

- and its complex method of treatment (Kliniko-morfologicheskie i immunogistohimicheskie osobennosti razlichnyh form bazalno-kletochnogo raka kozhi i kompleksnyy metod ego lecheniya). Dis. Moscow; 2007. (in Russian)
7. Chelyukanova M.V., Molochkov V.A., Snarskaya E.S. Surface form of basal cell skin cancer: clinical and morphological features (Poverhnostnaya forma bazalno-kletochnogo raka kozhi: kliniko-morfologicheskie osobennosti). Russian Journal of Skin and Sexually Transmitted Diseases. 2007; 5: 48—53. (in Russian)
 8. Kunte K., Konc V. Current recommendations for treatment of basal cell and squamous cell carcinomas (Sovremennyye rekomendatsii po terapii bazalno-kletochnoy i plaskokletochnoy karcinom). Dermatolog. 2012; 03: 179—86. (in Russian)
 9. Bath-Hextall F.J., Perkins W., Bong J., Williams H.C. Interventions for basal cell carcinoma of the skin. Cochrane Database Syst. Rev. 2007; (1): CD003412.
 10. Ross A.S., Schmultz C.D. Sentinel lymph node biopsy in cutaneous squamous cell carcinoma: a systematic review of the English literature. Dermatol. Surg. 2006; 32(11): 1309—21.
 11. Suchkov S.V., S. Molochkov V.A., Snarskaya E.S. Modern programs of treatment and rehabilitation measures the treatment basaliomas: pathogenetic substantiation and clinical efficacy study (Sovremennyye programmy lechebno-reabilitatsionnyh meropriyatii pri bazaliomah: patogeneticheskoe obosnovanie t klinicheskaya effektivnost). Russian Journal of Skin and Sexually Transmitted Diseases. 2007; 5: 24—8. (in Russian)
 12. Lebowhl M., Heyman W.R., Berth-Jones J., Coulson J., eds. Treatment of skin disease. Comprehensive therapeutic strategies. Mosby; 2002: 199—211.
 13. Scales S.J., de Sauvage F.J. Mechanisms of Hedgehog pathway activation in cancer and implications for therapy. Trends Pharmacol. Sci. 2009; 30(6): 303—12. doi: 10.1016/j.tips.2009.03.007.

© А.Н. ХЛЕБНИКОВА, Н.В. НОВОСЕЛОВА, 2014
УДК 616.5-006.63-036.1

Особенности дерматоскопической картины клинических форм базально-клеточного рака кожи

А.Н. Хлебникова, Н.В. Новоселова

Кафедра кожных и венерических болезней (зав. — проф. В.А. Молочков) ФППО В ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, Москва

Базалиома — наиболее часто встречающаяся злокачественная опухоль кожи. В работе представлен анализ дерматоскопической картины поверхностной, нодулярной форм базально-клеточного рака (БКР) кожи. Среди 142 опухолей выявлено 65 (45,8%) нодулярных, 73 (51,4%) поверхностные, 2 (1,4%) склеродермоподобные, 2 (1,4%) пигментные. Установлено, что наиболее часто встречающимся дерматоскопическим признаком БКР являются сосудистые структуры, которые наблюдались в 100% случаев. Сравнительная оценка встречаемости дерматоскопических признаков при различных формах базалиомы показала, что при поверхностной форме базалиомы чаще встречаются гомогенные зоны белого и красного цвета (49,3%; $p < 0,04$) и сосуды в виде иголок (52,1%; $p < 0,009$); при нодулярной форме — древоподобные сосуды (53,8%; $p < 0,000005$) и большие сине-серые оvoidные гнезда (15,4%; $p < 0,04$).

Ключевые слова: дерматоскопия; базально-клеточный рак; поверхностная форма; нодулярная форма.

THE DERMATOSCOPIC PICTURE OF VARIOUS FORMS OF BASAL-CELL CUTANEOUS CANCER

A.N. Khlebnikova, N.V. Novoselova

Department of Skin and Sexually-Transmitted Diseases, I.M. Setchenov First Moscow State Medical University, Moscow, Russia

Basal-cell tumor is the most incident malignant tumor of the skin. This paper presents the dermatoscopic picture of superficial nodular form of basal-cell cutaneous carcinoma (BCC). A total of 142 tumors were analyzed, of these 65 (45,8%) were nodular, 73 (51,4%) superficial, 2 (1,4%) scleroderma-like, and 2 (1,4%) pigmented tumors. Vascular structures were found to be the most incident dermatoscopic sign of BCC: they were found in 100% cases. Comparative evaluation of the incidence of dermatoscopic signs in various forms of BCC showed that the most incident signs in superficial BCC were homogenous white and red zones (49,3%; $p < 0,04$) and hairpin-shaped vessels (52,1%; $p < 0,009$), while the nodular form was characterized by dendritic vessels (53,8%; $p < 0,000005$) and large blue-gray ovoid nests (15,4%; $p < 0,04$).

