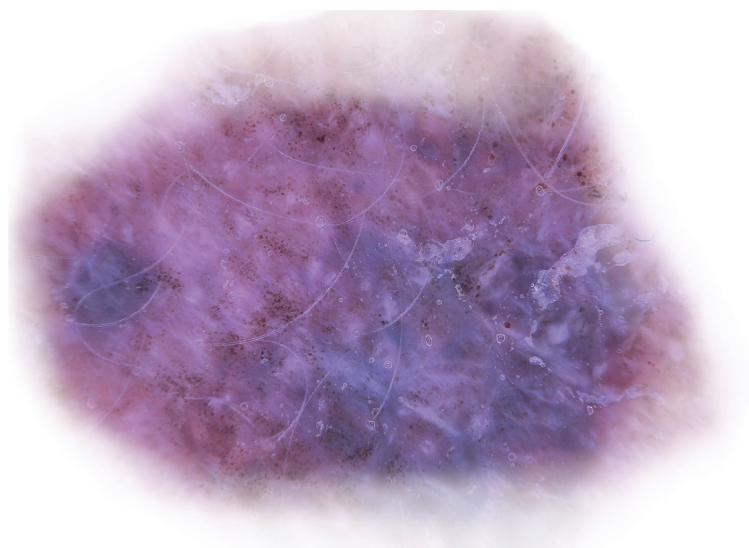

**И.А. Клеменова, И.Л. Шливко, О.Е. Гаранина,
О.Н. Ткачева, Ю.В. Котовская**

**ОПУХОЛИ КОЖИ
В ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ
ПРАКТИКЕ**

Учебное пособие



ИЗДАТЕЛЬСТВО
ПРОМЕТЕЙ

МОСКВА
2021

УДК 616.006
ББК 55.694.583
062

Авторы:

*И.А. Клеменова, И.Л. Шливко, О.Е. Гаранина,
О.Н. Ткачева, Ю.В. Котовская*

062 **Опухоли кожи в гериатрической практике:** учебное пособие / И.А. Клеменова, И.Л. Шливко, О.Е. Гаранина [и др.]. — М.: Прометей, 2021. — 62 с.: ил.

ISBN 978-5-00172-117-8

Опухоли кожи занимают первое место среди всех злокачественных новообразований других локализаций в структуре заболеваемости лиц пожилого возраста. Возрастные пациенты являются целевой группой для скрининга, что объясняет необходимость врачам всех специальностей, имеющих доступ к кожным покровам, обладать навыком распознавания доброкачественных и злокачественных опухолей кожи.

В пособии большое внимание уделено клинической и дерматоскопической диагностике наиболее часто встречающихся новообразований кожи, их ведению и профилактике. Учебное пособие составлено с учетом требований современных государственных образовательных стандартов и предназначено для подготовки студентов старших курсов медицинских вузов лечебного и педиатрического факультетов, ординаторов, аспирантов, врачей по вопросам диагностики и дифференциальной диагностики опухолей кожи. Для самоконтроля представлены тестовые задания.

ISBN 978-5-00172-117-8

© Коллектив авторов, 2021
© Издательство «Прометей», 2021

АВТОРСКИЙ КОЛЛЕКТИВ

Клеменова Ирина Александровна, доктор медицинских наук, профессор кафедры кожных и венерических болезней, первый проректор ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава РФ; e-mail: iklemenova@mail.ru; ORCID ID 0000-0003-1042-8425; Klemenova Irina Aleksandrovna.

Шливко Ирена Леонидовна, доктор медицинских наук, заведующая кафедрой кожных и венерических болезней ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава РФ; e-mail: irshlivko@gmail.com; ORCID ID 0000-0002-7326-7553; Shlivko Irena Leonidovna.

Гаранина Оксана Евгеньевна, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры кожных и венерических болезней ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава РФ, научный сотрудник и врач-онколог отделения реконструктивной и пластической хирургии Университетской клиники Институт травматологии и ортопедии; e-mail: oksanachekalkina@yandex.ru; ORCID ID 0000-0002-7326-7553; Garanina Oksana Evgenjevna.

Ткачева Ольга Николаевна, доктор медицинских наук, профессор, директор ОСП РГНКЦ ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, e-mail: tkacheva@rgnkc.ru; ORCID ID 0000-0002-4193-688X; Tkacheva Olga Nikolaevna.

Котовская Юлия Викторовна, доктор медицинских наук, профессор, заместитель директора по научной работе ОСП РГНКЦ ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, e-mail: kotovskaya_yv@rgnkc.ru; ORCID ID 0000-0002-1628-5093; Kotovskaya Yulia Viktorovna.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

УФ — ультрафиолет

БКРК — базальноклеточный рак кожи

ПКРК — плоскоклеточный рак кожи

АК — актинический кератоз

ФДТ — фотодинамическая терапия

ВПЧ — вирус папилломы человека

SPF — Sun Protection Factor — солнцезащитный фактор

UVA и UVB — ультрафиолетовые лучи с длиной волны А и В



ВВЕДЕНИЕ

Онкологические заболевания являются одной из важнейших проблем пожилого возраста, при этом опухоли кожи занимают лидирующие позиции по распространенности.

По данным Российского Центра информационных технологий и эпидемиологических исследований в области онкологии в составе МНИОИ им. П.А. Герцена, в 2015 г. в структуре заболеваемости лиц пожилого возраста (60 лет и старше) преобладают опухоли кожи с меланомой (16,4 %), трахеи, бронхов, легкого (10,8 %), молочной железы (9,5 %), ободочной кишки (7,7 %), желудка (7,2 %) [1, 2].

За 10 лет с 2005 по 2015 г. абсолютное число пациентов с меланомой увеличилось с 2768 до 3976, таким образом прирост показателя заболеваемости населения по меланоме составил 34,8 %. Аналогичная ситуация прослеживается и по раку кожи: с 2005 до 2015 г. абсолютное число заболевших увеличилось с 20330 до 26874 с приростом в 31,47 % [3]. Средний возраст больных с впервые в жизни установленным диагнозом меланома составил 61 год, при этом необходимо отметить, что резкий подъем заболеваемости относится к возрастной группе 45—49 лет и данная тенденция сохраняется с увеличением возраста. Так, заболеваемость меланомой в группе 40—44 года составляет 5,1 на 100 000 населения; в группе 45—49 лет — 7,32; в группе 75—79 лет — 24,62 [4].

Средний возраст больных с впервые в жизни установленным диагнозом рак кожи составляет 69,4 года. Двукратное увеличение заболеваемости происходит в возрастной группе 45—49 лет — с 12 до 20 на 100 000. Максимальный показатель заболеваемости регистрируется в возрастной группе 80—84 года и составляет 312,16 на 100 000 [1].

