

Молекулы адгезии CD44 играют активную роль в хемотаксисе и передвижении в межклеточном матриксе Т-лимфоцитов. В 9 случаях экспрессия CD44H отмечена в клетках опухолевых комплексов, которые были окружены плотным лимфоцитарным инфильтратом, также экспрессирующим CD44H. Комплексы, окруженные дермой без инфильтрата, маркер не экспрессировали.

Таким образом, в 40,6% базалиом экспрессия адгезивных молекул CD44H не определялась. В остальных случаях маркер экспрессировали преимущественно клетки мелких инвазивных комплексов БКР, локализованных в зоне роста опухоли и эпителиально-мезенхимальных контактов. Преобладал мембранно-редуцированный тип экспрессии. Аномальный тип экспрессии – цитоплазматический диффузный и мелкогранулярный – встречался в клетках язвенного БКР.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гуревич Л.Е. Иммуногистохимическое исследование фенотипа и инвазивного потенциала опухолей поджелудочной железы / Дис. ... докт. мед. наук. – М., 2003.
2. Пальцев М.А., Иванов А.А. Межклеточные взаимодействия. – М., 1995.
3. Akihiro K., Hisashi U., Seigi M. et al. // Int. J. Clin. Oncol. – 1999. – V. 4. – P. 78-83.
4. Dingemans K.P., Ramkema M.D., Koopman G. et al. // Br. J. Dermatol. – 1999. – V. 140. – P. 17-25.
5. Dingemans K.P., Ramkema M.D., Pals S.T. // Lab. Investigation. – 2002. – № 82. – P. 313-322.
6. Guthert U. // Curr. Top. Microbiol. Immunol. – 1996. – № 213. – P. 271-285.
7. Gunthert U., Hofmann M., Rudy W. et al. // Cell. – 1991. – V. 65. – P. 13-24.
8. Karvinen S., Kosma V.M., Tammi M.I. et al. // Br. J. Dermatol. – 2003. – V. 148. – P. 86-94.
9. Prieto V.G., Reed J.A., McNutt N.S. et al. // Am. J. Dermatopathol. – 1995. – V. 17. – P. 447-451.
10. Seelentag W.K., Komminoth P., Saremasland P. et al. // Histochem. Cell. Biol. – 1996. – V. 106. – P. 543-550.

ОСОБЕННОСТИ ЛОКАЛИЗАЦИИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ БАЗАЛИОМЫ

А.Н. Хлебникова, Л.П. Королева, А.А. Прокофьев, Л.А. Петренко

ММА им. И.М. Сеченова, Москва

МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского

КВД, г. Мытищи, Московская область

Базалиома – наиболее часто встречающаяся злокачественная эпителиальная опухоль кожи. Ведущую роль в развитии базалиомы отводят ультрафиолетовому излучению (УФИ), которое является основным фактором инициации [7]. Обычно базалиома развивается на открытых, подверженных инсоляции местах, и чаще всего локализуется в области головы и шеи [1,8]. «Нетипичная» локализация (за-

крытые от УФИ участки кожного покрова) наблюдается при первично-множественных базалиомах [4].

Целью нашего исследования явилось изучение особенностей локализации различных клинических форм солитарной базалиомы.

При поверхностной форме опухоли 72,6% очагов локализовались в области головы и шеи, при этом 62,1 – в области лица, 10,5 – на волосистой части головы, периаурикулярной зоне и шее. В области лица опухоли чаще всего локализовались на коже носа, щек и виска (19,7; 15,7 и 9,7% соответственно). У женщин наиболее частой локализацией в области головы и шеи была кожа носа (24,1%), у мужчин – кожа виска (13,7%). На коже туловища и конечностей локализовались 27,4% поверхностных базалиом. Среди всех поверхностных базалиом опухоли, располагающиеся на закрытых участках кожи (туловище), составили 22,1%. Причем у мужчин подобная локализация отмечена значительно чаще, чем у женщин (29,5 и 17,8% соответственно).

Нодулярная форма базалиомы в 86% случаев локализовалась в области головы и шеи (73,6% – на коже лица, 12,4 – на волосистой части головы при этом, периаурикулярной зоне и шее). На лице наиболее часто поражалась кожа носа, щек, периорбитальная область и веки. У женщин наиболее частой локализацией была кожа носа, она отмечалась практически у трети больных (31,4%). У мужчин опухоли распределялись более равномерно, чаще всего на носу – 15,8 и на щеке – 14,6%. На туловище и конечностях располагалось только 14% базалиом нодулярной формы, при этом на закрытых участках кожи (туловище) только 9,4% от всех наблюдений.

При язвенной форме локализация процесса в области головы и шеи отмечена в большинстве случаев (см. табл.), при этом в области лица располагалось 79,9% очагов, в области волосистой части головы, периаурикулярной зоне и шее – 11,2%. Чаще всего опухоль локализовалась в области носа, щеки, периорбитальной области и на веках, а также в области виска. Самой частой локализацией как у женщин, так и у мужчин также были нос (32,5 и 24,6% соответственно) и щека (15,8 и 17,1% соответственно). Следует отметить, что локализация на коже лба в 1,7 раза чаще встречалась у женщин, тогда как локализация на коже ушной раковины и в периаурикулярной зоне в 2,3 раза чаще отмечена у мужчин. В области туловища, верхних и нижних конечностей располагалось только 8,9% язвенных базалиом.