Key words: dermatoscopy; basal-cell carcinoma; superficial form; nodular form.

Базалиома (син.: базально-клеточный рак, БКР) является наиболее часто встречающейся злокачественной эпителиальной опухолью кожи. Она развивается из недифференцированных клеток базального слоя, крайне редко метастазирует, отличается медленным деструктивным ростом [1]. Эпидемиологические данные в настоящее время свидетельствуют о росте заболеваемости во всем мире [2]. Все чаще регистрируются случаи БКР у более

молодых и людей среднего возраста [3]. Клинически опухоль обычно представлена медленно растущей бляшкой или узлом цвета неповрежденной кожи, с телеангиэктазиями на поверхности и четкими границами. Две трети всех опухолей располагаются в области головы и шеи, т. е. на зонах, подверженных воздействию солнечных лучей [4]. При длительном действии УФ-лучей В (спектр от 290 до 320 нм) на кожный покров происходит повреждение ДНК

Сведения об авторах

Хлебникова Альбина Николаевна — доктор мед. наук, профессор; Новоселова Наталья Викторовна — аспирант (nvnata@gmail.com).

и его репарационной системы. В свою очередь это приводит к изменению в иммунной системе, что впоследствии вызывает развитие новообразований. Люди со светлым типом кожи больше подвержены этому процессу, чем темнокожие [5]. Кроме избыточной инсоляции, причиной развития БКР может быть радиационное излучение, воздействие химических факторов, таких как пестициды, смолы, полициклические ароматические углеводороды. В редких случаях заболевание передается по наследству аутосомно-доминантно при наличии мутации гена, локализованного в хромосоме 9q22.3-q31 [1, 6].

При отсутствии лечения БКР может достигать больших размеров и изъязвляться, а в редких случаях разрушать подлежащие ткани [1, 2]. Поэтому одной из основных задач современной медицины до сих пор остается выявление опухоли на ранних стадиях, которое позволяет радикально излечивать болезнь. В терапии БКР на сегодняшний день используют разнообразные методы (лучевая терапия, криотерапия, фотодинамическая терапия, иммунотерапия) [4]. Для опухолей до 2 см данные методики весьма эффективны. Однако риск рецидивирования резко возрастает, если образование увеличивается в размере. В настоящее время около 16% больных БКР поступают на лечение с опухолью более 2 см в диаметре. Несвоевременная диагностика опухоли является одной из причин усугубления процесса, а также сказывается низкая настороженность больного в связи с отсутствием субъективных ощущений.

Дерматоскопия является наиболее доступным и информативным методом в повседневной клинической практике, позволяющим осмотреть новообразования кожи с 10-кратным увеличением [7]. Было доказано, что по наблюдаемым признакам данный метод позволяет проводить дифференциальную диагностику злокачественных и доброкачественных, а также меланоцитарных и немеланоцитарных новообразований кожи, диагностировать опухоль на самом раннем этапе ее развития [8, 9]. Существуют дерматоскопические признаки, свойственные БКР кожи: отсутствие пигментной сетки и наличие по крайней мере одной из следующих особенностей: изъязвления (не связанное с травматизацией); множественных сине-серых глобул; структуры в форме кленового

листа; крупных сине-серых оvoidных гнезд; структуры в форме велосипедного колеса [10, 11]. Часто при этой опухоли выявляются древовидные сосуды, а также полиморфные сосуды (в виде точки, клубочков, шпильки, запятой, линейной и извитой формы) (рис. 1) [12—14].

Целью исследования явилось определение преобладающих дерматоскопических признаков при различных клинических формах БКР кожи.

Материалы и методы

Под нашим наблюдением находились 96 больных БКР в возрасте от 39 до 90 лет (средний возраст $65,4 \pm 3,28$ года) с давностью заболевания от 5 мес до 12 лет (средняя $3,3 \pm 1,72$ года). У 76 больных наблюдали солитарную опухоль, у 20 — множественную базалиому. Всего было выявлено 142 очага БКР, из них 65 опухолей имели нодулярную клиническую форму (рис. 2), 73 — поверхностную (рис. 3, 4), 2 — склеродермоподобную, 2 — пигментную разновидность поверхностной формы. Во всех случаях диагноз БКР был подтвержден цитологически или морфологически. Дерматоскопические изображения получены с помощью дерматоскопа Heine Delta 20 и цифровой камеры Canon.

Статистическую обработку данных выполняли на персональном компьютере с помощью программ Statistica, Microsoft Excel.