Лица старше 50 лет относятся к группам риска развития злокачественных опухолей кожи и являются целевой группой для скрининга опухолей кожи. Осмотр кожных покровов является неотъемлемой частью физического исследования пациента, поэтому практически врачи всех специальностей должны иметь навыки распознавания доброкачественных и злокачественных опухолей кожи, поскольку их своевременное выявление и лечение в значительной мере улучшает прогноз жизни человека любого возраста, включая самые старшие возрастные группы.

Цель данного атласа — предоставить наглядную ключевую информацию, которая поможет врачам всех специальностей распознавать изменения кожи пожилого человека.

Определение

Меланома кожи — злокачественная опухоль нейроэктодермального происхождения, исходящая из меланоцитов кожи [5,6].

Синонимы

Злокачественная меланома кожи.

Эпидемиология

Ежегодно в России регистрируется около 4000 новых случаев меланомы кожи.

Этиология [7]

1. Ультрафиолетовое повреждение. Наиболее подверженными УФ-повреждению являются представители 1—2 фототипов кожи (см. приложение 2).
2. Солнечные ожоги в детстве (интенсивное периодически повторяющееся воздействие УФ).
3. Наличие 10 и более диспластических невусов или 100 и более обычных приобретенных невусов.
4. Наличие крупного или гигантского врожденного невуса.
5. Семейный или личный анамнез меланомы.
6. Синдром диспластического невуса, пигментная ксеродерма, FAMM — синдром.
7. PUVA-терапия.
8. Иммунодефицит врожденный или приобретенный.

Локализация

Локализация меланомы во многом определяется ее клинико-морфологическим подтипом. Лентиго меланома чаще локализуется на лице, Акральную меланому ожидаем увидеть на стопах, ладонях, концевых фалангах пальцев, под ногтем. Узловая меланома чаще локализуется на коже туловища.

Клиника

При осмотре кожных покровов любое меланоцитарное образование должно быть рассмотрено с позиции мнемонического правила «ABCDE».

Данное правило разработано как для врачей, так и для пациентов, чтобы распознавать признаки, связанные с меланомой. Система ABCDE включает в себя асимметрию, неравномерность границ, изменение цвета, диаметр более 6 мм и эволюцию или элевацию поражения.

Меланома наиболее часто представлена пятном, напоминающим невус. При более внимательном рассмотрении в элементе можно рассмотреть несколько цветов: коричневый, серый, розовый, белый и черный. Элемент растет по поверхности, появление узлового компонента в области пятна, позволяет судить о наступлении фазы вертикального роста и проникновении клеток меланомы в дерму. Субъективные ощущения, такие как зуд или жжение, а также кровоточивость поверхности меланомы являются признаками, характеризующими опухоль большой толщины.

Узловая меланома изначально появляется на коже в виде узла без предшествующего пятнистого компонента. Узел растет быстро, чаще черного или красного цвета с кровоточащей или эрозивной поверхностью. К сожалению, такой вариант меланомы не подчиняется диагностическим алгоритмам и не оставляет возможности ранней диагностики.



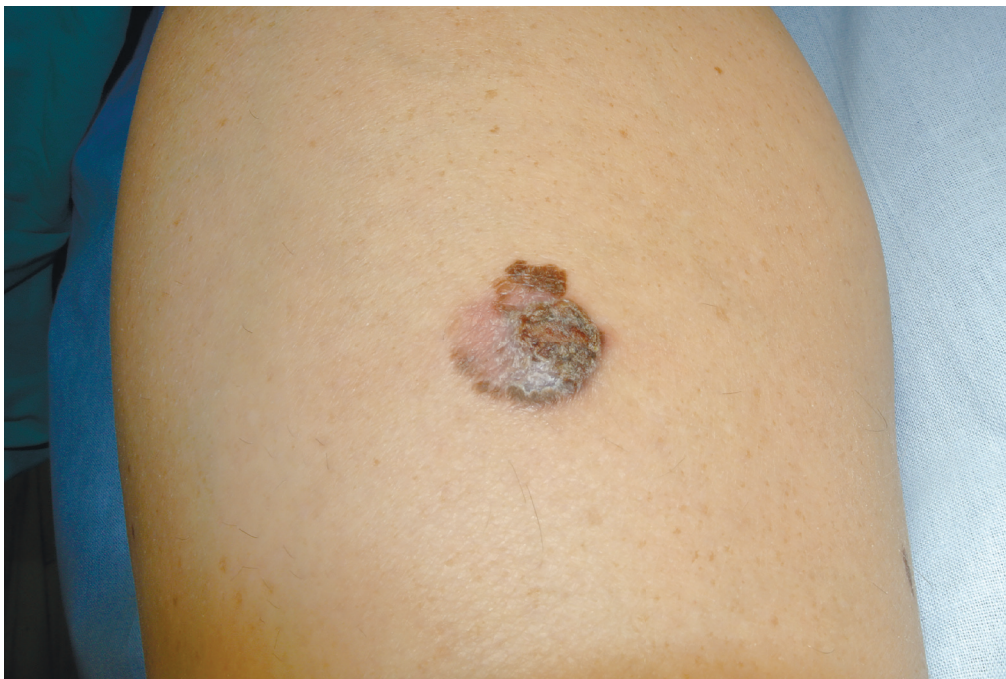
Поверхностно-распространяющаяся меланома кожи предплечья



