

З.Г. Тухватуллина, С.В. Рахимов, Э.Ф. Тухватуллина
ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ЛИМФОМАМИ КОЖИ В УЗБЕКИСТАНЕ
Центральная поликлиника № 1 МСО МЗ РУз, г.Ташкент

Проанализированы диспансеризация и заболеваемость лимфомами кожи за 20 лет - с 1986 по 2006 гг.: по полу, возрасту, профессии, причинным факторам, социальному статусу, по клиническим вариантам, а так же продолжительность жизни больных и причины смерти. Выделены области с более высокими показателями заболеваемости. Обсуждаются группы риска и трудности ранней диагностики этих заболеваний, а также тактика ведения больных группой риска и лимфомами кожи.

Ключевые слова: лимфомы кожи, совершенствование организации, профилактика, группы риска.

Z.G. Tukchvatullina, S.V. Rakhimov, E.F. Tukchvatullina
HELPING TO PATIENTS WITH LYMPHOMA OF THE SKIN IN UZBEKISTAN

The clinical situation and condition of patients with skin lymphoma between 1986 and 2006 has been analyzed by the following category: gender, occupation, age, casual factors, social status, clinic version and patients' life span and death causes. The area of higher indices of the using the following categories: diseases has been determined. Risk groups and complexity of early diagnosis of the diseases as well as treatment tactics of risk groups and patients with lymphoma of the skin are discussed.

Key words: skin lymphoma, organization improvement, prevention, risk groups.

В Государственной программе реформирования здравоохранения Узбекистана охрана здоровья людей определена как дело первостепенной важности. Правительство ставит задачу добиться повсеместного и полного удовлетворения потребностей городских и сельских жителей во всех видах высококвалифицированной медицинской помощи, повышения ее качества и своевременности.

В последние годы значительно возросло внимание врачей общей практики, дерматологов, онкологов, патологоанатомов к лимфомам кожи в связи с ростом числа больных этими заболеваниями, возможностью трансформации длительно текущих хронических дерматозов в лимфомы кожи [3, 8, 10, 14, 17, 20]. Лимфомы кожи обусловлены пролиферацией аффиных к коже клеток лимфоидного ряда. Диагностика этих нозологий является одной из самых сложных проблем в работе врачей общей практики и дерматологов. Это объясняется гетерогенностью данной группы дерматозов, возможностью развития в коже разнообразных доброкачественных лимфоидных гиперплазий (псевдолимфомы, прелимфомы), симулирующих злокачественные неопластические процессы (лимфомы, саркомы). Реактивные гиперпластические изменения кожи в повседневной практике встречаются значительно чаще, чем опухоли лимфоидной и сосудистой тканей. Ошибки дифференциальной диагностики опухолей и реактивных изменений лимфоидной ткани влекут за собой тяжелые последствия для больного [21]. В Европе [26], Америке [27, 29] созданы координационные центры по изучению лимфом кожи, а на территории СНГ эти заболевания изучаются только в клиниках крупных городов (Москва, Санкт-Петербург, Харьков,

Ташкент), куда направляются больные на консультацию и лечение. Под наблюдением А.А. Каламкаряна (ЦКВИ, Москва) [6, 7] находилось 355 больных грибовидным микозом и 155 больных ретикулезами кожи. И.М. Разнатовский (Военно-медицинская академия, Санкт-Петербург) [18] привел данные длительного наблюдения более чем за 300 больными; З.Г. Тухватуллина, С.В. Рахимов (НИИДиВ МЗ РУз., ЦП № 1, МСО РУз., Ташкент) - за 378 больными с различными формами лимфопротрофиеративными заболеваниями кожи (ЛПЗК). По данным разных авторов [1, 2], ЛПЗК составляют 1-2% всех кожных заболеваний. Точных данных о заболеваемости лимфомами кожи нет. Ни дерматологами, ни онкологами лимфомы кожи в отчетах в качестве самостоятельной нозологической единицы не учитываются [5]. Затрудняет определение истинной заболеваемости лимфомами кожи отсутствие общепринятой терминологии и классификации [3, 16, 27]. До настоящего времени не усовершенствована организация диспансерного наблюдения, диагностика и профилактика больным лимфомами кожи [9]. Нет действенной связи между дерматологическими и онкологическими учреждениями в отношении этих больных. В то же время длительное течение лимфомы кожи с медленной опухолевой прогрессией требует постоянной сдерживающей терапии, которая невозможна без диспансерного наблюдения [22]. Эти вопросы могут быть успешно решены только в соответственно оснащенных региональных центрах, которые должны взять на себя первичную диагностику лимфом кожи, учет больных, лечение и последующий динамический контроль, так как районные дерматологические диспансеры в настоящее