Результаты и обсуждение

Среди 142 опухолей выявлено 65 (45,8%) нодулярных, 73 (51,4%) поверхностных, 2 (1,4%) склеродермоподобных, 2 (1,4%) пигментных. Анализ дерматоскопической картины показал, что наиболее часто встречающимся дерматоскопическим признаком при БКР являются сосудистые структуры, которые наблюдались в 100% случаев. Кроме того, наблюдали яркие гомогенные зоны белого, красного цвета в 40,1% случаев, изъязвления в 35,2%, сине-серые оvoidные гнезда в 9,2%, структуры в виде кленового листа в 9,9%, множественные сине-серые точки в 4,2% случаев (табл. 1). При детальном изучении сосудистых структур установлено, что они представлены различными типами сосудов: сосуды в виде

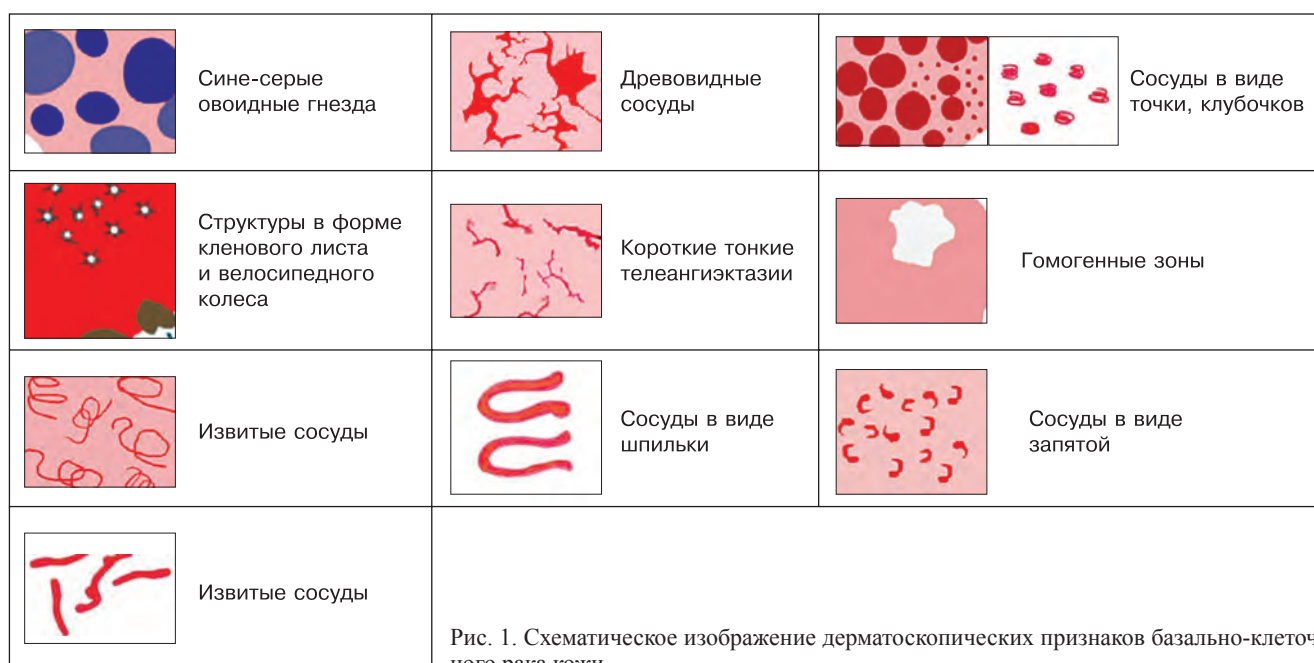




Рис. 2. Нодулярная форма базально-клеточного рака кожи.



Рис. 3. Поверхностная форма базально-клеточного рака кожи.



Рис. 4. Поверхностная форма базально-клеточного рака кожи.

шпильки (41,5%), извитые сосуды (39,4%), древовидные сосуды (31,7%), короткие тонкие телеангиэктазии (26,8%), сосуды в виде запятой (26,8%), точки (18,3%), линейные нерегулярные сосуды (16,9%), сосуды в виде клубочков (11,3%) (табл. 2).

При нодулярной форме БКР кожи в 100% случаев обнаруживались сосудистые структуры, изъязвления — в 43,1%, яркие гомогенные зоны белого, красного цвета были отмечены в 30,8% случаев, сине-серые овоидные гнезда — в 15,4%, структуры в виде кленового листа — в 13,8%, множественные сине-серые точки — в 7,7% случаев (табл. 3; рис. 5). Среди сосудистых структур встречались древовидные сосуды (53,8%), извитые сосуды (38,5%), сосуды в виде шпильки (29,2%), сосуды в виде запятой (23,1%), короткие тонкие телеангиэктазии (20%), сосуды в виде точки (16,9%), клубочков (13,9%), линейные нерегулярные сосуды (12,3%) (табл. 4).