Акральная меланома кожи стопы



Акральная подошвенная меланома



Поверхностно-распространяющаяся меланома кожи голени

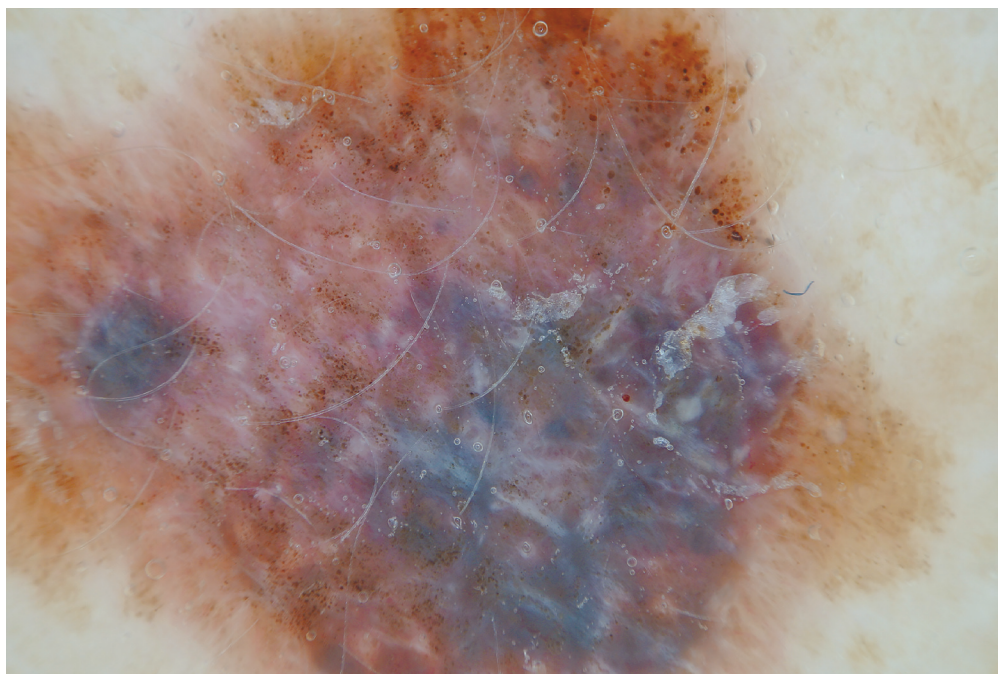
Дерматоскопия

При дерматоскопии меланомы выделяют 7 характерных признаков, характеризующих злокачественную опухоль [8]:

1. Атипичная пигментная сеть
2. Бело-голубая вуаль
3. Структуры регресса
4. Нерегулярная лучистость

5. Атипичные сосуды
6. Эксцентрично расположенная гомогенная пигментация
7. Ассиметричные пигментные глобулы

На анализе и подсчете данных признаков базируются основные алгоритмы диагностики меланомы.



Дерматоскопическое изображение меланомы

Лечение

Лечение меланомы осуществляется в специализированном учреждении, на основании клинических рекомендаций [4, 9].

Профилактика

Защита от УФ-излучения (приложение 3).

Периодическое самообследование либо проведение периодического дерматоскопического обследования всех новообразований повышает вероятность выявления тонкой меланомы, что значительно влияет на прогноз течения заболевания.



БАЗАЛЬНОКЛЕТОЧНЫЙ РАК КОЖИ

Определение

Базальноклеточный рак кожи — карцинома, развивающаяся из базальных клеток интерфолликулярного эпидермиса и\или волосяных фолликулов [10, 11].

Синонимы

Базальноклеточная карцинома, базальноклеточная эпителиома, базилиома.

Эпидемиология

Одна из самых частых злокачественных опухолей у человека. Заболеваемость зависит от географического расположения территории и преобладания людей с определенным фототипом. Риск возникновения БКРК увеличивается с возрастом. Использование источников искусственного УФ-излучения является фактором риска для возникновения рака кожи в молодом возрасте. Ежегодно в России регистрируется более 25000 новых случаев БКРК [12, 13].

Этиология

1. Высокая кумулятивная доза УФ-излучения с раннего детского возраста.
2. Реципиенты при пересадке органов имеют 10-кратное увеличение риска возникновения БКРК в отличие от популяции.
3. Генетические синдромы.

Локализация

БКРК преимущественно локализуется на участках кожи, подвергающихся воздействию УФ-излучения, около 60 % диагностируется на коже головы, 25 % на коже туловища. Различные гистологические подтипы опухоли имеют излюбленную локализацию, так узловатая форма чаще диагностируется на лице, поверхностная на коже туловища.

Клиника

Клиника БКРК зависит от гистопатологического варианта. Типичная клиническая картина представляет собой перламутровую папулу с телеангиоэктазиями на поверхности, она может эрозироваться и изъязвляться. Поверхностная форма представлена пятном розового цвета с незначительным шелушением на поверхности. Склерозирующая (склеродермоподобная) и инфильтрирующая формы БКРК имеют вид гипертрофического рубца [5].

Клинико-гистологические варианты [5]

1. Узловая БКРК*
2. Поверхностная БКРК*
3. Микроузловая БКРК
4. Инфильтративная БКРК*
5. Склерозирующая/склеродермоподобная БКРК
6. Базосквамозная (метатипическая)*
7. Пигментная БКРК*
8. БКРК с саркоматоидной дифференциацией
9. БКРК с железистой дифференциацией
10. Фиброэпителиальная БКРК*



Узловая форма БКРК



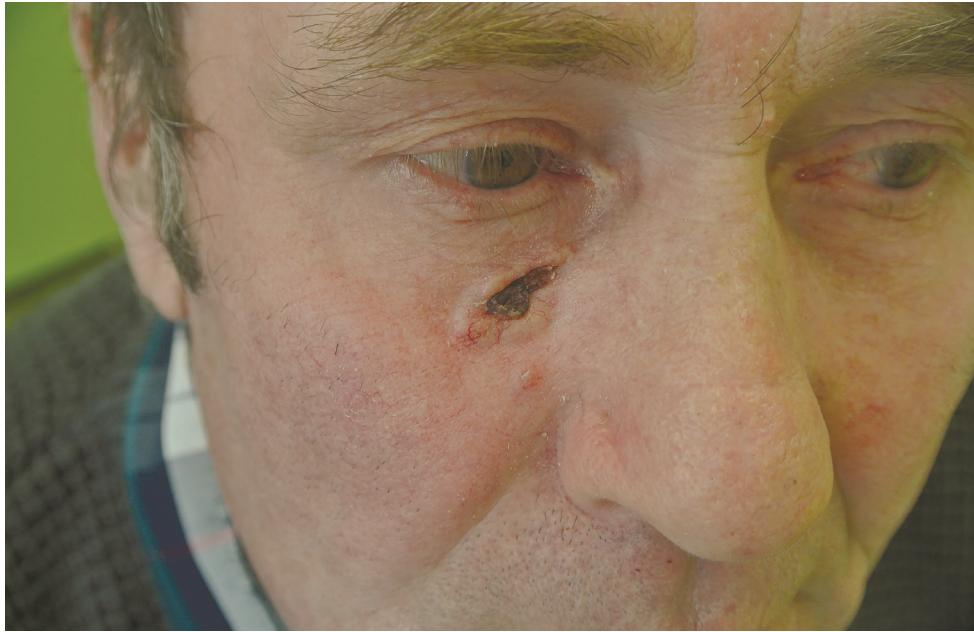
Базальноклеточный рак кожи на фоне фотоповрежденной кожи



