

УДК 616.5006-07  
МРНТИ 76.29.57, 76.29.49

## ОПИСАНИЕ СЛУЧАЕВ ДИАГНОСТИКИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ КОЖИ

Р.К. АЛИЕВА<sup>1</sup>, Ж.Е. КУБЕНКУЛОВА<sup>1</sup>, С.Ж. РШИМОВА<sup>2</sup>, Г.М. ИЗТЛЕУОВА<sup>1</sup>,  
Ж.Н. ЖАРАСОВА<sup>1</sup>, Г.Н. ИСАЛИЕВА<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Западно-Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова, Актөбе, Казахстан

<sup>2</sup>«Областной кожно-венерологический диспансер» на ПХВ ГУ УЗ Актюбинской области, Актөбе, Казахстан

Алиева Р.К. – <https://orcid.org/0000-0003-3056-9129>; SPIN 3736-7858  
Кубенкулова Ж.Е. – <https://orcid.org/0000-0002-1896-2297>; SPIN 5692-0374  
Изтлеуова Г.М. – <https://orcid.org/0000-0002-5695-0895>; SPIN 8065-3989  
Жарасова Ж.Н. – <https://orcid.org/0000-0003-0707-0450>; SPIN 6029-1936  
Исалиева Г.Н. – <https://orcid.org/0000-0001-5915-5347>; SPIN 8726-6171

For citing/  
библиографиялық сілтеме/  
библиографическая ссылка:

Alieva RK, Kubenkulova ZhYe, Rsimova SZh, Iztleuova GM, Zharasova JN, Isaliyeva GN. Cases of skin cancer diagnosis. West Kazakhstan Medical Journal 2020; 62(1):68–75.

Алиева РК, Кубенкулова ЖЕ, Ршимова СЖ, Изтлеуова ГМ, Жарасова ЖН, Исалиева ГН. Терінің қатерлі ісіктерін диагностикалау жағдайларының сипаттамасы. West Kazakhstan Medical Journal 2020; 62(1):68–75.

Алиева РК, Кубенкулова ЖЕ, Ршимова СЖ, Изтлеуова ГМ, Жарасова ЖН, Исалиева ГН. Описание случаев диагностики злокачественных новообразований кожи. West Kazakhstan Medical Journal 2020; 62(1):68-75.

### Cases of skin cancer diagnosis

R.K. Alieva<sup>1\*</sup>, Zh. Ye. Kubenkulova<sup>1</sup>, S.Zh.Rsimova<sup>2</sup>, G.M.Iztleuova<sup>1</sup>, J.N.Zharasova<sup>1</sup>, G.N. Isaliyeva

<sup>1</sup>West Kazakhstan Marat Ospanov Medical University, Aktobe, Kazakhstan

<sup>2</sup>Regional Dermatovenerological Dispensary, Aktobe, Kazakhstan

Nowadays, dermatoscopy is considered a valuable instrumental method in the diagnosis of skin neoplasms by dermatologists. Skin cancer can be divided into two main groups: melanoma and non-melanoma skin cancer. The most common non-melanoma tumors are basal cell carcinoma and squamous cell carcinoma. In the general structure of the incidence of malignant neoplasms, melanoma is the 19th and non-melanoma skin cancer is the 5th most common cancer in men and women. The article describes the clinical cases of skin cancer - a superficial spreading form of melanoma and basal cell carcinoma. In these cases, the diagnosis was based on the history of the disease and life, physical examination, and dermatoscopy. The age of the patients is 71 and 72, which coincides with the literature on the predominant disease of patients whose age ranged from 50 to 90 years and the average age of the patients was 71. The diagnostic criteria for the clinical picture of melanoma and basal cell carcinoma in the cases presented were: localization on the face, limbs, the presence of malignant neoplasms with ulceration; chronic course. The most common dermatoscopic signs of melanoma and basal cell carcinoma are vascular changes (tree-like vessels), ulcerations, and medium blue turbidity. The presented clinical cases testify to the value of dermatoscopy in the diagnosis of malignant neoplasms of the skin - melanomas, basal cell carcinomas, which is important in the practice of dermatologists. Dermatoscopy has firmly established itself among the practical skills of a dermatologist and oncologist. In a number of developed countries, this skill has already been mastered by primary care physicians. It is necessary to widely introduce dermatoscopy among general practitioners of domestic health care.

**Keywords:** *melanoma, basal cell carcinoma, clinical case, dermatoscopy, tree-like vessels, medium blue turbidity, ulceration.*

### Терінің қатерлі ісіктерін диагностикалау жағдайларының сипаттамасы

Р.К. Алиева<sup>1</sup>, Ж.Е. Кубенкулова<sup>1</sup>, С.Ж. Ршимова<sup>2</sup>, Г.М. Изтлеуова<sup>1</sup>,  
Ж.Н. Жарасова<sup>1</sup>, Г.Н. Исалиева<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан медицина университеті, Актөбе, Қазақстан

<sup>2</sup>Актөбе облысының денсаулық сақтау басқармасы, Облыстық тері венерологиялық диспансері, Актөбе, Қазақстан

Қазіргі таңда дерматоскопия – терінің ісігін анықтау барысында дерматолог-дерігерлер қолданатын құнды инструменталды әдіс болып табылады. Тері



Кубенкулова Ж.Е.  
e-mail: [rtyu-20-1983@mail.ru](mailto:rtyu-20-1983@mail.ru)