При поверхностной форме БКР кожи среди дерматоскопических признаков в 100% случаев встречались сосудистые структуры, яркие гомогенные зоны белого, красного цвета отмечены у 49,3% больных, изъязвления — у 30,1%, структуры в виде кленового листа — у 6,8%, сине-серые овоидные гнезда — у 4,1%; множественные сине-серые точки — у 1,4% (табл. 5; рис. 6). Среди сосудистых структур выявлены сосуды в виде шпильки (52,1%), извитые сосуды (41,1%), короткие тонкие телеангиэктазии (34,2%), сосуды в виде запятой (31,5%), точки (19,2%), линейные нерегулярные сосуды (19,2%), древовидные сосуды (10,9%), сосуды в виде клубочков (9,6%) (табл. 6; рис. 7).

Сравнительная оценка встречаемости дерматоскопических признаков при поверхностной и нодулярной формах БКР показала, что гомогенные зоны белого и красного цвета (49,3%; $p < 0,04$) с относительным риском 1,42 (доверительный интервал — ДИ 1,04—1,95), а

также сосуды в виде шпилек (52,1%; $p < 0,009$) с относительным риском 1,5 (ДИ 1,09—2,05) чаще встречались при поверхностной форме. При нодулярной форме чаще встречались древовидные сосуды (53,8%; $p < 0,000005$), относительный риск 2,39 (ДИ 1,71—3,36) и большие сине-серые овоидные гнезда (15,4%; $p < 0,04$) с относительным риском 1,54 (ДИ 1,03—2,3) (табл. 7).

Дерматоскопия при склеродермоподобной форме выявила древовидные сосуды, гомогенные зоны, извитые сосуды, а также сосуды в виде шпилек и точек. При пигментной форме выявлены структуры в виде велосипедного колеса, древовидные сосуды, а также линейные и сосуды в виде шпилек.

По данным литературы [2, 6, 13], наиболее частыми дерматоскопическими признаками БКР кожи являются древовидные сосуды, которые встречаются примерно в 52% случаев. По нашим данным, основным признаком базиоидомы были сосудистые структуры, которые определялись в 100% случаев, однако вид их был достаточно разнообразный. Древовидные сосуды встречались в 31,7% случаев, более часто (41,5%) наблюдали сосуды в виде шпильки и извитые сосуды (39,4%). Значительно реже отмечались короткие тонкие телеангиэктазии (26,8%), сосуды в виде запятой (26,8%), точки (18,3%), линейные нерегулярные сосуды (16,9%), сосуды в виде клубочков (11,3%). При анализе сосудистых структур отдельно в нодулярной и поверхностной клинической форме опухоли было установлено, что в обеих формах наблюдается весь спектр сосудистых структур. В то же время древовидные сосуды были выявлены преимущественно при нодулярной форме (53,8%), тогда как при поверхностной они определялись только в 10,9% случаев ($p < 0,000005$). Аналогичные результаты были получены Д.А. Древалю и В.И. Новик [11], которые наблюдали древовидные сосуды

Таблица 1
Частота встречаемости дерматоскопических признаков БКР

Дерматоскопический признак	Количество	
	абс.	%
Патология сосудов		100
Гомогенные зоны белого и красного цвета	57	40,1
Изъязвление	50	35,2
Структуры в виде кленового листа	14	9,9
Большие сине-серые овоидные гнезда	13	9,2
Множественные сине-серые точки	6	4,2
Структуры в виде велосипедного колеса	1	7

Таблица 2
Сосудистые структуры, встречающиеся при дерматоскопии БКР

Сосудистая структура	Количество	
	абс.	%
Сосуды в виде шпилек	59	41,5
Извитые сосуды	56	39,4
Древовидные сосуды	45	31,7
Сосуды в виде запятой	38	26,8
Короткие тонкие телеангиэктазии	38	26,8
Сосуды в виде точек	26	18,3
Линейные сосуды	24	16,9
Сосуды в виде клубочков	16	11,3

Таблица 3
Частота встречаемости дерматоскопических признаков нодулярной формы БКР

Дерматоскопический признак	Количество	
	абс.	%
Патология сосудов		100
Изъязвление	28	43,1
Гомогенные зоны белого и красного цвета	20	30,8
Большие сине-серые оvoidные гнезда	10	15,4
Структуры в виде кленового листа	9	13,8
Множественные сине-серые точки	5	7,7
Структуры в виде велосипедного колеса	0	