время не располагают современными методами, а главное - средствами и оборудованием для ранней диагностики этих заболеваний [11, 12]. Обозначенные проблемы определяют актуальность изучения и совершенствование научной организации специализированной медицинской помощи больным лимфомами кожи в Узбекистане.

Настоящее исследование проводилось на основе наблюдения за 142 больными лимфомами кожи. Были проанализированы истории болезни больных лимфомами кожи НИИДиВ МЗРУз и медицинские карты амбулаторных больных Центральной поликлиники №1 МСО за 20-летний период - с 1986 по 2006 г. и, используя политематическую схему анкетирования, проведен скрининг больных лимфомами кожи, направленный на выяснение симптомокомплекса (в т.ч. ранних симптомов) и факторов риска в отношении лимфом кожи и их опухолевой прогрессии. По данным медицинской документации установлено, что количество первично зарегистрированных больных лимфомами кожи за указанный период составило 142.

Средний интенсивный показатель заболеваемости лимфомами кожи за 20 лет составил 0,142. Для сравнения приводим показатель заболеваемости лимфомами кожи в других странах: в России он составляет в среднем 0,24 [14], в США - 0,4 [27], в Израиле - 0,7, что позволяет думать о более высокой заболеваемости лимфомами кожи в странах с жарким климатом [19, 25]. При сравнении заболеваемости лимфомами кожи в нашей стране с аналогичными показателями в других странах следует иметь в виду более низкую продолжительность жизни людей в регионе, особенно мужчин. Возможно, при продолжительности жизни населения, которая регистрируется в развитых странах Европы или США (более 70 лет), интенсивные показатели заболеваемости лимфомами кожи были бы выше. Низкий интенсивный показатель свидетельствует также об отсутствии регистрации и статучета больных лимфомами кожи в регионе в связи с малой осведомленностью с данной патологией практикующих врачей [4].

Возрастная структура первичной заболеваемости лимфомами кожи выглядела следующим образом: в возрасте от 18 до 30 лет было 9 больных (6,3%), от 31 года до 40 лет - 17 (12,0%), от 41 года до 50 лет - 30 (21,1%), от 51 года до 60 лет - 41 (28,9%), от 61 года и старше - 45 (31,7%). Как видно, у наблюдаемых нами больных лимфомы кожи возникли преимущественно в пожилом и

старческом возрасте (60,6% больных), что соответствует тенденции развития опухолевых заболеваний в таком возрасте. Редко развивается лимфома кожи в молодом возрасте (у 6,3% больных), а случаев заболеваемости среди детей не зарегистрировано.

Распределение больных по полу показало, что мужчины заболевают лимфомами кожи значительно чаще, чем женщины. Так, больных лимфомами кожи мужчин было 105 (73,94%), женщин - 37 (26,96%), то есть соотношение составило 2,8 : 1. Наши данные подтверждают мнение большинства авторов о преобладании лиц мужского пола среди больных лимфомами кожи [6, 7, 8, 21]. Интересно, что эритродермические варианты лимфом кожи наблюдаются у мужчин чаще, чем опухолевые, и соотношение больных мужчин и женщин в этой категории больных составляет 4 : 1 [7] или 6 : 1 [18]. Более высокий уровень заболеваемости лимфомами кожи среди мужчин мы объясняем тем, что они чаще, чем женщины, контактируют с вредными проонкогенными факторами на производстве, более частым пребыванием их в зонах повышенной радиации, а также с наличием вредных привычек.