Received/  
Келіп түсті/  
Поступила:  
06.02.2020

Accepted/  
Басылымға қабылданды/  
Принята к публикации:  
19.03.2020

SSN 2707-6180 (Print)  
© 2020 The Authors  
Published by West Kazakhstan Marat Ospanov  
Medical University

обырын екі негізгі топқа бөлуге болады: меланома және меланома емес ісіктер. Ең көп таралған меланомды емес ісіктер базальды жасушалық обыр және жалпақ жасушалы обыр болып табылады. Меланома қатерлі ісіктермен сырқаттанушылықтың жалпы құрылымында 19-шы және 5-ші тері меланомы емес ісік ерлер мен әйелдерде жиі таралған обыр болып табылады. Бұл жағдайларда меланома және базальды жасушалық карциноманың беткей таралған формасы диагнозы жиналған ауру және өмір анамнезі, физикалық қарау, дерматоскопия мәліметтеріне сүйеніп қойылды. Науқас жастары 71 және 72 жас, ол 50-ден 90 жасқа дейінгі аралықтағы науқастардың жиі ауыруы әдебиеттердегі мәліметтермен сәйкес келеді; орташа жас 71 жасты құрады. Біздің жағдайдағы меланома және карциноманың клиникалық көрінісі диагностикалық критерийлерді қамтиды: бетте және аяқ-қолда орналасуы, ойық жаралы түзілістердің пайда болуы, созылмалы ағымы. Қазіргі таңда дерматоскопиялық зерттеулер тері патологиялары бар науқастарды клиникалық зерттеудің ажырамас бөлігі болып табылады. Меланома және базальды жасушалық карциноманың ең жиі кездесетін дерматоскопиялық белгілері болып тамырлық өзгерістер (ағаш тәрізді тамырлар), ойық жаралар, көк жамылғы. Көрсетілген клиникалық жағдайлар меланома, базальды жасушалық карцинома диагностикасында дерматоскопияның тиімділігін куәландырады, бұл дерматолог-дәрігерлердің тәжірибесінде маңызды.

Дерматоскопия дәрігер-дерматологтың, дәрігер-онкологтың практикалық дағдыларының қатарына кірді. Бірқатар дамыған елдерде бұл дағдыны бірінші медико-санитарлық көмек дәрігерлері меңгерген. Отандық денсаулық сақтаудың жалпы практика дәрігерлері арасында дерматоскопияны кеңінен енгізу қажет.

**Негізгі сөздер:** меланома, базальды-жасушалық карцинома, клиникалық жағдай, дерматоскопия, ағаш тәріздес тамырлар, сұр-көк жамылғы, жаралар.

#### Описание случаев диагностики злокачественных новообразований кожи

Р.К. Алиева<sup>1</sup>, Ж.Е. Кубенкулова<sup>1</sup>, С.Ж. Ршимова<sup>2</sup>, Г.М. Изтлеуова<sup>1</sup>,  
Ж.Н. Жарасова<sup>1</sup>, Г.Н. Исалиева<sup>1</sup>

Западно-Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова,  
Актобе, Казахстан

Областной кожно-венерологический диспансер» на ПХВ ГУ УЗ Актюбинской  
области, Актобе, Казахстан

В наши дни в диагностике новообразований кожи у врачей дерматологов ценным инструментальным методом считается дерматоскопия. Рак кожи можно разделить на две основные группы: меланома и немеланомный рак кожи. Наиболее распространенными немеланомными опухолями являются базальноклеточный рак и плоскоклеточный рак. В общей структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями меланома является 19-м и немеланомный рак кожи 5-м наиболее часто распространенным раком у мужчин и женщин. В статье приводится описание клинических случаев онкозаболеваний кожи – поверхностной распространяющейся формы меланомы и базально-клеточной карциномы. В данных случаях диагностика основывалась на данных анамнеза заболевания и жизни, физического обследования, данных дерматоскопии. Возраст пациенток 71 и 72 года, что совпадает с данными литературы о преимущественном заболевании пациентов, возраст которых варьировал от 50 до 90 лет и средний возраст пациентов составлял 71 год. Диагностическими критериями клинической картины меланомы и базально-клеточной карциномы в представленных случаях были: локализация на лице, конечностях, наличие образований с изъязвлением, хроническое течение. Наиболее частыми дерматоскопическими признаками меланомы и базально-клеточной карциномы являются сосудистые изменения (древовидные сосуды), изъязвления, сине-голубая вуаль. Представленные клинические случаи свидетельствует о ценности дерматоскопии в диагностике злокачественных новообразований кожи – меланом, базально-клеточных карцином, что важно в практике врачей – дерматологов. Дерматоскопия прочно обосновалась в числе практических навыков врача-дерматолога, врача-онколога. В ряде развитых стран этот навык уже освоен врачами первичной медико-санитарной помощи (ПМСП). Необходимо широко внедрять дерматоскопию среди врачей общей практики отечественного здравоохранения.

**Ключевые слова:** меланома, базально-клеточная карцинома, клинический случай, дерматоскопия, древоподобные сосуды, серо-голубая вуаль, изъязвления.