Таблица 4
Сосудистые структуры, встречающиеся при дерматоскопии нодулярной формы БКР

Сосудистая структура	Количество	
	абс.	%
Древовидные сосуды	35	53,8
Извитые сосуды	25	38,5
Сосуды в виде шпильки	19	29,2
Сосуды в виде запятой	15	23,1
Короткие тонкие телеангиэктазии	13	20
Сосуды в виде точек	11	16,9
Сосуды в виде клубочков	9	13,9
Линейные сосуды	8	12,3

в 71% случаев нодулярных базалиом и только в 19% поверхностных. При поверхностной форме в нашем исследовании доминировали сосуды в виде шпильки (52,1%), их частота при нодулярной форме составляла 29,2% ($p < 0,009$). Ранее их отмечали с одинаковой частотой при обеих формах [11]. В то же время исследователи [11] констатировали преобладание при поверхностной форме коротких тонких телеангиэктазий, полиморфных, неровных линейных и точечных сосудов.

В результате данного исследования выявлено большое разнообразие сосудистых структур. Как правило, в опухоли присутствовало сочетание нескольких сосудов. По данным D. Altamura [12], короткие тонкие телеангиэктазии, а также различные виды сосудов, выявленных

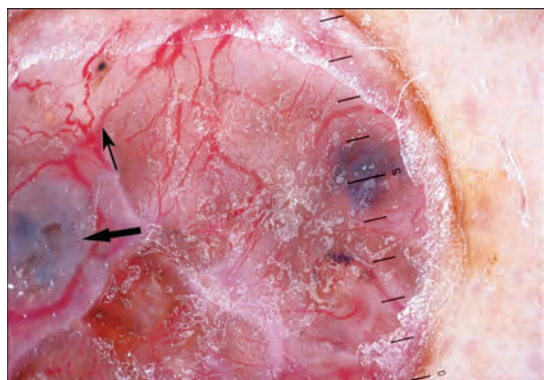


Рис. 5. Оvoidные гнезда (показано толстой стрелкой), древовидные сосуды (показано тонкой стрелкой) в дерматоскопическом изображении нодулярной формы базалиомы. Ув. 10.

Таблица 5
Частота встречаемости дерматоскопических признаков поверхностной формы БКР

Дерматоскопический признак	Количество	
	абс.	%
Патология сосудов		100
Гомогенные зоны белого и красного цвета	36	49,3
Изъязвление	22	30,1
Структуры в виде кленового листа	5	6,8
Большие сине-серые оvoidные гнезда	3	4,1
Множественные сине-серые точки	1	1,4
Структуры в виде велосипедного колеса	0	

Таблица 6
Сосудистые структуры, встречающиеся при дерматоскопии поверхностной формы БКР

Сосудистая структура	Количество	
	абс.	%
Сосуды в виде шпильки	38	52,1
Извитые сосуды	30	41,1
Короткие тонкие телеангиэктазии	25	34,2
Сосуды в виде запятой	23	31,5
Линейные сосуды	14	19,2
Сосуды в виде точек	14	19,2
Древовидные сосуды	8	10,9
Сосуды в виде клубочков	7	9,6

при дерматоскопии БКР кожи, можно отнести к предшественникам древовидных сосудов. В исследовании сосудистых структур новообразований кожи G. Argenziano и соавт. [15] выявили высокую прогностическую значимость наличия различных видов сосудов в опухоли. Наиболее часто среди сосудистых структур при меланоме кожи встречались линейные сосуды (67,7%). Полиморфные сосуды обнаружены в 52,6%, к ним авторы отнесли комбинацию сосудов из двух и более структур, наиболее часто — это точки и линейные сосуды. При описании БКР кожи древовидные сосуды выявлены в 94,1% случаев, полиморфные сосуды — в 10,5% [15].

Гомогенные зоны белого, красного цвета являются частым дерматоскопическим признаком базалиомы [2, 8, 9].

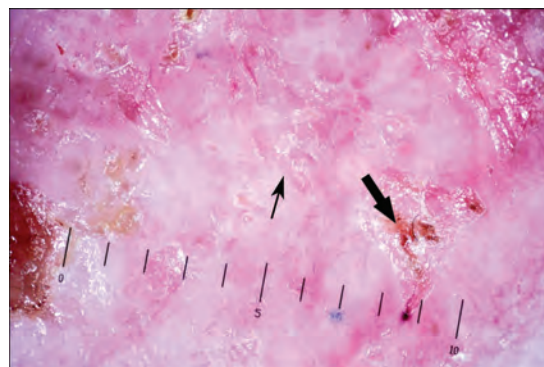


Рис. 6. Гомогенные зоны белого и красного цвета (показано тонкой стрелкой), изъязвления (показано толстой стрелкой) в дерматоскопическом изображении поверхностной формы базалиомы. Ув. 10.

