

ДЕРМАТОСКОПИЯ В ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ

Введение

Дерматоскопия – это неинвазивный метод, который повышает диагностические возможности дерматолога при множестве кожных заболеваний. Хорошо известно ее применение для оценки пигментных поражений кожи и быстрого распознавания рака кожи. Однако в настоящее время его использование распространилось на оценку инфекционных заболеваний (энтомодермоскопия), воспалительных состояний (инфламмоскопия), заболеваний ногтей, волос (трихоскопия) и его применение в качестве диагностического инструмента для дерматопатолога (дерматоскопия *ex-vivo*) [1].

Для проведения дерматоскопии требуется высококачественная увеличительная линза и мощная система освещения (дерматоскоп).

Компьютерное программное обеспечение может использоваться для архивирования изображений дерматоскопии и позволяет проводить экспертную диагностику и составлять отчеты (картирование родинок). Интеллектуальные программы могут помочь в диагностике, сравнивая новое изображение с сохранёнными случаями с типичными признаками доброкачественных и злокачественных пигментных поражений кожи.

Дерматоскопы широко используемые дерматологами, пластическими хирургами и врачами общей практики, дерматоскопы позволяют пользователю выполнять микроскопию поверхности кожи. Это позволяет практикующему врачу исследовать структуры и узоры кожи [2].

Существует несколько различных дерматоскопов, которые представляют собой либо обычные автономные устройства, либо подключаемые к смартфону. При выборе дерматоскопа следует учитывать несколько важных моментов:

- Совместимость – смартфоны и камеры.
- Поляризация – поляризованная, линейная-поляризованная, неполяризованная или переменная.
- Контактный или бесконтактный просмотр – или и то, и другое.
- Увеличение – например, 10×, 16× или 40×.
- Аккумулятор – одноразовый, перезаряжаемый, время зарядки, время непрерывной работы.
- Стоимость.

Цель

Изучить количество пациентов, которым проводилась дерматоскопия, и выявить взаимосвязь в появлении и развитии заболевания между: полом, возрастом и локализацией процесса.

Материал и методы исследования

В данной работе в период с 10.11.22 по 14.12.23 гг. проведено 549 цитологических исследований после дерматоскопии. В результате которых были получены статистические данные, представленные в таблицах 1, 2, 3.

Статистическая обработка информации проводилась с использованием программы Microsoft Excel.

Результаты исследования и их обсуждение

Всего проанализировано 549 пациентов, имеющих заболевание кожи, в Гомельском областном кожно-венерологическом диспансере. Но только 259 пациентам было проведено цитологическое исследование, чтоб исключить злокачественное новообразование.

Из них 90 (34,7%) пациенты мужского пола, 169 (65,3%) пациенты женского пола. При анализе возрастного состава пациентов были установлены следующие группы: молодежь (от 18 до 44) – 6 человек (2,3%), среднего возраста (от 45 до 59) – 27 человек (10,4%), пожилые (от 60 до 74) – 115 человек (44,4%), старые (от 75 до 90) – 108 человек (41,7%), долгожители (старше 90) – 3 человек (1,2%).

Таблица 1 – Распределение пациентов по возрасту

Возраст (лет)	Количество пациентов	
	n	%
Молодежь (от 18 до 44)	6	2,3
Среднего возраста (от 45 до 59)	27	10,4
Пожилые (от 60 до 74)	115	44,4
Старые (от 75 до 90)	108	41,7
Долгожители (старше 90)	3	1,2
Всего	259	100,0

Нозологическая структура по основному заключительному диагнозу:

– Базалиома – 207 (79,9%) пациентов, из них 71 (34,3%) – мужчины, а 136 (65,7%) – женщины.

– Плоскоклеточный рак кожи – 32 (12,4%) пациента, из них 12 (37,5%) мужчин, 20 (62,5%) женщин.

– Актинический кератоз – 20 (7,7%) пациентов: 7 (35%) мужчин, 13 (65%) женщин.

Таблица 2 – Распределение пациентов по диагнозу и полу

Диагноз	Пол				Количество пациентов	
	Мужчины		Женщины		n	%
	n	%	n	%		
Базалиома	71	34,3	136	65,7	207	79,9
Плоскоклеточный рак кожи	12	37,5	20	62,5	32	12,4
Актинический кератоз	7	35	13	65	20	7,7
Всего	–	–	–	–	259	100

По числу заболеваемости чаще всего страдают пожилые люди (60–74 года) – 115 (44,4%) человек. Из них 40 (44,4%) мужчин и 75 (44,4%) женщин. Частота встречаемости базалиомы на различных локализациях имеют следующие результаты:

– Голова, шея – 115 (55,5%) человек.

– Нос – 35 (16,9%) человек.

– Щеки – 22 (10,6%) человека.

– Туловище – 15 (7,2%) человек.

– Висок – 9 (4,4%) человек (рисунок 1).



Рисунок 1 – Локализация базалиомы

По результатам исследования была выявлена взаимосвязь, указывающая следующее: по локализации заболевания чаще всего страдают базалиомой головы и шеи 115 (55,5%) человек.

В ходе проведенного клинического исследования было установлено, что распространенная локализация плоскоклеточного рака кожи: на шее – 23 (71,88%) человека, в подмышечной впадине – 5 (15,62%) человек, в паховой области – 4 (12,5%) человека (рисунок 2).



Рисунок 2 – Варианты плоскоклеточного рака

Проводя анализ частоты встречаемости актинического кератоза, установлено, что чаще локализуется на шее – 6 (30,0%), тыле кистей – 4 (20,0%), лбу и нижней губе по 3 (15,0%). На предплечье и коже теменной области вообще не встречалось, таблица 3.

Таблица 3 – Локализация актинический кератоз

Лицо	Шея	Голова	Спина	Грудь	Живот	Предплечье	Голень	Всего
3	6	2	4	3	2	–	–	20
15%	30%	10%	20%	15%	10%	–	–	100%

Вывод

Была выявлена закономерность по отношению к заболеваниям одним из трех видов дерматологических злокачественных опухолей у мужского и женского пола. Результаты показали, что женщины больше подвержены данным заболеваниям, чем мужчины. Большое количество заболевших приходится на группу лиц в возрасте от 60 до 74 (пожилые).

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Дерматоскопия в рутинной практике врача-дерматовенеролога / М. Г. Еремина [и др.] // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2020. – № 3. – С. 845–847.
2. Дерматоскопия в ранней диагностике новообразований кожи / В. Е. Васильева [и др.] // Кардиоваскулярная терапия. – 2022. – № 21 – С. 95–95.