Анализ заболеваемости по месту проживания позволил установить, что лимфомами кожи болеют как жители городов, так и сельское население. Из 142 больных лимфомами кожи городских жителей было 85 (59,9%), сельских - 57 (40,1%). Распределение больных по социальному составу было следующим: дехкане - 54 (38,1%), рабочие - 24 (16,9%), строители - 23 (16,2%), служащие - 28 (19,7%), домохозяйки - 8 (5,6%), водители - 5 (3,5%). Важное значение в развитии лимфом кожи играет профессиональная занятость больных [24].

В связи с этим представляется важным **анализ данных анамнеза относительно причин, с которыми больные связывали развитие у них лимфом кожи**. На основании анамнестических данных удалось установить, что на первый план (в 74,7% случаев) в качестве предполагаемых больными причинных факторов выступают производственные вредности; 38,03% больных считали причиной возникновения лимфом кожи неблагоприятные условия сельскохозяйственного труда (высокий уровень аммиака на фермах, пестициды на полях, работа на тракторе); 16,2% - контактировали на производстве со строительными материалами (в обоих случаях накладывается и фактор инсоляции); с металлами, нефтепродуктами, горюче-смазочными

материалами контактировали 20,4% больных. Развитие заболевания связывали со стрессами в 13,4% случаев, с перенесенными вирусными заболеваниями - в 4,2%; с частым употреблением антигистаминных средств - в 3,1%, с изменением гормонального фона - в 2,1% случаев и 2,5% больных полагали, что заболели в связи с пребыванием в местах повышенной радиоактивности (во время службы в армии, на производстве).

Продолжительность заболевания колебалась от 1 месяца до 57 лет. У большинства больных диагноз не был установлен при появлении первых признаков заболевания. При этом часть этих больных не обращалась к врачу непосредственно после появления первых высыпаний, а другой части больных, обратившихся к врачу вовремя, диагноз был установлен неправильно. В связи с этим нам представлялось важным провести **анализ ошибок**, которые были допущены врачами в **диагностике** ранних стадий лимфом кожи. Установлено, что лишь у 26% больных был поставлен правильный диагноз лимфомы кожи при первичном посещении врача. Среди ошибочно установленных диагнозов наибольший удельный вес занимала экзема (26,7%), вторичная эритродермия неизвестной этиологии (16,2%), реже в этот период заболевания диагностировались аллергический контактный дерматит и нейродермит (2,11%+6,34%), токсикодермия (7,04%), псориаз (6,5%), параспориоз (4,7%) и другие дерматозы (4,41%).

Изучение анамнестических данных у больных показало, что несвоевременная диагностика лимфом кожи и, следовательно, отсутствие диспансеризации таких больных приводили к серьезным ошибкам в тактике ведения больных. Больным с ошибочно установленным диагнозом нередко рекомендовалось санаторно-курортное лечение (радоновые и сероводородные ванны, грязи), физиотерапевтическое лечение, включающее такие процедуры, как УФО и УВЧ, не запрещалось пребывание на солнце и загорание, не прово-

дилась профессиональная переориентация, а также нередко назначались неадекватная общая терапия, включающая биостимуляторы, и нерациональная местная терапия с многолетним применением мазей, содержащих вредные для таких больных мазевые основы (ланолин), препараты дегтя и пр. Все перечисленные факторы способствовали развитию заболевания. В то же время у 26% больных при подозрении на лимфомы кожи даже при отсутствии гистологически подтвержденного диагноза при первичном обращении ошибки в тактике ведения больных не допускались, таких больных ставили на диспансерный учет, им проводили повторные биопсии, вплоть до установления морфологического диагноза лимфом кожи. Период от появления первых признаков заболевания до установленного диагноза лимфом кожи колебался у отдельных больных от нескольких месяцев до 5 лет и более, что, с одной стороны, свидетельствует о трудной диагностике начальных проявлений лимфом кожи, имитирующих другие дерматозы, а с другой - о недостаточной профессиональной настороженности в отношении данных заболеваний.