## Введение

В отчете о состоянии глобального бремени рака во всем мире с использованием оценок заболеваемости и смертности от рака GLOBOCAN 2018, подготовленным Международным агентством по исследованию рака, с акцентом на географическую изменчивость, в 20 регионах мира в 2018 году зарегистрировано 18,1 миллионов новых случаев заболевания раком (17,0 миллионов без учета немеланомного рака кожи) и 9,6 миллионов случаев смерти от рака (9,5 миллиона без учета немеланомного рака кожи) [1].

Рак кожи можно разделить на две основные группы: меланома и немеланомные опухоли. В 2018 году на меланому приходилось около 22 процентов диагнозов рака кожи, а на немеланомные опухоли около 78 процентов диагнозов рака кожи. Наиболее распространенными немеланомными опухолями являются базальноклеточный рак и плоскоклеточный рак [2].

Меланома является 19-м наиболее распространенным раком у мужчин и женщин, и в 2018 году в мире зарегистрировано почти 300 000 новых случаев заболевания. Немеланомный рак кожи является 5-м наиболее часто встречающимся раком у мужчин и женщин, причем в 2018 году в мире было выявлено более 1 миллиона диагнозов [2, 3].

В России в общей структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями рак кожи (меланома и немеланомный рак кожи) занимает третье место у мужчин после рака легкого и предстательной железы, а у женщин – второе после рака молочной железы [4].

В Казахстане рак кожи (меланома и немеланомный рак кожи) в структуре злокачественных опухолей занимает второе место после рака легких по данным казахстанских авторов. Частота заболеваемости раком кожи у женщин в 1,5 раза выше, чем у мужчин. [5].

В наши дни в диагностике новообразований кожи у врачей дерматологов ценным инструментальным методом считается неинвазивная техника исследования кожных новообразований – дерматоскопия, позволяющая распознавать морфологические структуры кожи, которые недоступны для «невооруженного» глаза: пигментация и строение эпидермиса, граница дермы и эпидермиса, сосочковый слой дермы [6, 7].

Первостепенной задачей дерматоскопии является выявление на ранних стадиях одного из самых агрессивных раков – меланомы кожи [8]. Этот метод позволяет уменьшать количество ненужных биопсий, а раннее выявление и лечение меланомы дает лучшие показатели излечения и более эффективное лечение [9, 10].

Дерматоскопия значительно повышает точность диагностики меланомы, себорейного кератоза, болез-

ни Боуэна у подготовленных дерматологов [11]. Данный метод используется для дифференциации базальноклеточного рака от доброкачественных сосудистых поражений [12].

Наряду с диагностическими методами дерматоскопия решает и другие задачи, такие как определение границ патологического образования, выявление ранних признаков рецидива процесса и контроль за излеченностью [13].

## Методы

В период с января по декабрь 2019 года на базе отделения дерматовенерологии ГКП «Областной кожно-венерологический диспансер» на ПХВ ГУ УЗ Актюбинской области с помощью аппарата «ARAMO SG» (Южная Корея) было обследовано – 504 пациента с различными кожными заболеваниями. Из них: папилломы, бородавки – 101, невусы – 202, псориаз – 64, злокачественные новообразования кожи – 12, прочие – 128.

Из них наиболее интересны два клинических случая. Описание случая №1. Больная Е, 72 года, считает себя больной в течение 3 лет, когда случайно обнаружила уплотнение на левой пятке. В последние месяцы отмечает рост очага. Анамнез заболевания: заболевание ни с чем не связывала, самостоятельно лечилась народными средствами. В последующем обратилась к хирургу по месту жительства. Более года безуспешно лечилась у хирурга с диагнозом: Атерома левой пятки с воспалением и некрозом. Элементы периодически эрозировались, но мокнутия не было. От 12.01.2018 года была проведена биопсия. Заключение: отложение со скоплением гемосидерина, нарушение кровообращения.

В связи с отсутствием эффекта от проводимого лечения 21 ноября 2019 года была проконсультирована сосудистым хирургом, был выставлен предварительный диагноз: Незаживающая язва области левой пятки.

В начале января 2020 года пациентка обратилась к подологу. Врачом-подологом была направлена к дерматологу. При проведении дерматоскопии выявлена меланома.

Анамнез жизни. Наследственность и аллергоанамнез: в 1969 году – инфильтративное поражение легких, с диспансерного учета снята. Сопутствующие заболевания: с 2018 года страдает артериальной гипертензией 3 степени, дисциркуляторной энцефалопатией, синдромом внутричерепной гипертензии, в 2017 и 2019 годах перенесла ишемический инсульт. Около полугода страдает сахарным диабетом 2 типа. Перенесенные операции – в 1996 году по поводу миомы матки, гемотрансфузии не проводились.

Объективно. Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Телосложение нормостеническое. Регионарные лимфатические узлы не увеличены. Костно-суставная и мышечная системы без изменений. Дыхание везикулярное, частота дыхательных движений 16 в 1 минуту. Границы сердца в пределах нормы, частота сердечных сокращений 78 в 1 минуту, артериальное давление 130/80 мм рт.ст., при аускультации шумов нет. Язык чистый. Живот при пальпации безболезненный. Печень по краю реберной дуги, при пальпации безболезненная. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Стул без изменений. Мочевыделение свободное, безболезненное. Отеков нет.