Таблица 7

Сравнительная оценка встречаемости дерматоскопических признаков при поверхностном и нодулярном БКР

Дерматоскопический признак	Нодулярный БКР		Поверхностный БКР		p
	абс.	%	абс.	%	
Гомогенные зоны белого и красного цвета	20	30,8	36	49,3	< 0,04
Древовидные сосуды	35	53,8	8	10,9	< 0,000005
Сосуды в виде шпилек	19	29,2	38	52,1	< 0,009
Извитые сосуды	25	38,5	30	41,1	—
Изъязвление	28	43,1	22	30,1	—
Короткие тонкие телеангиэктазии	13	20	25	34,2	—
Сосуды в виде запятой	15	23,1	23	31,5	—
Сосуды в виде точек	11	16,9	14	19,2	—
Линейные сосуды	8	12,3	14	19,2	—
Большие сине-серые оvoidные гнезда	10	15,4	3	4,1	< 0,04
Структуры в виде кленового листа	9	13,8	5	6,8	—
Сосуды в виде клубочков	9	13,9	7	9,6	—
Множественные сине-серые точки	5	7,7	1	1,4	—
Структуры в виде велосипедного колеса	0		0		—

В ряде исследований их наблюдали в 100% случаев [16, 17], в других — в 66% беспигментных базалиом [11]. В нашем исследовании частота встречаемости гомогенных зон белого, красного цвета в базалиоме в целом составила 40,1%. Они преобладали при поверхностной форме (49,3% случаев), а при нодулярной обнаружены в 30,8% случаев ($p < 0,04$). Ранее отмечали, что данный признак с одинаковой частотой встречается при обеих клинических формах опухоли [11], другие же исследователи также чаще наблюдали его в поверхностной форме [13].

Специфичные для БКР кожи признаки — большие сине-серые оvoidные гнезда, множественные сине-серые точки, структуры в виде кленового листа и велосипедного колеса, по данным литературы [2, 9], являются признаками пигментной формы. В то же время Д.А. Древал и В.И. Новик [11] серо-голубые глобулы встречали в 1/3 случаев беспигментных базалиом, листовидные зоны — в 1/4, а крупные серо-голубые оvoidные гнезда и сосуды в виде велосипедного колеса — в 4%. Мы наблюдали большие сине-серые оvoidные гнезда, множественные сине-серые точки и структуры в виде кленового листа в беспигментной базалиоме (9,2; 4,2 и 9,9% соответственно). Структуры в виде велосипедного колеса отмечены нами только при пигментной форме. Необходимо отметить значительное преобладание больших сине-серых оvoidных гнезд при нодулярной форме (15,4%; $p < 0,04$) по сравнению с поверхностной (4,1%).

Таким образом, наиболее часто встречающимся дерматоскопическим признаком БКР являются сосудистые структуры, которые наблюдались в 100% случаев. Они представлены различными типами сосудов: сосуды в виде шпильки (41,5%), извитые сосуды (39,4%), древовидные сосуды (31,7%), короткие тонкие телеангиэктазии (26,8%), сосуды в виде запятой (26,8%), точки

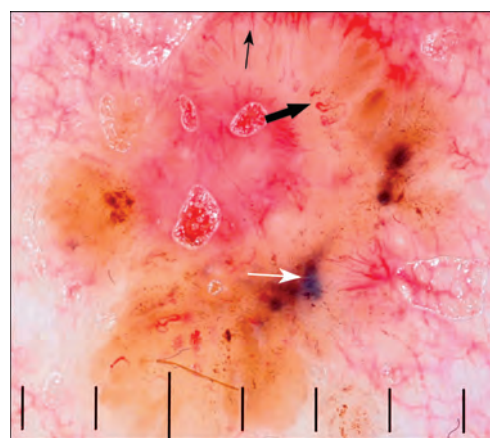


Рис. 7. Структуры в виде кленового листа (показано белой стрелкой), сосуды в виде шпилек (показано тонкой стрелкой), запятой (показано толстой стрелкой) в дерматоскопическом изображении поверхностной формы базалиомы. Ув. 10.

(18,3%), линейные нерегулярные сосуды (16,9%), сосуды в виде клубочков (11,3%). Другие дерматоскопические признаки встречались реже: яркие гомогенные зоны белого, красного цвета в 40,1% случаев, изъязвления в 35,2%, сине-серые оvoidные гнезда в 9,2%; структуры в виде кленового листа в 9,9%, структуры в виде велосипедного колеса в 7%, множественные сине-серые точки в 4,2% случаев.