Трудности диагностики лимфом кожи в значительной мере обусловлены также недостаточно ясной гистологической картиной биоптатов кожи из очагов поражения в начальных стадиях заболевания, поскольку в этот период морфологически (как и клинически) в очагах поражения преобладают признаки воспаления, а не пролиферации - пролиферат еще незначительный и количество атипичных лимфоцитов очень невелико [21, 26]. Таким образом, учитывая трудности клинического и морфологического характера в ранней диагностике лимфом кожи, больных с подозрением на лимфому необходимо ставить на диспансерный учет и осуществлять динамическое клиническое наблюдение с проведением соответствующих повторных лабораторных исследований, помогающих прояснить диагноз.

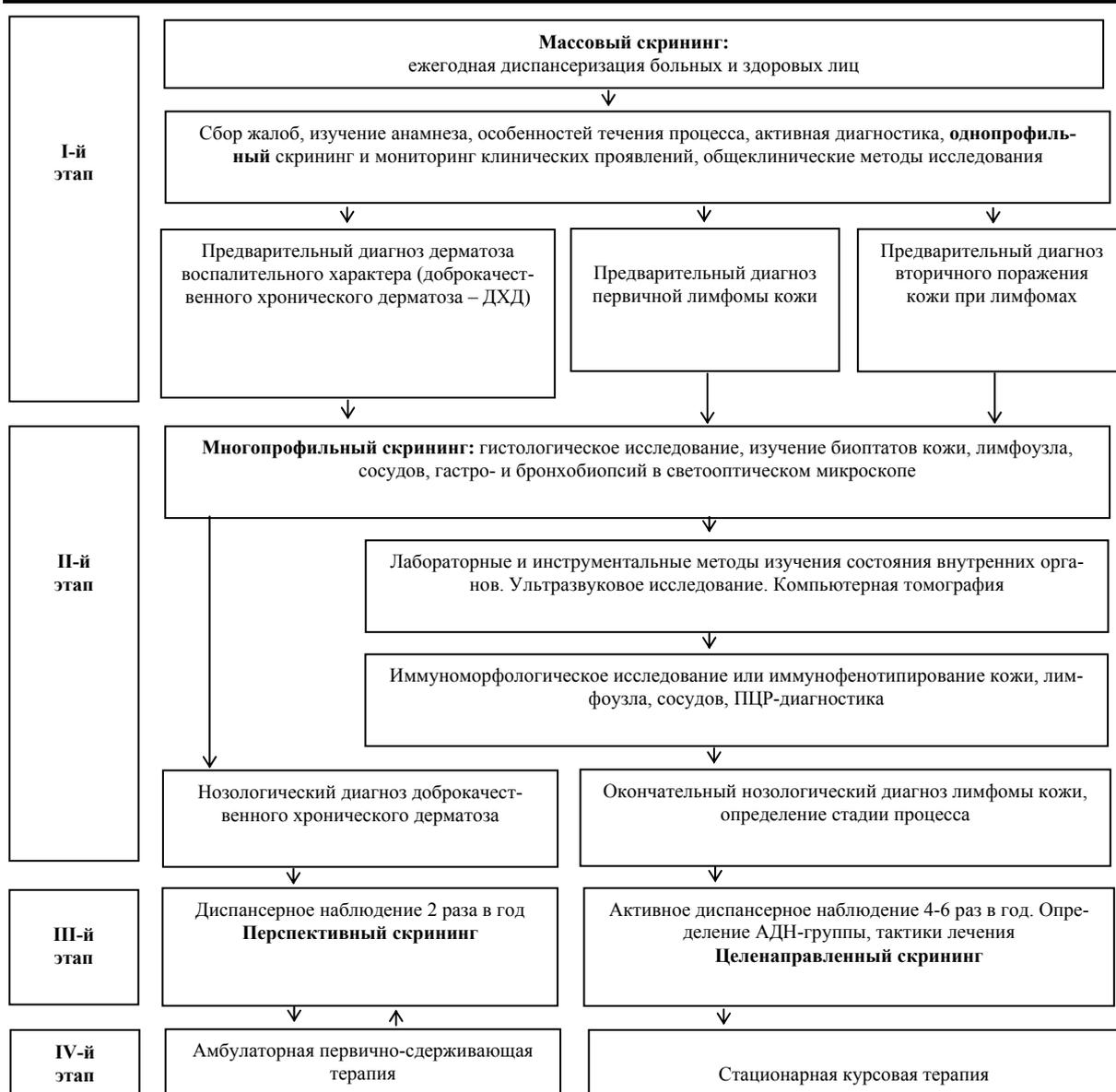


Рис. 1. Алгоритм этапов диспансеризации, клиничко-лабораторного скрининга лимфом кожи