Поверхностная форма БКРК



Узловая пигментированная форма БКРК



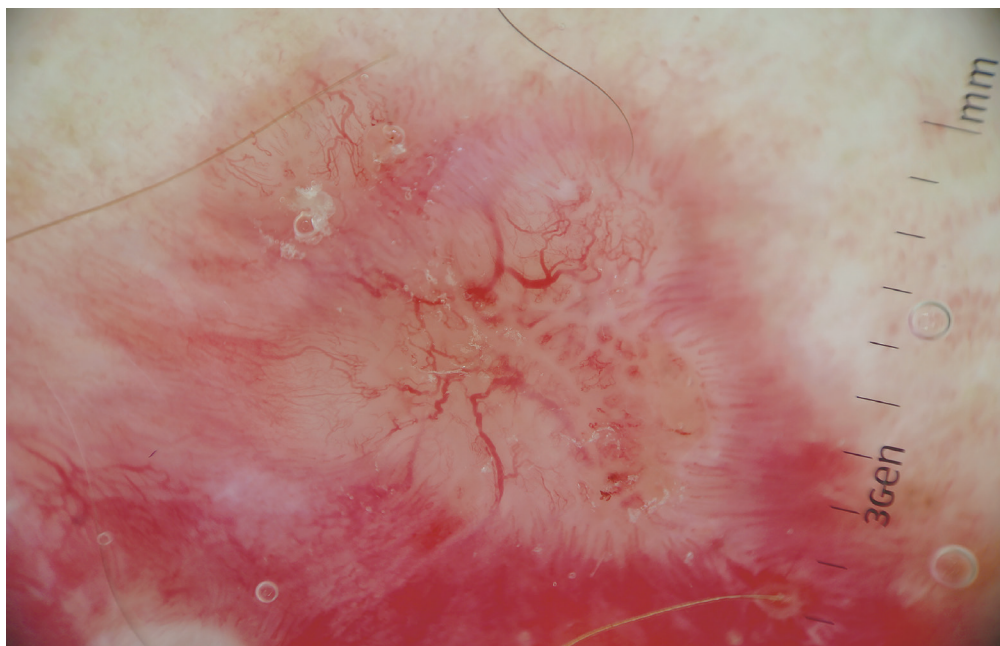
Узловая форма БКРК в стадии изъязвления

Дерматоскопия

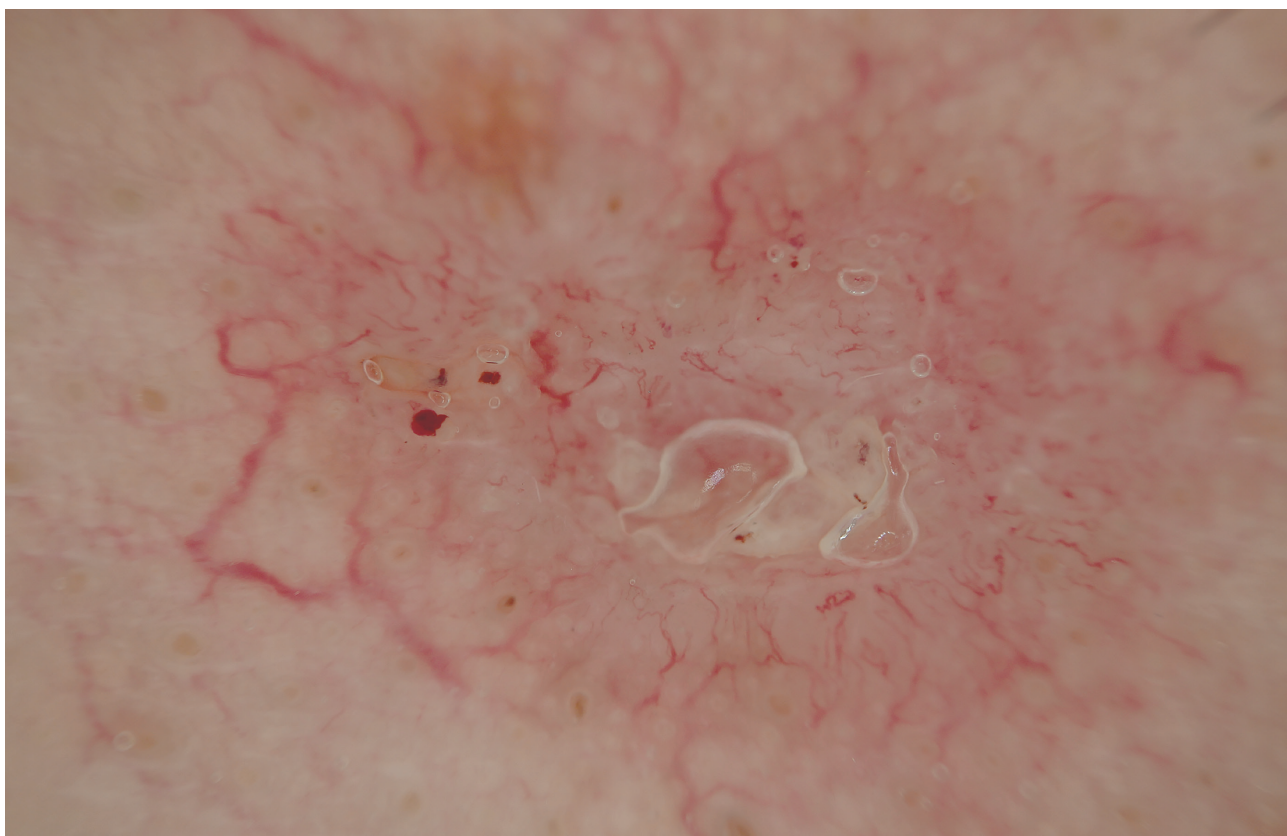
БКРК относится к немеланоцитарным опухолям и ее диагностика основывается на выявлении типичных признаков — «ключей» [14, 15, 16, 17].

Дерматоскопические «ключи» БКРК:

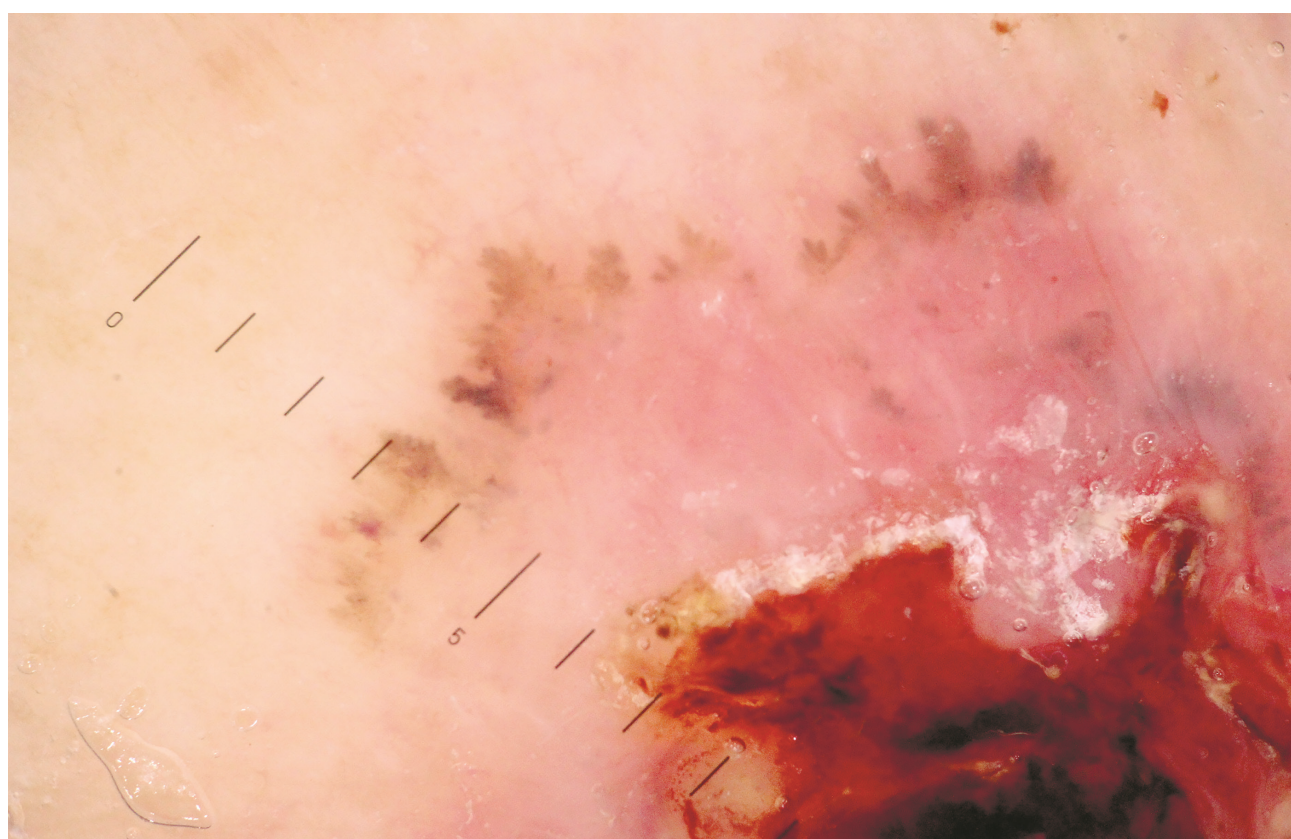
1. Древоподобные сосуды
2. Телеангиоэктатические сосуды
3. Структуры по типу кленового листа
4. Микроэрозии
5. Серые овоидные структуры



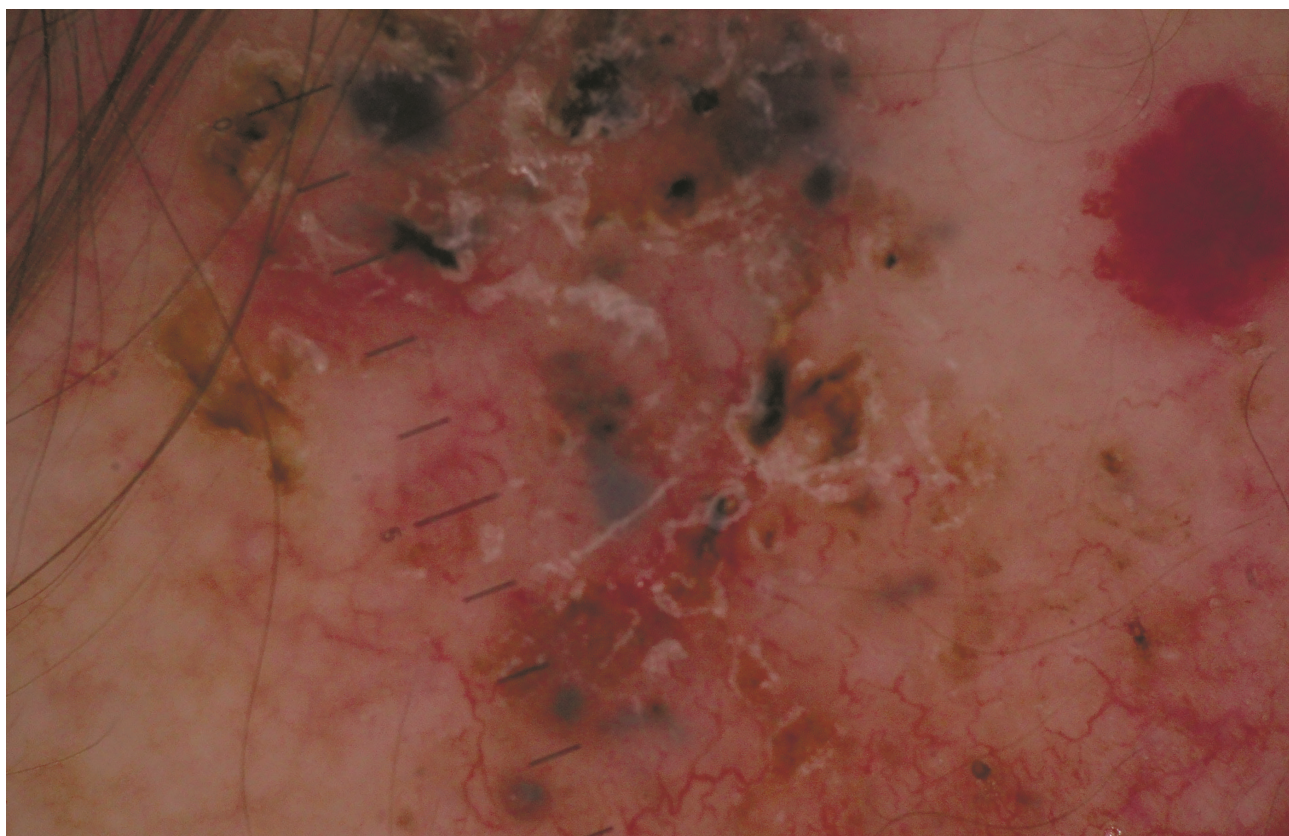
Древоподобные сосуды



Телеангиоэктатические сосуды



Структуры по типу кленового листа и микроэрозия



Серые овоидные структуры

Лечение

Тактика лечения БКРК определяется федеральными клиническими рекомендациями и зависит от гистологического типа опухоли [3].

Профилактика

Защита от УФ-излучения.

Раннее выявление опухоли с дальнейшим динамическим наблюдением в связи с высоким риском рецидивирования [18].

ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫЙ РАК КОЖИ

Определение

Плоскоклеточный рак кожи — карцинома, развивающаяся из эпидермальных кератиноцитов [3].

Синонимы

Плоскоклеточная карцинома.

Эпидемиология

Вторая по частоте эпителиальная злокачественная опухоль кожи, после БКРК. Возникает в пожилом возрасте, у мужчин чаще, чем у женщин, у представителей 1—2 фототипа чаще, чем у темнокожих [19].

Этиология [20]

1. УФ-повреждение
2. Хроническая иммуносупрессия
3. Воздействие местных канцерогенов
4. Послеожоговые рубцы
5. Длительно существующие язвенные дефекты (в краях язвы)
6. ВПЧ-инфекция
7. Профессиональные вредности (мышьяк, деготь, уголь)

Локализация

Открытые участки, подверженные УФ-излучению, включая лицо, губы, ушные раковины, лысый скальп, предплечья, у женщин — голени. Варианты, ассоциированные с ВПЧ-инфекцией, локализуются в области гениталий и на фалангах пальцев рук.

Клиника

ПКРК *in situ* проявляется как гиперкератотическая бляшка, напоминающая псориаз или себорейный кератоз. По мере увеличения инвазии элемент начинает изъязвляться.

В настоящее время кератоакантома расценивается как ПКРК и представляет собой узел с кратериформным углублением, заполненным кератином. Метастазирование в первую очередь происходит в регионарные лимфатические узлы [5].

Дерматоскопия

ПКРК в стадии инвазивного роста не представляет трудностей. Диагностический интерес представляют признаки актинического кератоза и болезни Боуэна, являющихся предраковым состоянием и карциномой *in situ* [21, 22].

Клинико-гистологические варианты [5]

1. Кератоакантома — высокодифференцированный ПКРК
2. Акантолитический ПКРК
3. Веретенообразный ПКРК
4. Веррукозный ПКРК
5. Аденосквамозный ПКРК
6. Светлоклеточно-сквамозный ПКРК
7. ПКРК in situ (болезнь Боуэна)



Кератоакантома кожи щеки



Веррукозный тип ПКРК кожи предплечья



Гигантская кератоакантома кожи тыльной поверхности кисти



Веррукозный тип ПКРК кожи надбровной дуги

Лечение

Тактика лечения ПКРК определяется федеральными клиническими рекомендациями [18].

Профилактика [23]

1. Защита от УФ-излучения
2. Лечение фоновых состояний

БОЛЕЗНЬ БОУЭНА

Определение

Плоскоклеточный рак *in situ* — плоскоклеточный рак, ограниченный эридермисом и эпителием придатков, при котором атипичные клетки располагаются по всей толщине эпидермиса [24, 25].

Синонимы

Интраэпидермальная карцинома, Бовеноидный папулез, интраэпидермальная неоплазия.

Эпидемиология

Большинство случаев диагностируются на фотоповрежденной коже у пожилых пациентов с 1—2 фототипом. Специфической популяцией являются пациенты, получающие иммуносупрессивную терапию и длительное время употребляющие питьевую воду, содержащую мышьяк [26].

Этиология [27]

1. Естественное и искусственное ультрафиолетовое облучение
2. Лучевая или фотохимиотерапия
3. ВПЧ-инфекция

Локализация

Голова, шея, тыльная поверхность кистей, кожа туловища. Редко — область гениталий, перианальная область.



Болезнь Боуэна кожи туловища

Клиника

Единичная, медленно растущая, шелушащаяся эритематозная бляшка. Элемент может оставаться неизменным годами, не отвечает на противовоспалительную терапию. Редко встречаются пигментированные, корковые и веррукозные формы [5].

Дерматоскопия

Образование немеланоцитарное, диагностируется на основании обнаружения следующих признаков [28]:

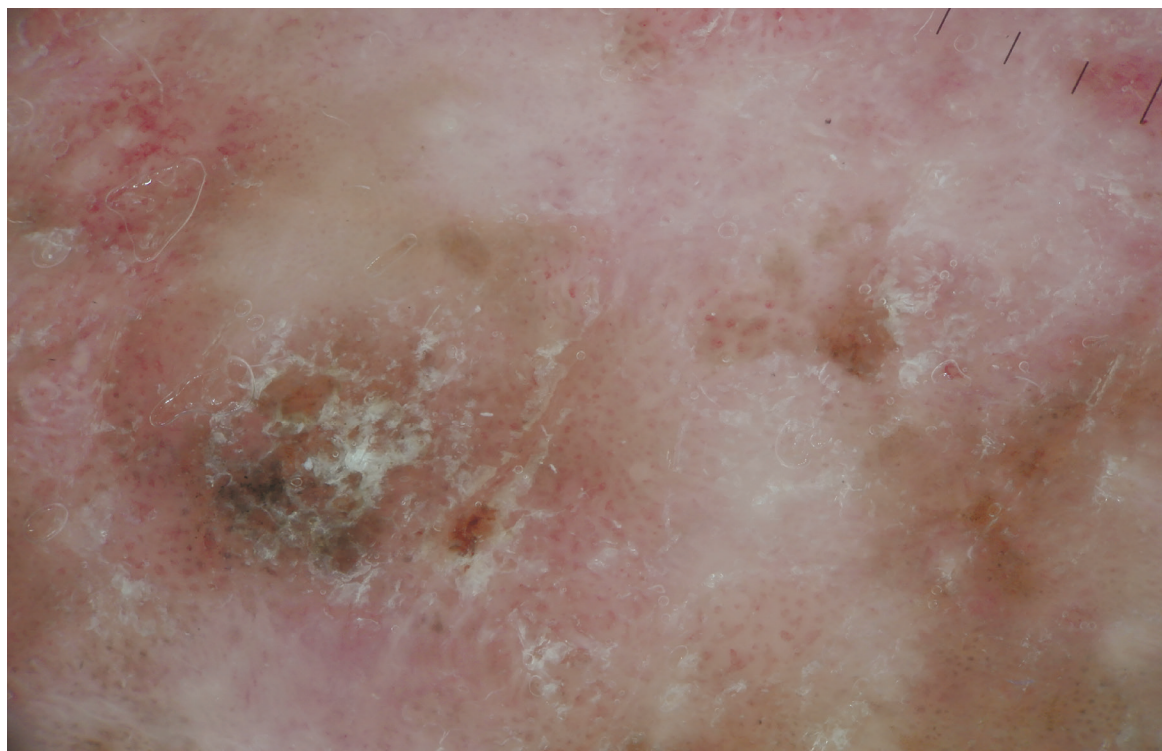
1. клубочковые, линейные, точечные сосуды
2. чешуйки
3. желтые корочки
4. молочно-белые бесструктурные области.