Как известно, базалиома развивается на открытых, подверженных инсоляции местах. По данным большинства авторов, типичной локализацией базалиомы является область головы, в подавляющем большинстве наблюдений – это лицо [3,4,5,7]. По нашим данным, в области головы и шеи локализовалось 91,1% язвенной и 86% нодулярной формы, при этом в области лица 79,9 и 73,6% соответственно. В тоже время, при поверхностной форме в области головы и шеи располагались только 72,6, а в области лица – 62,1% опухолей. Следует отметить, что при язвенной и нодулярной формах чаще всего на лице

поражалась кожа носа, щек, век и периорбитальной области, при поверхностной – кожа носа, щек и височной области. Преобладание нодулярной формы опухоли в области головы отмечали и другие исследователи [8]. Для язвенной формы, по мнению большинства авторов, самой частой локализацией была кожа носа [5].

Сравнительная характеристика локализации поверхностной, нодулярной и язвенной формы базалиомы

Форма опухоли	Локализация* (в %)					
	голова, шея	нос	щеки	туловище	висок	периорбитальная область, веки
Поверхностная	72,6	19,7	15,7	22,1	9,7	–
Нодулярная	86	25,6	14,2	9,4	–	11,4
Язвенная	91,1	29,3	16,3	3,5	10,6	10,9

* Локализация на коже туловища:
поверхностный БКР и нодулярный БКР, $p=0,000$;
поверхностный БКР и язвенный БКР, $p=0,000$.

Нетипичной для базалиомы является локализация на закрытых от УФ-излучения участках кожи, в частности – на коже туловища. Подобная локализация отмечается, по данным литературы, в 1,7-12,7% случаев [1, 2, 6]. Мы установили, что при поверхностной форме локализация на коже туловища встречается в 2,4 раза чаще, чем при нодулярной, и в 3,6 раза чаще, чем при язвенной форме. По нашим данным, локализация на коже туловища явилась наиболее типичной для больных поверхностной формой базалиомы – 22,1%, преобладание локализации на коже туловища при поверхностной форме явилось статистически достоверным, по сравнению с нодулярной и язвенной.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дерматоонкология / Под ред. Г.А. Галил-Оглы, В.А. Молочкова, Ю.В. Сергеева. М., 2005.
2. Ежова М.Н., Третьякова Е.И. // Росс. журн. кож. и вен. болезней. – 1998. – № 4. – С. 17-20.
3. Малишевская Н.П. Клинико-эпидемиологические особенности злокачественных новообразований кожи на среднем Урале / Дис. ... докт. мед. наук. – М., 1999.
4. Писклакова Т.П. Региональный регистр базально-клеточного рака кожи как основа мониторинга, диспансеризации и оптимизации лечения больных / Автореф. дис. ... докт. мед. наук. – М., 2004.
5. Снарская Е.С. Иммунологические аспекты патогенеза, дифференциальной ди-

агностики и иммунотерапия язвенной разновидности базально-клеточного и метатипического рака кожи (клинико-экспериментальное исследование) / Дис. ... докт. мед. наук. – М., 2005.

6. McCormack C.J., Ke4lly J.W., Dorevitch A.P. // Arch. Dermatol. – 1997. – № 133. – P. 593-596.
7. Miller S.J. // J. Am. Acad. Dermatol. – 1991. – № 24. – P. 1-13.
8. Miller D.L., Weinstock M.A. // J. Am. Acad. Dermatol. – 1994 – № 30. – P. 774-778.

К ДИАГНОСТИКЕ ОНИХОМИКОЗОВ

А.А. Цыкин, О.Л. Иванов, К.М. Ломоносов

ММА им. И.М. Сеченова, Москва

Проблема онихомикозов является одной из самых актуальных в современной дерматологии и микологии. На сегодняшний день имеются проблемы, как в диагностике, так и в лечении данного заболевания. Несмотря на существование достаточно сильных и эффективных антимикотиков, заболеваемость онихомикозами остается на достаточно высоком уровне и продолжает увеличиваться. По данным зарубежных ученых, эффективность терапии онихомикозов не превышает 75-80%. Проблемы в диагностике онихомикозов связаны, в первую очередь с тем, что при классических методах лабораторной диагностики (КОН-микроскопия и посев) установить вид возбудителя очень сложно: по данным отечественных и зарубежных ученых, выделить культуру гриба из пораженной ногтевой пластинки при онихомикозе удастся не более, чем в 30-50% случаев [4, 7, 8]. Это послужило поводом для введения в диагностику более чувствительных методов исследования, таких, как метод ПЦР [1, 2,].

В России под эгидой Национальной академии микологии были разработаны и успешно применены в клинических условиях первые генетические зонды для прямой диагностики дерматофитии кожи, волос и ногтей [3]. За основу была взята методика, использующая последовательности ДНК-топоизомеразы II, специфичные для отдельных видов дерматофитов. Выделение ДНК из клинических образцов для ПЦР-анализа на дерматофиты проводилось на наборе «Реамикс» с инкубацией в течение 2 часов при температуре 37 С в лизирующем растворе, амплификация проводилась на диагностическом наборе «ТрифАм». Первый опыт прямой ПЦР-диагностики дерматофитии ногтей, проведенный на 44 пациентах, показал, что чувствительность изучаемого метода составила – 94,4%, а специфичность 95,2% [5]. Дальнейшее многоцентровое исследование точности нового метода ПЦР-диагностики онихомикозов подтвердило высокую чувствительность (93,5%) метода определения дерматофитии ногтей [6].

Под нашим наблюдением на базе клиники кожных и венерических болезней ММА им. И.М. Сеченова находились 88 больных (49 мужчин,