде всего меланомы). В качестве отборочного и несложного алгоритма для исключения меланомы можно пользоваться трехшаговым алгоритмом, который учитывает 3 критерия: асимметрия цвета и структуры по 1 или 2 перпендикулярным осям, атипичная пигментная сеть (пигментная сеть с неравномерными ячейками и толстыми линиями), бело-голубые структуры. Наличие любых двух из этих критериев указывает на высокую вероятность меланомы [4].

В последнее время данный метод стал распространяться и на немеланоцитарные образования кожи. Особое внимание обращают на сосудистые структуры, характер их расположения, к примеру, древовидное ветвление сосудов характерно для базалиомы, гломерулярные сосуды – болезнь Бовена, лакуны – гемангиомы, сосуды в виде запятой – дермальные невусы, сосуды по типу шпилек – кератинизирующие новообразования [2, 3].

В статье представлена статистика базальноклеточного и плоскоклеточного рака, на дерматоскопической картине которых мы детально и остановимся.

Поверхностная форма базальноклеточного рака клинически представляет собой эритематозное пятно. Подобная клиническая картина наблюдается при ряде воспалительных и инфекционных дерматозов, а также различных новообразований кожи.

Узловая форма при визуальном осмотре напоминает «жемчужную» папулу или бляшку с видимыми телеангиэктазиями. Клиническая картина пигментной формы представлена пурпурным узелком с фокусами гиперпигментации, напоминающим гемангиому, или коричневой бляшкой с разнообразием пигментных структур, мелкие элементы могут имитировать себорейный кератоз и меланоцитарные новообразования.

Склеродермоподобная форма базальноклеточного рака часто лишена особых клинических и дерматоскопических признаков, могут отсутствовать пигментные структуры, границы образования нечеткие, единственный дерматоскопический признак – древовидное ветвление макро- и микрососудов [3, 4].

Типичными дерматоскопическими признаками базальноклеточного рака являются пигментные структуры, обусловленные включением меланина (серо-голубые точки и глобулы, серо-голубые овоидные структуры, пигментация по типу колеса со спицами, скопление пигмента в виде кленового листа), и сосудистые феномены – древовидное ветвление макро- и микрососудов и изъязвление [2].

Высокодифференцированный плоскоклеточный рак отличается большим количеством кератинизированных структур – центральных кератиновых пробок при дерматоскопии, чем менее дифференцированных форм, где ярче выражен сосудистый компонент – центрального древовидного ветвления сосудов и сосудов по типу шпилек для волос, а также изъязвления [2].

### ***Цель***

Изучить информативность применения дерматоскопии в диагностике злокачественных новообразований кожи.

### ***Материал и методы исследования***

Научно-исследовательская работа выполнена на базе У «Гомельский областной клинический кожно-венерологический диспансер». Для решения поставленной цели исследования, проведено ретроспективное изучение амбулаторных карт 496 пациентов в возрасте от 33 до 94 лет за 2023 г., которым была проведена дерматоскопия с дальнейшим цитологическим исследованием.

Для реализации цели настоящей работы были отобраны те клинические случаи злокачественных новообразований кожи, в которых диагноз был подтвержден цитологически.

Для визуализации дерматоскопической картины новообразований кожи использовали дерматоскопы DermLite DL4 и handyscope. Для цитологического подтверждения диагноза выполняли скарификацию новообразований.

Все пациенты были разделены по полу, возрасту и нозологии.

Статистический анализ проводился при помощи пакета прикладного программного обеспечения StatSoft STATISTICA 10 (США). Для сравнения показателей использовались критерий  $\chi^2$  с поправкой Йейтса, уровень значимости  $p$ . Статистически значимыми считались результаты при значении  $p < 0,05$ .

### *Результаты исследования и их обсуждение*

Среди 496 пациентов с дерматоскопической картиной злокачественного заболевания кожи, которым было проведено цитологическое исследование, базальноклеточный рак кожи (БКР) выявили у 258 пациентов. Возраст самого молодого пациента составил 33 года, самого старшего – 94 года. Большой процент случаев БКР пришелся на возрастную группу 71–80 лет – 35,3% ( $n=91$ ). Среди пациентов с БКР преобладали женщины – 172 пациента (66,7%), средний возраст которых составил 72,6 года. Среди мужчин БКР был выявлен в 33,3% случаев ( $n=86$ ), их средний возраст – 71,6 лет (таблица 1;  $p < 0,001$ ).