Сравнительная оценка встречаемости дерматоскопических признаков при различных формах базалиомы показала, что при поверхностной форме базалиомы чаще встречаются гомогенные зоны белого и красного цвета (49,3%; $p < 0,04$) и сосуды в виде шпилек (52,1%; $p < 0,009$); при нодулярной форме — древовидные сосуды (53,8%; $p < 0,000005$) и большие сине-серые оvoidные гнезда (15,4%; $p < 0,04$).

ЛИТЕРАТУРА

1. Галил-Аглы Г.А., Молочков В.А., Сергеев Ю.В. Дерматоонкология. М.: Медицина для всех; 2005: 334—40.
2. Гладыко В.В., Соколова Т.В., Волгин В.Н., Колбина М.С. Дерматоскопия в диагностике базально-клеточного рака кожи. Клиническая дерматология и венерология. 2011; 3: 61—5.
3. Хлебникова А.Н. Случай базально-клеточного рака кожи у девочки 15 лет. В сборнике материалов научно-практической конференции: Актуальные проблемы дерматоонкологии. Москва; 2002: 138—9.
4. Снарская Е.С., Молочков В.А. Базалиома. М.: Медицина; 2003: 55—83.
5. Фицпатрик Т., Джонсон Р., Вульф К. Дерматология. Пер. с англ. М.: Практика; 1999: 159—67.
6. Crowson A. N. Basal cell carcinoma: biology, morphology and clinical implications. Modern Pathol. 2006; 19(3): 127—47.
7. Потеев Н.Н. Дерматоскопия в клинической практике. Руководство для врачей. М.: МДВ; 2010: 22—5.
8. Боулинг Д. Диагностическая дерматоскопия, иллюстрированное руководство. Пер. с англ. М.: Издательство Панфилова; 2013: 81—5.
9. Джор Р., Соьер Х.П., Арджеизиано Дж., Хофман-Велленхоф Р., Скальвенцин М. Дерматоскопия. Пер. с англ. М.: Практическая медицина; 2010: 125—35.
10. Micantonio T., Gulia A., Altobelli E., Di Cesare A., Fidanza R., Riitano A., et al. Vascular patterns in basal cell carcinoma. J. Eur. Acad. Dermatol. Venerol. 2011; 25(3): 358—61.
11. Древал Д.А., Новик В.И. Дерматоскопия в диагностике беспигментных базалиом кожи. Клиническая дерматология и венерология. 2011; 3: 66—71.

12. Altamura D., Menzies S.W., Argenziano G., Zalaudek I., Soyer H.P., Sera F., et al. Dermatoscopy of basal cell carcinoma: morphologic variability of global and local features and accuracy of diagnosis. *J. Am. Acad. Dermatol.* 2010; 62(1): 67—75. doi: 10.1016/j.jaad.2009.05.035.
13. Trigoni A., Lazaridou E., Apalla Z., Vakirlis E., Chrysomallis F., Varytmiadis D., Ioannides D. Dermoscopic features in the diagnosis of different types of basal cell carcinoma: a prospective analysis. *Hippokratia.* 2012; 16(1): 29—34.
14. Martínez J.M., Bella-Navarro R., Vascular Patterns in Dermoscopy E. *Jordá Actas Dermosifiliogr.* 2012; 103(5): 357—75.
15. Argenziano G., Zalaudek I., Corona R., Sera F., Cicale L., Petrillo G., Ruocco E. Vascular structures in skin tumors: a dermoscopy study. *Arch. Dermatol.* 2004; 140 (12): 1485—9.
16. Giacomel J., Zalaudek I. Dermoscopy of superficial basal cell carcinoma. *Dermatol. Surg.* 2005; 31(12): 1710—3.
17. Scalvenzi M., Lembo S., Francia M.G., Batalo A. Dermoscopic patterns of superficial basal cell carcinoma. *Int. J. Dermatol.* 2008; 47(3): 1015—8.
6. Crowson A. N. Basal cell carcinoma: biology, morphology and clinical implications. *Modern Pathol.* 2006; 19(3): 127—47.
7. Potekaev N. N. Dermatoscopy in clinical practice. Guideline for doctors (Dermatoskopiya v klinicheskoy praktike). Moscow: MDV; 2010: 22—25. (in Russian)
8. Bowling J. Diagnostic dermoscopy. The illustrated guide (Diagnosticheskaya dermatoskopiya) Moscow: Panfilova; 2013: 81—5. (in Russian)
9. Johr R., Soyer H.P., Argenziano G., Hofmann—Wellenhof P., Skalvenzin M. Dermoscopy (Dermatoskopiya). Moscow: Prakticheskaya medicina; 2010: 125—35. (in Russian)
10. Micantonio T., Gulia A., Altobelli E., Di Cesare A., Fidanza R., Riitano A., et al. Vascular patterns in basal cell carcinoma. *J. Eur. Acad. Dermatol. Venerol.* 2011; 25(3): 358—61.
11. Dreval D.A., Novik V.I. Dermoscopy in diagnostics of non-pigmented basal cell carcinoma (Dermatoskopija v diagnostike bespigmentnyh bazaliom kozhi). *Klinicheskaya Dermatologiya i Venerologiya.* 2011; 3: 66—71.

