

---

## КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОВЕРХНОСТНОЙ ФОРМЫ БАЗАЛИОМЫ У БОЛЬНЫХ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

*М.В. Челюканова, Е.С. Снарская*  
*ФППОВ ММА им. И.М. Сеченова, Москва*

Среди всех разновидностей базально-клеточного рака (БКР) кожи поверхностная форма является одной из часто встречающихся и составляет, по данным литературы, от 7-11 до 25% [9, 10].

Типичная клиническая картина поверхностной формы характеризуется пятном округлой или овальной формы с четкими границами, как правило, правильными очертаниями желтовато-розового или красновато-бурого цвета. Диаметр образования чаще составляет 2-4 см, однако иногда размеры могут достигать 30 см и более [2]. На поверхности опухолевого очага отмечаются чешуйки, небольшие корочки, чередующиеся с участками атрофии и гипопигментации, очаги при этом могут напоминать поражения при псориазе, экземе или микозе.

Характерной особенностью классической поверхностной формы БКР является четкий нитевидный, иногда прерывающийся, край, выступающий над уровнем нормальной кожи и состоящий из множества мелких блестящих, полупрозрачных, похожих на жемчужины, узелков [1]. В клинической классификации поверхностной формы различают пигментную, язвенную, саморубцующуюся (педжетоидная эпителиома Литтля) формы [3].

По данным многих авторов, поверхностная форма является наиболее благоприятной и наименее агрессивной среди известных клинических вариантов БКР и отличается длительным доброкачественным течением, медленным многолетним ростом [2].

Согласно данным, полученным большинством исследователей, поверхностная форма БКР чаще развивается у лиц более молодого возраста (средний возраст больных 56,8 года, тогда как при нодулярной форме, например, – 63,9 года) [5], отмечается преобладающее поражение женщин [8]. Однако *S. Puavilai* и соавт. [6] в своих исследованиях не выявили корреляции по возрасту, а *R. Vetti* и соавт. при анализе 693 случаев различных форм БКР, в том числе поверхностной формы, не выявили различий по частоте встречаемости поверхностной формы в зависимости от пола [4].

Преимущественной локализацией очагов поверхностного БКР, по данным литературы, являются закрытые участки тела [4, 7], однако опухоли могут локализоваться на любом участке кожного покрова. При анализе 3885 гистологически подтвержденных случаев БКР выявлено, что очаги поверхностной формы БКР локализовались на коже туловища и конечностей в 73,3% случаев [5]. В исследовании *Y. Scrivener* и соавт. в общей структуре 13 457 случаев БКР поверхностная форма БКР составил 15,1%, при этом очаги на теле локализовались в 45,9% случаев. При выявлении излюбленной локализации в соответствии с полом показано, что

поверхностная форма на голове чаще локализуется у женщин, чем у мужчин (44,8 и 34,7% соответственно), тогда как на теле – преимущественно у мужчин (49,9 и 42% соответственно) [8]. Описаны также случаи развития поверхностной формы БКР в местах инъекций от проведенной ранее вакцинации, на пенисе, в пределах зон кобальтового облучения по поводу лечения других злокачественных новообразований.

Целью нашего исследования было изучение особенностей распределения больных поверхностной формой БКР по полу, возрасту, преимущественной локализации и размерам очагов поражения. Для этого мы проанализировали 1891 историю болезни пациентов с БКР Московской области, которые находились на лечении в отделении дерматовенерологии и дерматоонкологии МОНИКИ и кабинете дерматоонколога МОКВД с 1985 по 1994 г., и в общей структуре БКР выявили 422 (22,3%) случая поверхностной формы, 30 (7,1%) из которых составила педжетоидная эпителиома Литтля, 2 (0,5%) – пигментная разновидность и 4 (0,9%) – язвенная. Среди пациентов было 278 (65,9%) женщин и 144 (34,1%) мужчины в возрасте от 24 до 92 лет, из них: 20-29 лет – 4 больных, 30-39 – 19, 40-49 – 49, 50-59 – 106, 60-69 – 135, 70 лет и старше – 109. Большинство больных – старше 50 лет, среди них особо выделяется группа старше 60 лет – 244 (57,8%) случая. Наряду с этим, зарегистрированы 23 (5,45%) случая поверхностной формы БКР у лиц моложе 40 лет. Таким образом, несмотря на данные ряда исследований, указывающих на то, что эта форма чаще развивается в более молодом возрасте по сравнению с другими формами, нами не получено убедительных данных о преимущественной заболеваемости лиц более молодого возраста.

При анализе данных о преимущественной локализации очагов поверхностной формы БКР нами выявлено, что очаги поверхностного БКР (как единичные, так и множественные) чаще отмечались на коже головы и шеи (64,2%), чем на туловище (35,8%), причем в нашем исследовании преобладали женщины. Однако в общей структуре среди всех форм БКР поверхностная форма достоверно чаще ( $p < 0,001$ ), чем другие, локализовалась на туловище. Доля поверхностного БКР с множественностью очагов в общей структуре БКР составляет 3,2%.