Таблица 1 – Распределение пациентов с базальноклеточным раком кожи по полу и возрасту,  $n$  (%)

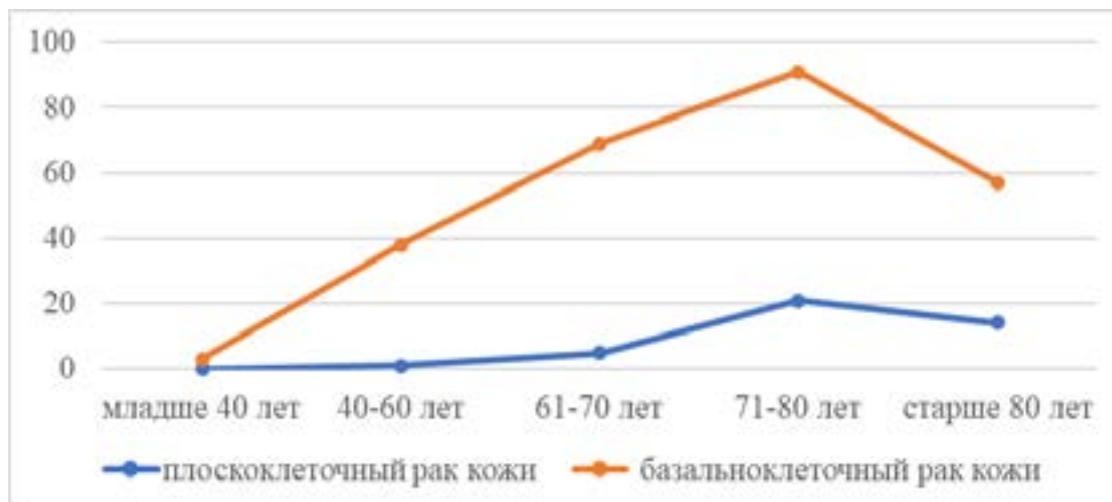
Возраст пациентов, лет	Мужчины	Женщины	Количество пациентов	
			$n$	%
Младше 40	1	2	3	1,2
40–60	12	26	38	14,7
61–70	28	41	69	26,7
71–80	27	64	91	35,3
Старше 80	18	39	57	22,1
Всего	86	172	258	100

Среди пациентов с подозрением на злокачественное заболевание кожи плоскоклеточный рак кожи (ПКР) был выявлен у 41 пациента. В 51,2% случаев ( $n=21$ ) данное заболевание встречалось в возрастной группе от 71 до 80 лет. Среди пациентов преобладали женщины – 25 пациентов (60,9%). На долю мужчин пришлось 39,1% случаев ( $n=16$ ), таблица 2 ( $p=0,078$ ).

Таблица 2 – Распределение пациентов с плоскоклеточным раком кожи по полу и возрасту,  $n$  (%)

Возраст пациентов, лет	Мужчины	Женщины	Количество пациентов	
			$n$	%
Младше 40	–	–	–	–
40–60 лет	–	1	1	2,4
61–70 лет	3	2	5	12,2
71–80 лет	11	10	21	51,2
Старше 80 лет	2	12	14	34,2
Всего	16	25	41	100

Распределение пациентов по возрасту, приведенное на рисунке 1, позволяет судить о частоте встречаемости базальноклеточного и плоскоклеточного рака кожи среди разных возрастных групп.



**Рисунок 1 – Распределение пациентов по нозологии и возрасту, n (человек)**

### ***Выводы***

Применение дерматоскопического метода исследования в диагностике злокачественных заболеваний кожи позволяет улучшить точность постановки диагноза. Так, в 60,3% случаев (n=299) были выявлены базальноклеточный и плоскоклеточный рак кожи, что подтверждено цитологическим исследованием ( $p < 0,001$ ).

### **СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Козловская, В. В. Новообразования кожи: патогенез, клиника, диагностика, лечение : учеб.-метод. пособие для студентов лечеб., мед.-диагн. фак-тов, клин. ординаторов и врачей-стажеров / В. В. Козловская, Л. А. Порошина, Е. А. Хайкова. – Гомель : ГомГМУ, 2011. – 44 с.
2. Хисматуллина, З. Р. Современные аспекты и перспективы применения дерматоскопии в дерматоонкологии / З. Р. Хисматуллина, В. В. Чеботарев, Е. А. Бабенко // Креативная хирургия и онкология. – 2020. – № 3. – С. 241–248.
3. Древаль, Д. А. Дерматоскопия в диагностике беспигментных базилиома кожи / Д. А. Древаль, В. И. Новик // Клиническая дерматология и венерология. – 2011. – № 3. – С. 66–71.
4. Возрастные особенности клинического течения базальноклеточного рака кожи лица / С. И. Балашонов [и др.] // Человек и его здоровье. – 2014. – № 4. – С. 35–39.