В связи с этим необходимо остановиться еще на одной проблеме - диагностике и тактике ведения пациентов с заболеваниями, которые относят к доброкачественным, но которые считают потенциально опасными в отношении возможности трансформации в лимфому кожи и другие пролиферативные заболевания [15]. Эти больные составляют **группу риска**, которую можно разделить на **три подгруппы** [23]: **прелимфомы** и **псевдолимфомы** (лимфомоматоидный клональный дерматит, актинический ретикулоид, идиопатический фолликулярный муциноз); **абортивные лимфомы** (мелкобляшечный параспориаз, сининголимфоидная гиперплазия с алопецией, педжетоидный ретикулез); **латентные лимфомы** (крупнобляшечный параспориаз, лимфоматоидный папулез). Основываясь на том, что у большинства больных с перечисленными нозологиями с помощью ПЦР в поражен-

ной коже определяется злокачественный клон лимфоцитов, G. Wood [28] предлагает называть эти заболевания клональными дерматозами, имея в виду, что при снижении активности противоопухолевого надзора они могут трансформироваться в типичные клинические формы лимфом кожи [23, 27]. Больные, у которых диагностируются все перечисленные заболевания, должны рассматриваться как **группа риска в отношении развития лимфом кожи и подлежат диспансерному наблюдению и динамическому лабораторному обследованию. К группе риска** также следует отнести пациентов, длительно болеющих доброкачественными воспалительными дерматозами и у которых возникают определенные клинические симптомы заболевания, требующие дифференциальной диагностики с лимфомами кожи. Случаи трансформации доброкачественных дерматозов

(псориаза, аллергического контактного дерматита, нейродермита, экземы, красного плоского лишая) в лимфому кожи описаны как в отечественной, так и в зарубежной литературе [13, 24, 25]. К причинам, с которыми предположительно связывали развитие у больных доброкачественными дерматозами лимфом кожи, были отнесены: многокурсовая ПУВА-терапия, в том числе в летнее время года, увлечение УФО в лечении больных хроническими дерматозами в пожилом возрасте, нерациональное использование бальнео- и физиопроцедур, длительное, бесконтрольное употребление антигистаминных средств, работа на производствах с профессиональными вредными факторами. Признаками возможной трансформации доброкачественного дерматоза в лимфому кожи являются: 1) торпидное течение процесса и резистентность к проводимой терапии; 2) появление выраженной инфильтрации в очагах поражения; 3) четко

очерченные границы инфильтрированных очагов; 4) буровато-красный или цианотично-синюшный цвет пораженной кожи, появление очагов гиперпигментации; 5) наличие постоянного, непрекращающегося интенсивного зуда, особенно, если зуд возникает у больных, которым ставился диагноз парапсориаза или псориаза; 6) появление гиперкератотических разрастаний в области ладоней и подошв; 7) нарастание при динамическом наблюдении большого вышеперечисленных признаков [13]. Предлагаем брать на диспансерное наблюдение больных доброкачественными хроническими дерматозами при появлении симптомов, подозрительных на лимфому кожи, а также больных группы риска. Алгоритм скрининга населения на выявление групп риска представлен на рис. 1, тактика наблюдения пациентов - в таблице, три типа профилактики лимфом кожи (рис. 2).