Лечение

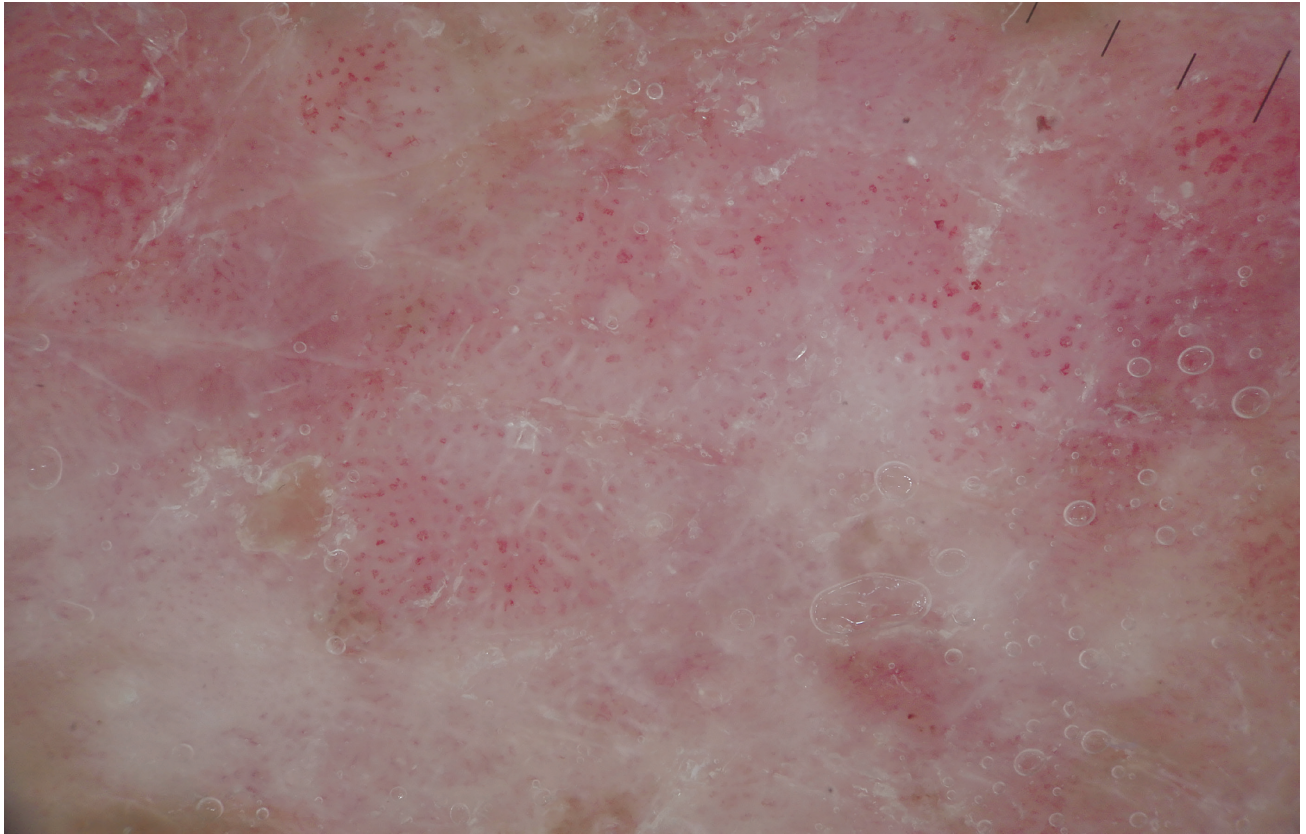
Для установления степени инвазии опухоли необходимо выполнение хирургического иссечения с обязательным выполнением патоморфологического исследования [18].

Профилактика [29]

1. Защита от УФ-излучения
2. Использование средств индивидуальной защиты на вредных производствах



Бесструктурные области, чешуйки, корочки, точечные и клубочковые сосуды



Клубочковые сосуды



МЕЛАНОЦИТАРНЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ

С возрастом количество невусов уменьшается, появление меланоцитарного новообразования после 40-летнего возраста должно вызывать настороженность и являться поводом для проведения дерматоскопического обследования. Не претерпевают инволюцию врожденные невусы, они с возрастом могут изменять цвет, поверхность, в них может регистрироваться рост волос и появление узловых элементов. Любые изменения во врожденных невусах также являются поводом для обследования. Приобретенные невусы с возрастом эволюционируют в двух направлениях, либо исчезая, либо трансформируясь в смешанный или дермальный невус. Именно эти варианты меланоцитарных невусов наиболее часто встречаются в пожилом возрасте.

ПОГРАНИЧНЫЕ, СМЕШАННЫЕ И ДЕРМАЛЬНЫЕ НЕВУСЫ

Определение

Пограничные, смешанные и дермальные невусы являются результатом доброкачественной локальной пролиферации невусных клеток (тип меланоцитов) [5]. Для всех этих невусов характерно наличие гнезд меланоцитов с различной глубиной их залегания: для пограничного — в области базальной мембраны, для смешанного — над базальной мембраной и в дерме, для дермального — только в дерме [30].

Синонимы

Приобретенные невусы, родинки, банальные невусы.

Эпидемиология

Приобретенные невусы появляются в детском возрасте, максимальное количество регистрируется в подростковом возрасте и в дальнейшем их количество уменьшается [31].

Этиология

Количество невусов зависит от фенотипических факторов, воздействия УФ-излучения, генетической предрасположенности.



Пограничные невусы кожи туловища

Локализация

Невусы могут располагаться на любом участке кожного покрова от волосистой кожи головы до стоп, при этом наиболее часто они локализуются на коже туловища.



Дермальные невусы с ростом щетинистых волос кожи надплечья



Дермальный невус кожи спины в финальной стадии своего развития – фиброзная папула

Клиника

Пограничный невус представляет собой пятно с четкими границами от светло-коричневого до черного цвета, его размер обычно не превышает 5 мм. Смешанный невус имеет пятнистый и узловой компонент. Дермальный невус представлен узлом, который со временем теряет пигмент и становится малопигментированным или цвета кожи, его поверхность может быть гладкой или веррукозной, из него могут расти щетинистые волосы [5].



Смешанный невус кожи паховой области

Дерматоскопия

Дерматоскопические признаки невусов зависят от места залегания невусных клеток и их отношения к базальной мембране, локализации элемента, возраста и фототипа пациента [32, 33].