Поступила 25.10.13

REFERENCES

1. Galil-Agly G.A., Molochkov V.A., Sergeev Yu.V. Dermatooncology (Derma-toncologia). Moscow: Medicina dlia vseh; 2005: 334—40. (in Russian)
2. Gladko V.V., Sokolova T.V., Volgin V.N., Kolbina M.S. Dermoscopy in diagnostics of basal cell carcinoma (Dermoscopy in diagnostics of basal cell carcinoma). *Klinicheskaya dermatologiya i venerologiya.* 2011; 3: 61—5. (in Russian)
3. Khlebnikova A.N. Case of basal cell carcinoma in a young girl 15 years old. In: Abstracts conferences "Actual problems of dermatooncology" (Sluchaj bazalno-kletochnogo raka kozhi u devochki 15 let). Moscow; 2002: 138—9. (in Russian)
4. Snarskaya E.S., Molochkov V.A. Bazalioma. Moscow: Meditsina; 2003: 55—83. (in Russian)
5. Fizpatrick T., Johnson R., Wolf K. Dermatology (Dermatologia). Moscow: Praktika; 1999: 159—67. (in Russian)
12. Altamura D., Menzies S.W., Argenziano G., Zalaudek I., Soyer H.P., Sera F., et al. Dermatoscopy of basal cell carcinoma: morphologic variability of global and local features and accuracy of diagnosis. *J. Am. Acad. Dermatol.* 2010; 62(1): 67—75. doi: 10.1016/j.jaad.2009.05.035.
13. Trigoni A., Lazaridou E., Apalla Z., Vakirlis E., Chrysomallis F., Varytmiadis D., Ioannides D. Dermoscopic features in the diagnosis of different types of basal cell carcinoma: a prospective analysis. *Hippokratia.* 2012; 16(1): 29—34.
14. Martínez J.M., Bella-Navarro R., Vascular Patterns in Dermoscopy E. *Jordá Actas Dermosifiliogr.* 2012; 103(5): 357—75.
15. Argenziano G., Zalaudek I., Corona R., Sera F., Cicale L., Petrillo G., Ruocco E. Vascular structures in skin tumors: a dermoscopy study. *Arch. Dermatol.* 2004; 140 (12): 1485—9.
16. Giacomel J., Zalaudek I. Dermoscopy of superficial basal cell carcinoma. *Dermatol. Surg.* 2005; 31(12): 1710—3.
17. Scalvenzi M., Lembo S., Francia M.G., Batalo A. Dermoscopic patterns of superficial basal cell carcinoma. *Int. J. Dermatol.* 2008; 47(3): 1015—8.

КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ДЕРМАТОЗОВ

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2014

УДК 616.5-002-056.43-085

Современные подходы к терапии ограниченных форм atopического дерматита

Бакер Сами¹, Н.Г. Кочергин¹, С.Б. Ткаченко²

¹Кафедра кожных и венерических болезней (зав. — проф. О.Ю. Олисова) лечебного факультета; ²Лаборатория по изучению репаративных процессов в коже (зав. — проф. С.Б. Ткаченко) ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, Москва

Приведены данные литературы о применении эксимерного лазера в терапии ограниченных форм atopического дерматита. Представлены результаты собственных сравнительных исследований по изучению эффективности лечения больных atopическим дерматитом эксимерным лазером и наружными глюкокортикостероидными препаратами. Показано преимущество комбинированного применения эксимерного лазера.

Ключевые слова: atopический дерматит; лечение; эксимерный лазер.

MODERN APPROACHES TO THERAPY OF CIRCUMSCRIBED FORMS OF ATOPIC DERMATITIS

Baker Sami¹, N.G. Kochergin¹, S.B. Tkachenko²

¹Department of Skin and Sexually-Transmitted Diseases, Therapeutic Faculty; ²Laboratory for Studies of Reparative Processes in the Skin, Institute of Molecular Medicine, I.M. Setchenov First Moscow State Medical University, Moscow, Russia

Сведения об авторах:

Бакер Сами — аспирант; Кочергин Николай Георгиевич — доктор мед. наук, профессор (nkocha @yandex.ru); Ткаченко Сергей Борисович — член-корреспондент РАМН, доктор мед. наук, профессор.