Таблица

Тактика наблюдения пациентов «группы риска» в отношении развития у них лимфомы кожи

Группа риска	Нозологические формы	Тактика наблюдения
I группа Доброкачественные хронические дерматозы (ДХД)	Хроническая экзема Псориаз Нейродермит Красный плоский лишай	Ежегодный скрининг по прогностической таблице в первичном звене, при профилактических осмотрах врачами общей практики и дерматологами (КВД) с контролем состояния кожи и здоровья в целом. Устранение факторов риска, адекватное трудоустройство.
II группа Пролимфомы и псевдо-лимфомы	Лимфоматоидный клональный дерматит Идиопатический фолликулярный муциноз Актинический ретикулоид Доброкачественная лимфоплазия кожи Лимфоцитарная инфильтрация Йесснера Канюфа Гиперплазия ангиолимфоидная с эозинофилией (болезнь Кимура) Синдрома псевдолимфомы Острый нейтрофильный дерматоз (синдром Свитта)	Активное динамическое наблюдение 2 раза в год районного дерматолога, выполнение его рекомендаций. Своевременное обеспечение явки на основании рекомендации в амбулаторной карте, а по показаниям чаще. Гистологическое обследование. Ограничительный режим лучевой терапии, физио- и бальнеопроцедур. Устранение факторов риска, адекватное трудоустройство.
III группа Абортивный лимфомы	Мелкобляшечный парапсориаз Сиринголимфоидная гиперплазия с алопецией Педжетоидный ретикулез	Ежеквартальное активное диспансерное наблюдение (АДН). Безотлагательное гистологическое обследование, лечение в кабинете дерматолога районного КВД. Диспансеризация, ранняя диагностика лимфом и адекватное лечение. Профессиональная переориентация.
IV группа Латентные лимфомы	Крупнобляшечный парапсориаз Лимфоматоидный папулез Эритродермии	Ежеквартальное активное диспансерное наблюдение. Амбулаторное обследование и стационарное лечение. Консультация смежных специалистов, лабораторные и инструментальные методы изучения состояния внутренних органов. Профессиональная переориентация.

Проанализирована средняя продолжительность жизни больных с различными клиническими формами лимфом кожи. У больных с классической формой грибовидного микоза, диагностированного в первой стадии заболевания, продолжительность жизни колебалась от 6 до 20 лет и в среднем составила 12,1 года, период от появления опухолевой стадии до смерти больного в среднем соста-

вил 4,4 года. Почти такой же была продолжительность жизни больных, у которых заболевание начиналось сразу с развития опухолевых очагов. У больных с эритродермической формой грибовидного микоза продолжительность жизни колебалась от 1,5 до 12 лет и в среднем составила 7,5 года. Средняя продолжительность заболевания у больных с иммунобластной лимфомой кожи была 2,5 года.