Локальный статус. Патологический процесс хронического воспалительного характера (рисунок 1), локализуется на коже в области пятки левой ноги, представлен плотной бляшкой куполообразной формы диаметром более 3,0 см. Цвет элемента черный, поверхность эрозирована. По периферии очага имеется бороздка с серозным мокнутием. Помимо основного очага вокруг на всей пяточной области с переходом на боковые поверхности имеются множественные неправильной формы эрозивные участки, которые покрыты серозными корочками черного цвета. В целом поражение кожи напоминает «географическую карту».



Рисунок 1. Меланома. Клиника.

**Обследование.** ОАК от 29.11.2019 г. – лейкоцитоз, ускоренное СОЭ: Нв – 140 г/л, эритроциты –  $4,4 \times 10^{12}/л$ , ЦП – 0,9, тромбоциты –  $261 \times 10^9/л$ , лейкоциты –  $10,9 \times 10^9/л$ , с/я – 53,8%, эозинофилы – 2%, моноциты – 6,9%, лимфоциты – 27,4%, СОЭ – 47 мм/ч.

БАК от 29.11.2019 г – гликемия, холестеринемия: креатинин – 75 ммоль/л, глюкоза крови – 8,7 ммоль/л, АлаТ – 17 мккат/л, АсаТ – 25 мккат/л, щелочная фосфатаза – 62,0 Ед/л, общий билирубин – 17,5 мкмоль/л, прямой билирубин – 4,6 мкмоль/л, общий холестерин – 7,2 ммоль/л, ЛПВП – 1,53 ммоль/л, ЛПНП – 3,47 ммоль/л.

Кровь на ВИЧ, микрореакция преципитации от 29.11.2019 г. – отрицательные.

УЗИ органов брюшной полости от 29.11.2019 г.: признаки холецистита, панкреатита, стеатоза печени.

Консультация эндокринолога от 29.11.2019 г.: Сахарный диабет 2 типа, средней степени тяжести, стадия субкомпенсации.

Консультация терапевта от 29.11.2019 г.: Артериальная гипертензия 3 ст. Риск 3.

Консультация невролога от 29.11.2019 г.: Дисциркуляторная энцефалопатия, синдром внутрочерепной гипертензии. Перенесенный ишемический инсульт от 2017 и 2019 годов.

Биопсия от 12.01.2018 г.: Атерома с воспалением и некрозом, отложение, скопление гемосидерина.

Дерматоскопия от 16.01.2020 г. (рисунок 2, 3, 4): при проведении общей дерматоскопии выявлены следующие дерматоскопические признаки: меланоцитарное образование, округлой формы с инфильтрацией и эрозивной поверхностью, расположенное на левой пятке, атипичная пигментная сеть, псевдоподии не на всем протяжении. В районе 16 часов полиморфные атипичные сосуды, сине-голубая вуаль. В районе 19 часов имеются зоны регресса. В центре эрозивная поверхность, что характерно для меланом. Предполагаемый диагноз: эрозивная форма меланомы. Рекомендовано: консультация онколога с последующей гистологией кожи.



Рисунок 2. Дерматоскопия: меланоцитарное образование, округлой формы с инфильтрацией и эрозивной поверхностью, расположенное на левой пятке, атипичная пигментная сеть, псевдоподии не на всем протяжении

На основании полученных данных выставлен диагноз: Поверхностная распространяющаяся форма меланомы. Сопутствующий. Артериальная гипертензия 3 ст. Риск 3. Сахарный диабет 2 типа, средней степени тяжести, стадия субкомпенсации.

16.01.2020 года пациентка направлена к онкологу с диагнозом поверхностная распространяющаяся форма меланомы. Получено информированное согласие пациентки.

Консультация онколога от 17.02.2020 г.: цитологическое исследование от 19.02.2020 г.: в мазках отмечаются эритроциты и эпителиальные клетки рака, не исключается меланома. Необходима биопсия.

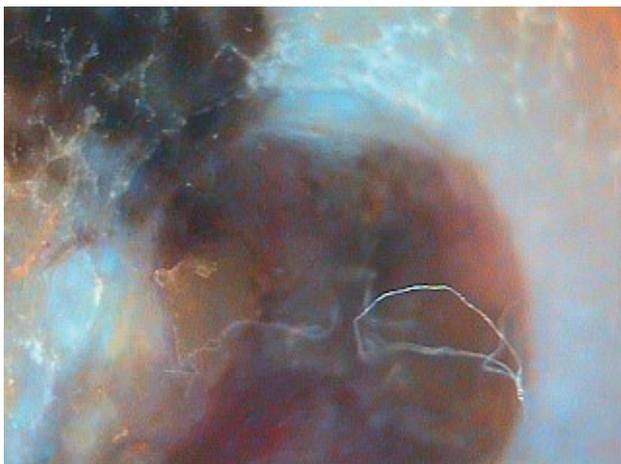


Рисунок 3. Дерматоскопия: имеются зоны регресса и сине-голубая вуаль при меланоме

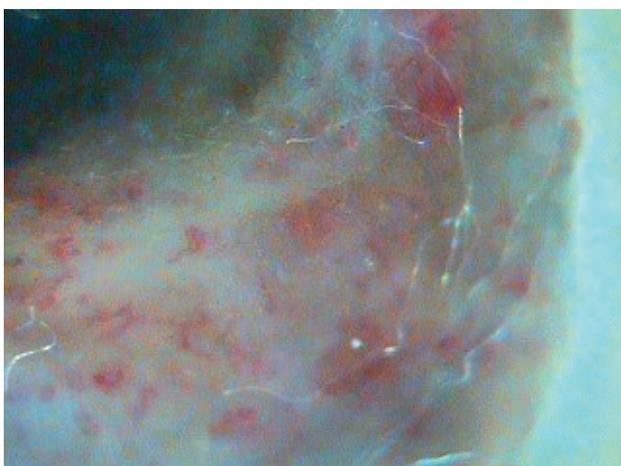


Рисунок 4. Дерматоскопия: полиморфные атипичные сосуды

19.02.2020 года состоялся консилиум врачей-онкологов, рекомендовано: операционная биопсия + молекулярно-генетический анализ.