Согласно полученным нами данным, очаги поверхностного БКР локализовались на теле и конечностях у женщин в 27,3% (76 случаев), у мужчин в 38,8% (56 случаев), а на коже головы и шеи в 72,7% (202 случая) и 61,2% (88 случаев) соответственно (см. таблицу).

В соответствии с размерами очагов, которые варьировали от 0,1 до 20 см в диаметре, больные распределились следующим образом: с размером очага 0,1-2 см – 339 (80,3%) человек, 2-5 см – 75 (17,8%), 5 см и более – 8 (1,9%), то есть большинство опухолей (80,3%) соответствовали характеристике T1N0M0. Не зарегистрировано ни одного случая метастазирования данной формы.

### Преимущественная локализация очагов поверхностного БКР

Локализация	Количество случаев			
	женщины (n=270)		мужчины (n=144)	
	абс.	%	абс.	%
Лицо:				
- щека	42	15,1	21	14,6
- нос	61	22	18	12,5
- носогубный треугольник	11	4	3	2,1
- висок	14	5	18	12,5
- периорбитальная область	10	3,6	3	2,1
- лоб	22	7,9	3	2,1
- угол глаза	–	–	2	1,4
- подбородок	4	1,4	3	2,1
- губа	1	0,4	1	0,7
- лицо (неуточненная локализация)	15	5,4	7	4,8
Голова	7	2,5	5	3,5
Ухо, околоушная область	8	2,9	1	0,7
Шея	7	2,5	3	2,1
Тело	65	23,4	48	33,3
Верхние конечности	4	1,4	7	4,8
Нижние конечности	7	2,5	1	0,7

Таким образом, полученные результаты в целом согласуются с данными других исследователей. При этом данные по возрасту (большинство случаев регистрируется в возрасте старше 60 лет) и преимущественному поражению женщин можно объяснить особенностями отношения к собственному здоровью, поздним обращением к специалистам, более внимательным к себе отношением женщин по сравнению с мужчинами.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Кожные и венерические болезни: Справочник для врачей / Под ред. О.Л. Иванова. – М., 1997.
2. Курдина М.И. // Рос. журн. кож. и вен. болезней. – 1999. – № 6. – С. 12-24.
3. Снарская Е.С., Молочков В.А. Базалиома. – М., 2003.
4. Betti R., Inselvini E., Carducci M. et al. // Int. J. Dermatol. – 1995. – V. 34, № 3. – P. 174-176.
5. McCormack C.J., Kelly J.W., Dorevitch A.P. // Arch. Dermatol. – 1997. – V. 133, № 5. – P. 593-596.
6. Puavilai S., Sirapan S. // J. Med. Assoc. Thai. – 2002. – V. 85, № 5. – P. 560-564.
7. Revenga A.F., Paricio Rubio J.F., Mar Vazquez Salvado M. et al. // J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol. – 2004. – V. 18, № 2. – P. 137-141.
8. Scrivener Y., Grosshans E., Cribier B. // Br. J. Dermatol. – 2002. – V. 147, № 1. – P. 41-47.
9. Tilli C.M.L.J., Van Steensel M.A.M., Krekels G.A.M. et al. // Br. J. Dermatol. – 2005. – V. 152. – P. 1108-1124.
10. Yazici A.C., Unal S. et al. // Scand. J. Plast. Surg. Hand Surg. – 2006. – V. 40, № 1. – P. 54-56.

## НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ СОВРЕМЕННОГО ПОДХОДА К ТЕРАПИИ АКНЕ

*М.В. Шишкова, Л.М. Шнахова*

*ММА им. И.М. Сеченова*

*ФППОВ, Москва*

Акне – одно из наиболее распространенных заболеваний кожи, встречающееся почти у 80% лиц в возрасте от 11 до 30 лет. Примерно в 2% случаев оно протекает в тяжелой форме – в виде конглобатных, флегмонозных угрей, разрешающихся с формированием на лице и туловище обезображивающих рубцов. Акне – это клинически и патологически гетерогенная группа поражений сальных желез, характеризующаяся образованием комедонов и воспалительных элементов. В соответствии с современными представлениями в основе развития акне лежит андрогенозависимый процесс гиперсекреции кожного сала, фолликулярный гиперкератоз и воспаление, являющееся следствием размножения в заблокированной сальной железе *Propionibacterium acnes*. Причем, персистенция *P. acnes* приводит к активации комплемента, привлечению в очаг лейкоцитов и подавлению местных факторов иммунной защиты, тяжелое течение акне сопровождается повышением уровня IgE. В то же время, в патогенезе акне у мужчин и женщин имеются различия. В частности, у женщин с наличием акне повышение активности сальных желез может ассоциироваться с повышением уровня андрогенов в плазме крови. Нарушение баланса андрогенов обнаруживается у 50 – 75% больных акне женщин и обычно объясняется низкой концентрацией глобулина, связываю-