

следуемой области. Для стандартизации данных предусмотрена фиксация величины площади изучаемого участка.

Наиболее важные преимущества ультразвукового исследования — это неинвазивность, безболезненность и возможность многократного применения при динамическом наблюдении пациента. Поэтому ультразвуковое исследование прекрасно подходит для мониторингирования течения хронических заболеваний и оценки эффективности хирургических и терапевтических методов лечения.

Высокая скорость инноваций в микроэлектронике ультразвуковых сканеров делает их в настоящее время все более доступными для медицины. Кроме того, сегодня в нашем распоряжении не только цветное высокочастотное двухмерное изображение, но также изобилие возможностей его анализа. Компьютерная поддержка измерений (сонометрия) структур зоны интереса (ROI) на экране стала более точной и необременительной для исследователя. Измерение амплитуд сигналов позволяет определить эхогенность заданной области (денситометрия). Интегрированные программные средства системы предлагают множество возможностей по записи, хранению и обработке цифровых изображений, дополнительным способам цветового контрастирования и экспорту изображений в другие программы.

Таким образом, цифровое ультразвуковое диагностическое сканирование кожи значительно расширяет возможности клинического обследования пациентов и, несомненно, является новым доступным инструментом для проведения научно-исследовательской работы.

## ОПЫТ РАБОТЫ КАБИНЕТА ДЕРМАТООНКОЛОГИИ

*Н.И. Белова, А.Г. Туманян*

*Московский областной кожно-венерологический диспансер.*

С 1986 г. на базе МОКВД организован поликлинический прием больных с новообразованиями кожи. Его ведет врач-дерматолог, прошедший специализацию по дерматоонкологии.

Консультации получают все больные, поступающие из Московской области с различными предраковыми и злокачественными опухолями кожи. Как правило, они сначала обращаются за помощью к различным специалистам области: хирургам, дерматологам, косметологам, онкологам, которые не всегда компетентны в вопросах дерматоонкологии. Со стороны онкологов часто наблюдаются случаи гипердиагностики злокачественных новообразований кожи и необоснованного назначения лучевой терапии (при сенильном кератозе, красной волчанке и др.). Со стороны хирургов и дерматологов, наоборот, онкологическая настороженность отсутствует, больные поступают на лечение с запущенными формами рака кожи, иногда с метастазами.

За последние 3 года принято 2189 первичных больных, направленных из различных районов Московской области, с новообразованиями кожи. В том числе: базалиомами — 618 больных (из них множе-

---

повторными – 69, рецидивными – 29), плоскоклеточным раком кожи – 36 больных (из них нижней губы – 7), метатипическим раком – 20 больных, кератоакантомой – 36, меланомой – 12, лимфомой кожи – 55, саркомой Капоши – 71, метастазами в кожу рака внутренних органов – 1 и метастазами метатипического рака в лимфатические узлы – 1 больной. Диагноз подтверждался цитологически или гистологически, а в ряде случаев с использованием иммуноморфологических или иммуногистохимических методов.

Среди злокачественных новообразований кожи преобладает базалиома (72,4%). Большинство больных базалиомами кожи с единичными очагами поражения имели неблагоприятную локализацию опухоли (нос, ушные раковины, нижнее веко, угол глаза) или направлены онкологами в связи с противопоказаниями для лучевой терапии (из-за ранее неоднократно проводившейся лучевой терапии), или в связи с невозможностью хирургического иссечения (неблагоприятная локализация).

Основным методом амбулаторного лечения больных базалиомами является криодеструкция (при опухолевых формах с предварительным кюретажем). За последние 3 года выполнено 365 криодеструкций. Наряду с криодеструкцией, применялись методы, разработанные в клинике дерматовенерологии и дерматоонкологии МОНИКИ и внедренные в практику здравоохранения: обкалывание очага препаратами интерферона, фотодинамическая терапия, комплексное лечение множественных базалиом парентеральным введением цитостатика с последующей криодеструкцией, или в комплексе с лучевой терапией.

Больные плоскоклеточным раком, в т.ч. раком нижней губы, после подтверждения диагноза направлялись на лечение в Московский областной диспансер. Туда же направлялись больные с подозрением на меланому. Среди направленных к онкологу был и больной с метастазом метатипического рака. Больные внутриэпидермальным раком, множественными базалиомами, с рецидивами базалиом после различных методов лечения госпитализировались в кожную клинику МОНИКИ. Больные с злокачественными лимфомами кожи проходят первичный осмотр также в кабинете дерматоонкологии, затем направляются на стационарное лечение. Всего за последние 3 года в отделение дерматовенерологии и дерматоонкологии МОНИКИ были госпитализированы больные с злокачественными лимфомами – 51 человек, с саркомой Капоши – 71. Число госпитализированных с опухолями кожи в 2003 г. составило 54, в 2004 г. – 48, в 2005 г. – 92.

После амбулаторного или стационарного лечения все больные находятся под диспансерным наблюдением, при необходимости им проводится контрольное цитологическое или гистологическое исследование.

При клиническом излечении больные внутриэпидермальным раком и базалиомой находятся на диспансерном учете в течение 3 лет и посещают врача в первый год – каждые 3 месяца, во второй – каждые полгода, затем раз в год.

---

Опыт работы показал, что множество больных с новообразованиями кожи, лечившихся в течение многих лет у разных специалистов, смогли у нас получить квалифицированную помощь, причем многие ее получили амбулаторно с непродолжительным пребыванием на больничном листе.

Работа врача-дерматоонколога помогает внедрить в практику здравоохранения методы безрентгеновского лечения новообразований кожи. В своей работе за последние 3 года мы руководствуемся методическими указаниями МЗ РФ № 2003/60 от 05.2003 г.

## **КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА БОЛЕЗНИ ПЕДЖЕТА**

*А.М. Вавилов, О.Р. Катунина*  
*ЦНИКВИ*

Опухоли и пороки развития кожи по разнообразию клинико-морфологических проявлений составляют один из самых обширных разделов общей онкологии. Вместе с тем, доброкачественный характер большинства нозологических форм придает этому разделу «промежуточный» статус: новообразования высокой степени злокачественности (меланома, плоскоклеточный рак) являются предметом большой онкологии, весь остальной массив чаще всего попадает в поле зрения дерматологов, от профессионализма которых зависит благоприятный исход. В таких случаях ранняя и точная диагностика приобретает первостепенное значение, поскольку она определяет выбор наиболее рационального лечения. В понятие точной диагностики входит установление характера, строения, гистологической принадлежности опухоли. Единственным достоверным методом верификации опухоли является биопсия, в ряде случаев цитологический мазок или пункция. В настоящее время недопустимо начинать лечение опухолевых процессов без предварительного морфологического исследования, особенно велико значение этого метода в выявлении предопухолевых состояний и ранних стадий заболевания.

Болезнь Педжета – довольно редкая злокачественная опухоль, но, тем не менее, дерматовенерологи могут столкнуться с этим заболеванием в повседневной практике. В гистологической классификации опухолей человека ВОЗ (1996) это заболевание выделено в отдельную группу. Болезнь Педжета подразделяется на маммарный и экстрамаммарный варианты, которые имеют сходные клинические и гистологические признаки, однако различаются по гистогенезу и характеру опухолевого роста.

Маммарная болезнь Педжета впервые описана Педжетом в 1874 г. Считалось, что это эпидермальный рак, который в дальнейшем инвазирует молочную железу. В настоящее время это заболевание рассматривается как эпидермотропная внутрипротоковая аденокарцинома молочной железы, захватывающая кожу соска и ареолы. Чаще заболе-