В настоящее время пациентка готовится к плановой операции.

Описание случая № 2. Пациентка К., 71 год, обратилась на консультацию к врачу-дерматологу в ГКП на ПХВ АМЦ города Актобе по поводу обострения экземы кистей рук с жалобами на высыпания и зуд кожных покровов в области кистей рук. Врач-дерматолог при осмотре у пациентки на коже лица, в области правой скуловой дуги выявила медленно растущий шелушащийся очаг поражения, в центре узелок, покрытый корочкой, которая иногда отторгалась. Поражение кожи пациентку не беспокоило, к врачу не обращалась, самостоятельно не лечилась. Участница исследования дала письменное информированное согласие.

Из анамнеза заболевания выяснено, что очаг существовал более года. Анамнез жизни: наследственность, аллергоанамнез не отягощены. Вирусный гепатит, туберкулез, венерические заболевания, операции, травмы отрицает. В течение 12 лет страдает экземой кистей рук с частыми обострениями, хроническим гастритом в стадии ремиссии, хроническим холецисти-

том, хроническим панкреатитом, артериальной гипертензией. Беременностей – 4, родов – 4.

Объективно. Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Телосложение гиперстеническое. Регионарные лимфатические узлы не увеличены. Костно-суставная и мышечная системы без изменений. Дыхание везикулярное, частота дыхательных движений 18 в 1 минуту. Границы сердца в пределах нормы, частота сердечных сокращений 76 в 1 минуту, артериальное давление 120/80 мм рт.ст., при аускультации шумов нет. Язык обложен у корня белым налетом. Живот при пальпации безболезненный. Печень по краю реберной дуги, при пальпации безболезненная. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Стул без изменений. Мочиспускание свободное, безболезненное. Отеков нет.

Локальный статус. Патологический процесс локализован на коже лица в области правой скуловой дуги. Представлен очагом гиперемии и шелушения с нечеткими границами диаметром более 3,0 см, в центре поражения экзофитное образование диаметром 0,5\*0,6 см, на поверхности геморрагическая корочка (рисунок 5). Подчелюстные лимфоузлы не увеличены, подвижные, эластичные, безболезненные, не спаяны с окружающей тканью.



Рисунок 5. Базально-клеточная карцинома. Клиника.

Обследование. ОАК от 23.12.2019 г. – эозинофилия, лимфоцитоз, ускоренное СОЭ: Нв – 135 г/л, эритроциты –  $4,2 \times 10^{12}/л$ , тромбоциты –  $259 \times 10^9/л$ , лейкоциты –  $6,6 \times 10^9/л$ , с/я – 54,8%, эозинофилы – 6%, моноциты – 4,4%, лимфоциты – 47,3%, СОЭ – 18 мм/ч.

БАК от 23.12.2019 г. – без отклонений: креатинин – 69 ммоль/л, глюкоза крови – 4,5 ммоль/л, АлаТ – 18 мккат/л, АсаТ – 24 мккат/л, щелочная фосфатаза –

64,0 Ед/л, общий билирубин – 15,5 мкмоль/л, прямой билирубин – 5,6 мкмоль/л, общий холестерин – 4,2 ммоль/л, триглицериды – 1,0 ммоль/л.

Кровь на ВИЧ, микрореакция преципитации от 23.12.2019 г. – отрицательные.

УЗИ щитовидной железы от 24.12.2019 г.: патологии не выявлено.

УЗИ органов брюшной полости от 24.12.2019 г.: признаки холецистита, панкреатита.

Консультация терапевта от 24.12.2019 г.: Артериальная гипертензия 2 ст. Риск 3.

Консультация гастроэнтеролога от 24.12.2019 г.: Хронический гастрит в стадии ремиссии. Хронический панкреатит, хронический холецистит.

Дерматоскопия от 25.12.2019 г. (рисунок 6,7,8): асимметричное меланоцитарное образование диаметром 1,0 см, древовидные сосуды, множественные мелкие изъязвления, что наиболее характерно для базально-клеточной карциномы. Рекомендовано: консультация онколога с последующей гистологией.