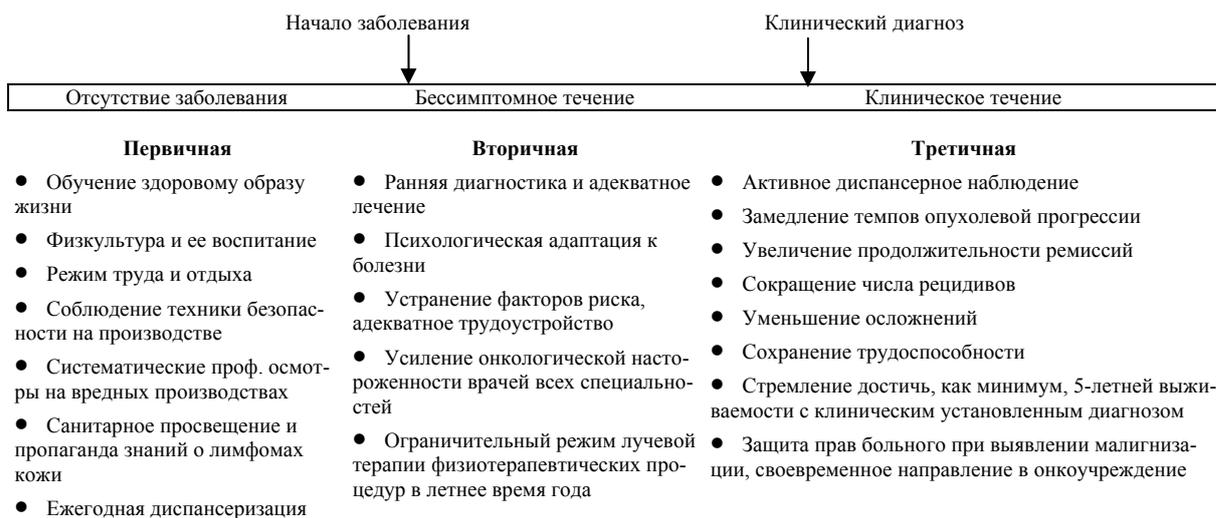


Рис. 2. Три типа профилактики лимфом кожи

За анализируемый 20-летний период из 142 больных лимфомами кожи умер 21 (14,79%) больной. Анализ причин смерти больных лимфомами кожи позволил установить, что непосредственной причиной смерти 3-х больных опухолевыми формами лимфом кожи (2,11%) было прогрессирование основного заболевания, что проявлялось распространением процесса на коже, метастазами, нарастающей интоксикацией, кахексией. Пятеро больных (3,52%) скончались по возрасту; 13 (9,16%) - от сердечно-сосудистых заболеваний.

Таким образом, лимфомы кожи относятся к тяжелым дерматоонкологическим заболеваниям кожи, которые трудно диагностируются в начальных стадиях заболевания, что требует привлечения современных диагностических тестов и правильной адекватной тактики ведения таких больных.

Совершенствование организации специализированной медицинской помощи больным лимфомами кожи нам представляется следующим:

1. Организация научнообоснованной и эффективной диспансеризации больных лим-

фомами кожи по месту жительства с оказанием им по мере необходимости консультативной и стационарной помощи на базе НИИДиВ и Центральной поликлиники №1 МСО МЗРУз.

2. Проведение диспансеризации больных групп риска по лимфомам кожи в связи с возможностью трансформации ряда дерматозов в лимфому кожи.

3. Акцентирование внимания на вопросы профилактики и трудоустройства больных лимфомами кожи; их профессиональная переориентация.

4. Обеспечение контроля за своевременным получением больными группы инвалидности, а также по оказанию им адекватного объема лечебно-диагностической помощи.

Координирующую роль в решении указанных задач осуществляет отдел дерматоонкологии НИИДиВ и Центральная поликлиника №1 МСО МЗ РУз. В рамках выполнения научно-исследовательской программы «Разработка методов ранней диагностики новообразований кожи».

ЛИТЕРАТУРА

- 1.Беляева Т.Л. Проллиферативные заболевания кожи / Т.Л. Беляева, А.А. Антоньев.- М., 2002.- 125 с.
- 2.Беренбейн Б.А. Псевдорак кожи.- М., 1998.- 234 с.
- 3.Вавилов Л.М. Первичные лимфомы кожи: фенотипическая характеристика основных клинических форм, классификация / Л.М. Вавилов, Е.М. Лезвинская // Арх. патолог.- 2002.- № 2.- С. 3-7.
- 4.Валдина Е.А. Онкологическая настороженность в работе семейного врача // Гедеон Рихтер в СНГ.- 2001.- С. 61-63.
- 5.Дворин В.В. Структура онкологической заболеваемости в России / В.В. Дворин, Е.М. Асел, Н.Н. Трапезников // Отчет Госкомстата России.- М., 2005.
- 6.Каламкарян А.А. Клиника и терапия ретикулезозов кожи.- Ереван, 1983.- 136 с.
- 7.Каламкарян А.А. Современные проблемы клиники, диагностики, патогенеза и лечения злока-