Рисунок 6. Дерматоскопия: асимметричное меланоцитарное образование диаметром 1,0 см

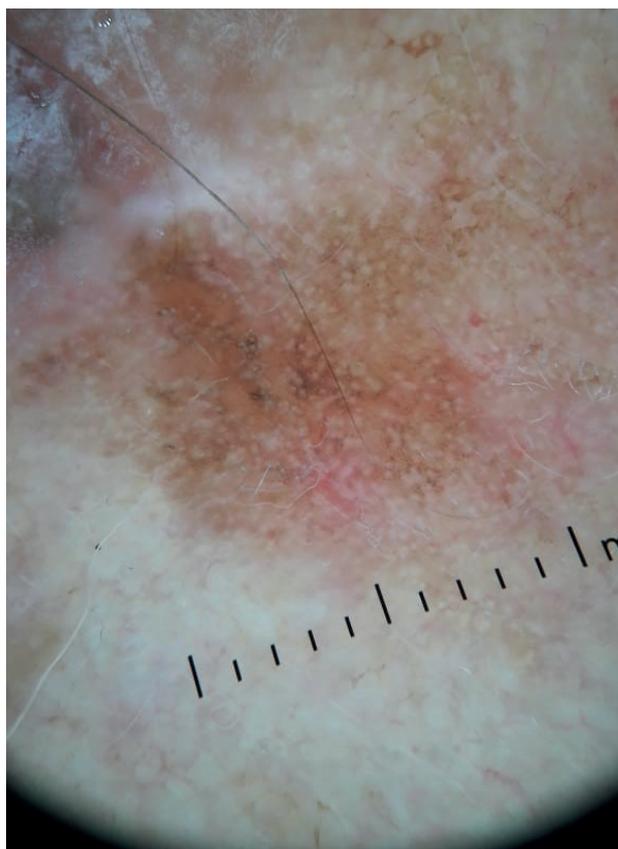


Рисунок 7. Дерматоскопия: «древовидные» сосуды

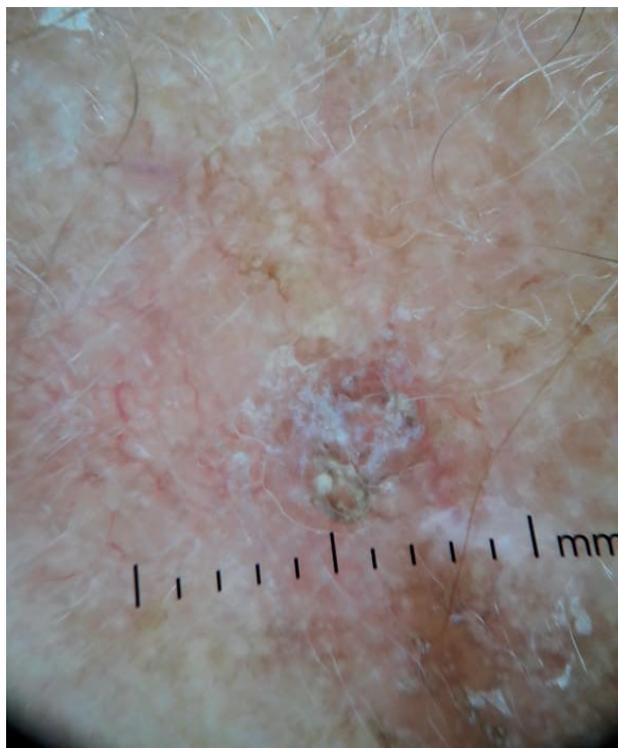


Рисунок 8. Дерматоскопия: множественные мелкие изъязвления, что наиболее характерно для базально-клеточной карциномы

На основании полученных данных выставлен диагноз: Поверхностная базально-клеточная карцинома.

Сопутствующий. Артериальная гипертензия 2 ст. Риск 3. Хронический гастрит в стадии ремиссии. Хронический панкреатит, хронический холецистит.

С диагнозом базально-клеточная карцинома пациентка направлена на консультацию к онкологу. Дальнейшая судьба пациентки неизвестна.

### Обсуждение

В данном случае диагноз поверхностная распространенная форма меланомы и базально-клеточной карциномы основывался на данных анамнеза заболевания и жизни, физикального обследования, данных дерматоскопии.

Обе пациентки немолодого возраста: 71 и 72 лет, что совпадает с данными литературы о преимущественном заболевании пациентов, возраст которых варьировал от 50 до 90 лет и средний возраст составлял 71 год [14].

Клиническая картина меланомы и карциномы в нашем случае включала диагностические критерии: локализация на лице, конечностях, наличие образований с изъязвлением; хроническое течение; данные совпадают с литературными данными [15, 16].

По современным представлениям в диагностике новообразований кожи у врачей дерматологов ценным инструментальным методом считается неинвазивная техника исследования кожных новообразований – дерматоскопия [6]. По данным литературы [11, 17, 18], в настоящее время дерматоскопическое исследование является неотъемлемой частью клинического обследования пациентов с новообразованиями кожи.

В результате проведения дерматоскопии у пациентки в нашем первом клиническом случае выявлены положительные признаки меланомы: меланоцитарное образование, атипичная пигментная сеть, полиморфные атипичные сосуды, сине-голубая вуаль, эрозивная поверхность. Также и у авторов в современной литературе наиболее частыми дерматоскопическими признаками меланомы являются: наличие меланоцитарного образования, как один из традиционных дифференциально-диагностических критериев в диагностике меланомы кожи; атипичная пигментная сеть – пигментированная сеть с утолщенными линиями (отложение меланина в кератиноцитах или меланоцитах вдоль дермо-эпидермального сочленения) и неравномерным распределением, отверстия (верхушки сосочков дермы) различны по диаметру и величине; сине-голубая вуаль – сине-белые структуры, а именно любой белый и/или синий цвет, видимый в очаге поражения, включая сине-белую вуаль, рубцовую депигментацию, регрессионные структуры [8, 18, 20].

Описанные нами дерматоскопические признаки во втором клиническом случае совпадают с мнением авторов: древовидные сосуды, множественные мелкие изъязвления, что позволяет диагностировать пациентке поверхностную базально-клеточную карциному.

По современным литературным данным дерматоскопическая картина базально-клеточной карциномы наиболее часто представлена ярко-красными древовидными сосудами с диаметром (0,2 мм и более), из которых исходят ветвящиеся сосуды с постепенно уменьшающимися диаметрами, пронизывающими всю поверхность опухоли, эти «древовидные сосуды» резко сфокусированы из-за их поверхностного расположения, расположенного сразу под эпидермисом, древовидные капилляры присутствуют в более чем 80% базально-клеточных карцином. Следующими частыми дерматоскопическими признаками при базально-клеточных карциномах являются изъязвления – структуры, состоящие из мелких эрозий, покрытые геморрагическими корочками. Наличие множественных мелких изъязвлений, называемых эрозиями, является признаком, наблюдаемым в поверхностной базально-клеточной карциноме [8, 15-17].

Врач (семейный врач, ВОП) должен быть внимателен на приеме, осматривать полностью все кожные покровы. А наша пациентка Е. неоднократно обращалась за медицинской помощью по месту жительства, учитывая, что в анамнезе сахарный диабет 2 типа, общего осмотра кожи врачом общей практики не проводилось, не учитывался высокий риск развития рака, диабетической стопы.

Дерматоскопия должна стать одной из компетенций врача общей практики отечественного здравоохранения. В развитых странах (Австралия, Италия, Испания, Канада, Франция) дерматоскопия используется врачами общей практики для исследования пигментированных поражений кожи всего тела [21-25] – это является одной из компетенций врачей общей практики.

### Выводы:

1. Представленные клинические случаи свидетельствуют о ценности дерматоскопии в диагностике злокачественных новообразований кожи – меланом, базально-клеточных карцином, что важно в практике врачей-дерматологов.

2. Дерматоскопия прочно обосновалась в числе практических навыков врача-дерматолога, врача-онколога. Необходимо широко внедрять дерматоскопию среди врачей общей практики отечественного здравоохранения.

---

*Авторы выражают благодарность за сотрудничество к.м.н., доценту Г.А. Смагуловой.  
Авторы подтверждают отсутствие конфликта интересов.*

---

Список литературы / References:

1. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2018;68(6): 394–424. doi: 10.3322/caac.
2. World Cancer Research Fund. *Skin Cancer.* 27 April 2018. Available online: <https://www.wcrf.org/dietandcancer/skin-cancer> (accessed on 17 December 2019).
3. Caradee Y, Wright D, Jean du Preez, Danielle A. Millar and Mary Norval. The Epidemiology of Skin Cancer and Public Health Strategies for Its Prevention in Southern Africa. *Int. J. Environ. Res. Public Health.* 2020;17(3):10–17; <https://doi.org/10.3390/ijerph17031017>.
4. Каприн АД, Старинский ВВ, Петрова ГВ. Злокачественные новообразования в России в 2015 году (заболеваемость смертность). М: МНИ-ОИ им. П.А. Герцена филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России; 2017.  
*Kaprin AD, Starinskij VV, Petrova GV. Malignant neoplasms in Russia in 2015 (incidence of mortality). M: MNI-OI them. P.A. Herzen branch of the FSBI "NMIRS" Ministry of Health of Russia; 2017. [In Russian]*
5. Савхатов ДХ. Клинико-эпидемиологические аспекты рака кожи в Казахстане. Журнал Казахского НИИ онкологии и радиологии. 2012;2(3):3–6.  
*Savkhatov D.Kh. Clinical and epidemiological aspects of skin cancer in Kazakhstan. Journal of the Kazakh Research Institute of Oncology and Radiology. 2012, 2 (3): 3-6. [In Russian]*
6. Lallas A, Giacomel J, Argenziano G, García-García B, González-Fernández D, Zalaudek I, Vázquez-López F. Dermoscopy in General Dermatology: Practical Tips for the Clinician. *Br J Dermatol.* 2014;170(3):514–526. doi: 10.1111/bjd.12685
7. Mackiewicz-Wysocka M, Bowszyc-Dmochowska M, Strzelecka-Węklar D, Dańczak-Pazdrowska A, Adamski Z. Basal cell carcinoma – diagnosis. *Contemp Oncol (Pozn).* 2013;17(4):337–342. doi: 10.5114/wo.2013.35684
8. Карлс Р, Батпеннова ГР, Котлярова ТВ, Цой НО. Введение в дерматоскопию: методические рекомендации для врачей. Нур-Султан. 2019:28.  
*Karls R, Batpenova GR, Kotlyarova TV, Tsoi NO. Introduction to dermatoscopy: guidelines for doctors. Nur-Sultan. 2019;28. [In Russian]*
9. Menzies SW, Emery J, Staples M, et al. Impact of dermoscopy and short-term sequential digital dermoscopy imaging for the management of pigmented lesions in primary care: a sequential intervention trial. *Br J Dermatol.* 2009;161:1270–1277. doi: 10.1111/j.1365-2133.2009.09374.x
10. Bafounta ML, Beauchet A, Aegerter P, et al. Is dermoscopy (epiluminescence microscopy) useful for the diagnosis of melanoma? Results of a meta-analysis using techniques adapted to the evaluation of diagnostic tests. *Arch Dermatol.* 2001;137(10):1343–1350. doi: 10.1001/archderm.137.10.1343
11. Hoorens I, Vossaert K, Lanssens S, Dierckxens L, Argenziano G, Brochez L. Value of Dermoscopy in a Population-Based Screening Sample by Dermatologists. *Dermatol Pract Concept.* 2019;9(3):200–206. doi: 10.5826/dpc.0903a05.
12. Cohen PR. Red Dot Basal Cell Carcinoma: Report of Cases and Review of This Unique Presentation of Basal Cell Carcinoma. *Cureus.* 2017;9(3):1110. doi: 10.7759/cureus.1110.
13. Lallas A, Apalla Z, Argenziano G, Longo C, Moscarella E, et al. The dermatoscopic universe of basal cell carcinoma. *Dermatol Pract Concept.* 2014;4(3):11–24. doi: 10.5826/dpc.0403a02
14. Telfer NR, Colver GB, Morton CA. British Association of Dermatologists. Guidelines for the management of basal cell carcinoma. *Br J Dermatol.* 2008;159(1):35–48. doi: 10.1111/j.1365-2133.2008.08666.x.
15. Хлебникова АН, Новоселова НВ. Дерматоскопические критерии базалиом различного морфологического строения. Альманах клинической медицины. 2014;34:65–70. <https://doi.org/10.18786/2072-0505-2014-34-65-70>.  
*Khlebnikova AN, Novoselova NV. Dermatoscopic criteria for basal cell carcinomas of various morphological structures. Almanac of clinical medicine. 2014;34:65–70. https://doi.org/10.18786/2072-0505-2014-34-65-70. [In Russian]*
16. Хлебникова АН, Новоселова НВ. Особенности дерматоскопической картины клинических форм базально-клеточного рака кожи. Российский журнал кожных и венерических болезней. 2014;1:9–14. <https://doi.org/10.17116/klinderma.20141091714>  
*Khlebnikova AN, Novoselova NV. Features of a dermatoscopic picture of clinical forms of basal cell skin cancer. Russian Journal of Skin and Sexually Transmitted Diseases. 2014;1:9–14. [In Russian]*
17. Гагарина ОЕ, Шливко ИЛ, Клеменова ИА, Орлинская НЮ, Гамаюнов СВ, Давыдова ДА, Корчагина КС. Дерматоскопические предикторы степени риска рецидивирования базально-клеточного рака кожи. Клиническая дерматология и венерология. 2018;17(4):79–90. <https://doi.org/10.17116/klinderma.20181704179>  
*Gagarina OE, Shlivko IL, Klemenova IA, Orlynskaya NYu, Gamayunov SV, Davydova DA, Korchagina KS. Dermatoscopic predictors of the risk of recurrence of basal cell skin cancer. Clinical Dermatology and Venereology. 2018;17(4):79–90. https://doi.org/10.17116/klinderma.20181704179. [In Russian]*
18. Сергеев ЮЮ, Мордовцева ВВ. Меланома кожи с явлениями регресса: описание клинического случая и обзор литературы. Клиническая дерматология и венерология. 2017;16(5):36–41. DOI: 10.17116/klinderma201716536-41  
*Sergeev YuYu, Mordovtseva VV. Skin melanoma with regression: a case report and literature review. Clinical Dermatology and Venereology. 2017;16(5):36–41. [In Russian]*
19. Силина ЛВ, Шварц НЕ, Колбина МС. Оптическая диагностика кожи на ежедневном дерматологическом приеме. Клиническая дерматология и венерология. 2018;4:92–96. <https://doi.org/10.17116/klinderma.20181704192>  
*Silina LV, Schwartz NE, Kolbina MS. Optical skin diagnostics at a daily dermatological appointment. Clinical Dermatology and Venereology. 2018;4:92–96. https://doi.org/10.17116/klinderma.20181704192. [In Russian]*
20. Сергеев ЮЮ, Мордовцева ВВ. Опыт диагностики меланомы кожи диаметром менее 6 мм. Клиническая дерматология и венерология. 2018;17(4):97–105. DOI: 10.17116/klinderma20181704197  
*Sergeev YuYu, Mordovtseva VV. Diagnosis of skin melanoma with a diameter of less than 6 mm. Clinical Dermatology and Venereology. 2018;17(4):97–105. DOI: 10.17116/klinderma20181704197. [In Russian]*
21. Chamberlain AJ, Kelly JW. Use of dermoscopy in Australia. *Med J Aust.* 2007 Aug 20;187(4):252–3. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2007.tb01222.x>
22. Rosendahl C, Williams G, Eley D, et al. The impact of subspecialization and dermoscopy use on accuracy of melanoma diagnosis among primary care doctors in Australia. *J Am Acad Dermatol.* 2012;67(5):846–52. doi: 10.1016/j.jaad.2011.12.030.
23. Argenziano G, Puig S, Zalaudek I, et al. Dermoscopy improves accuracy of primary care physicians to triage lesions suggestive of skin cancer. *J Clin Oncol.* 2006;24(12):1877–82.
24. Herschorn A. Dermoscopy for melanoma detection in family practice. *Can Fam Physician.* 2012;58(7):740-5, e372-8.  
*Chappuis P, Duru G, Marchal O, Girier P, Dalle S, Thomas L. Dermoscopy, a useful tool for general practitioners in melanoma screening: a nationwide survey. Br J Dermatol. 2016;175(4):744–50. doi: 10.1111/bjd.14495.*