- чественных лимфом кожи и саркомы Капоши / А.А. Каламкарян, Б.А. Беренбейн, Н.С. Потеев // Вестн. дерматологии.- 1996.- № 7.- С. 18-26.
- 8.Королькова Т.Н. Иммунный надзор и опухолевая прогрессия при лимфомах низкой степени злокачественности: Автореф. дис ... д-ра мед. наук.- СПб., 1996.- 43 с.
- 9.Кубанова А.А. Основы первичной профилактики инфекций передаваемых половым путем / А.А. Кубанова, О.К. Лосева // Вестн. дерматол. и венерол.- 2000.- № 5.- С. 4-6.
10. Кудина М.М. Злокачественные новообразования кожи - заболеваемость диспансеризуемого населения / М.М. Кудина, П.Е.Денисов, М.В. Тымгишина // Вестн. дерматол. и венерол.- 1998.- № 3.- С. 28-30.
11. Кунгуров И.В. Принципы и алгоритмы клинико-лабораторной диагностики злокачественных лимфом кожи: Пособие для врачей / И.В. Кунгуров, М.М. Кохан, С.В. Сазонов.- Екатеринбург, 2000.- 35 с.
12. Ламоткин И.А. Анализ стоимости обследования и лечения больных с лимфомами кожи в дерматологическом отделении многопрофильного медицинского учреждения / И.А. Ламоткин, Л.В. Слезина // Вестн. дерматол. и венерол.- 2001.- № 4.- С. 33-34.
13. Лезвинская Е.М. К вопросу о возможности развития злокачественной лимфомы кожи у больных доброкачественными дерматозами / Е.М. Лезвинская, Н.К. Ларина // Российский журн. кожных и венерол. болезней.- 1999.- № 6.- С. 8-10.
14. Лезвинская Е.М. Заболеваемость лимфомами кожи в Московской области / Е.М. Лезвинская, В.А. Молочков, Н.К. Ларина // Российский журн. кожных и венерол. болезней.- 2002.- № 4.- С. 12-17.
15. Нечитайло А.А. Научно-практическая работа клиники кожных болезней / А.А. Нечитайло, Б.А. Беренбейн.- М., 1996.- 56 с.
16. Новик А.А. Классификация злокачественных лимфом. Рекомендации ВОЗ.- СПб., 2000.- 125 с.
17. Пошикян А.Г. Эффективность диспансерного обследования при выявлении онкологических заболеваний кожи / А.Г. Пошикян, В.Б. Семенова, И.Н. Астахова // Вестн. дерматол. и венерол.- 1995.- № 6.- С. 22-33.
18. Разнатовский И.М. Диагностика лимфопролиферативных заболеваний кожи в госпитале.- Л., 1984.- 96 с.
19. Ружье А. УФ-лучи, насколько они опасны? // Вестн. дерматол. и венерол.- 2001.- № 3.- С. 21-23.
20. СПИД-ассоциированная саркома Капоши / А.В. Кравченко, Б.М. Груздев, Н.С. Потеев, В.В. Покровский // Вестн. дерматол. и венерол.- 1997.- № 6.- С. 9-13.
21. Тухватуллина З.Г. Лимфопролиферативные заболевания кожи: клинико-лабораторный скрининг, морфогенез, дифференциальная диагностика: Автореф. д-ра мед. наук.- Ташкент, 2005.- 45 с.
22. Тухватуллина З.Г. Организация диспансерного наблюдения, лечебно-диагностической и профилактической помощи больным лимфопролиферативными заболеваниями кожи и саркомой Капоши: метод. реком. / З.Г. Тухватуллина, С.В. Рахимов, А.С. Шанасыров.- Ташкент, 2006.- 25 с.
23. Burg G. Skin Limfoma and Pseudolymphoma / G. Burg, R. Dummer, F.O. Nestle // Arch. Dermatol.- 1996.- Vol. 132.- P. 567-572.
24. Fishman A.B. Skin Limfoma of manufacturers workers / A.B. Fishman, P.A. Bunn, S.G. Guccion // Cancer Treat. Rep.- 1996.- Vol. 63.- P. 591-596.
25. Iscovich J. / J. Iscovich, E. Azizi, A. Kuten // Consensus Conference on Classification, Terminology, Prognostic Factors, Staging, Therapy, Epidemiology and Registry, 1-st.-Sydney, 1997.- P. 36.
26. Slater D.N. Histopathological aspects of Cutaneous lymphoma // J. Roals Med.- 2001.- Vol. 94.- P. 337-341.
27. Willemze R. EORTC classification for primary cutaneous lymphomas: a comparison with REAL classification and proposed WHO classification / R. Willemze, C.J. Meijer // Ann. Oncol.- 2000.- Vol. 11, № 1.- P. 11-15.
28. Wood G.S. Skin limfoma in USA // T. Invest. Dermatol.- 1995.- Vol. 105.-P. 1053-1095.
29. Zackeim H.S. Relative frequency of various forms of primary cutaneous lymphomas / H.S. Zackeim, E. Vonderheid // J. Am. Acad. Dermatol.- 2000.- Vol. 43, № 5.- P. 793-796.
-