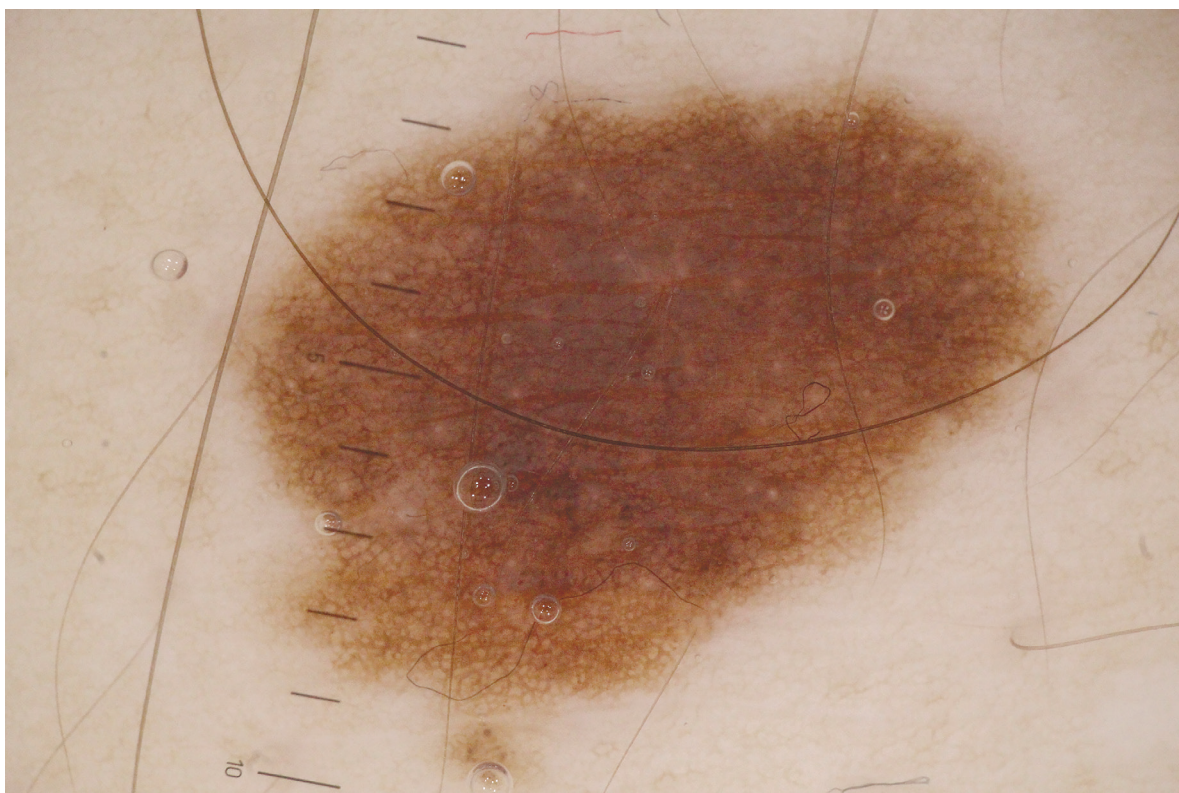
1. Пограничный невус может быть представлен различными сочетаниями следующих признаков: пигментная сеть, бесструктурная область черного цвета, точки и округлые глобулы.

2. Смешанный невус — пигментной сетью, бесструктурной областью коричневого или светло-коричневого цвета, полигональными глобулами, точками.

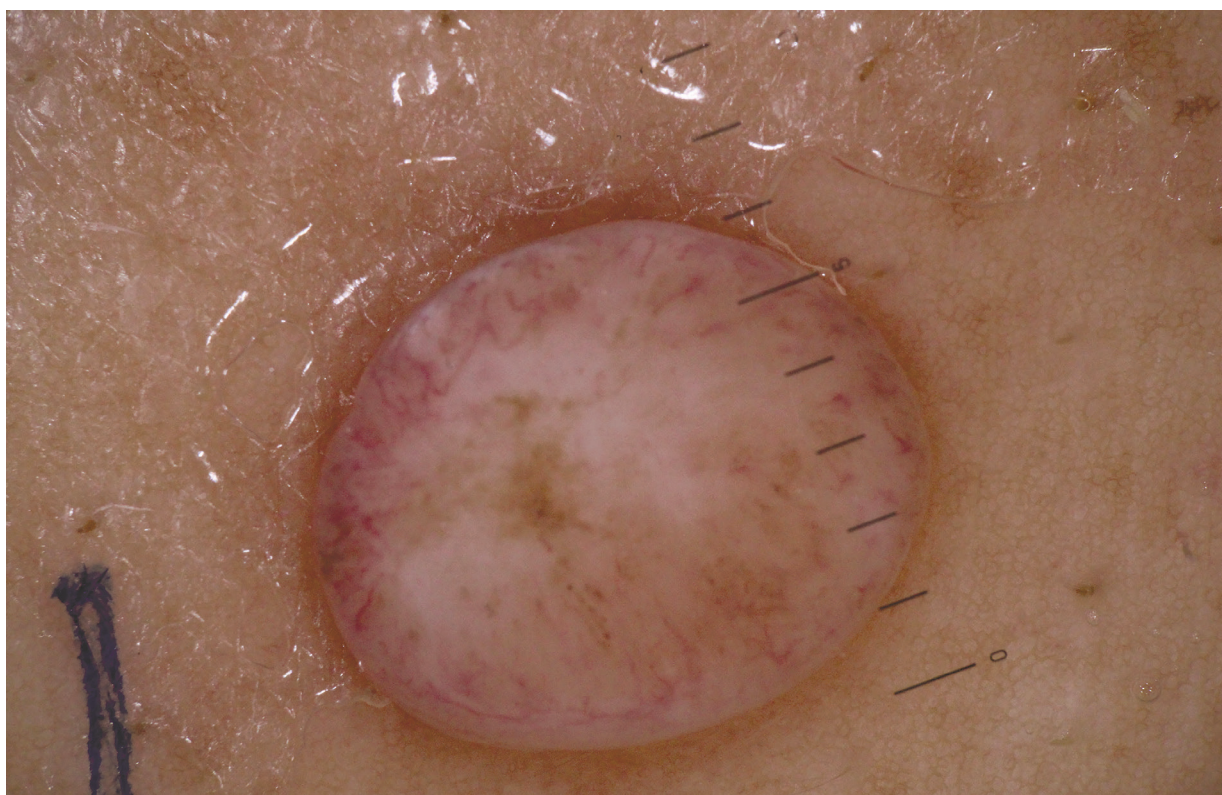
3. Дермальный невус — полигональными глобулами, бесструктурными зонами, сосудами.

В доброкачественных новообразованиях все структуры расположены упорядоченно, симметрично, в элементе присутствует не более 2-х цветов. С возрастом происходит не только клиническая, но и дерматоскопическая

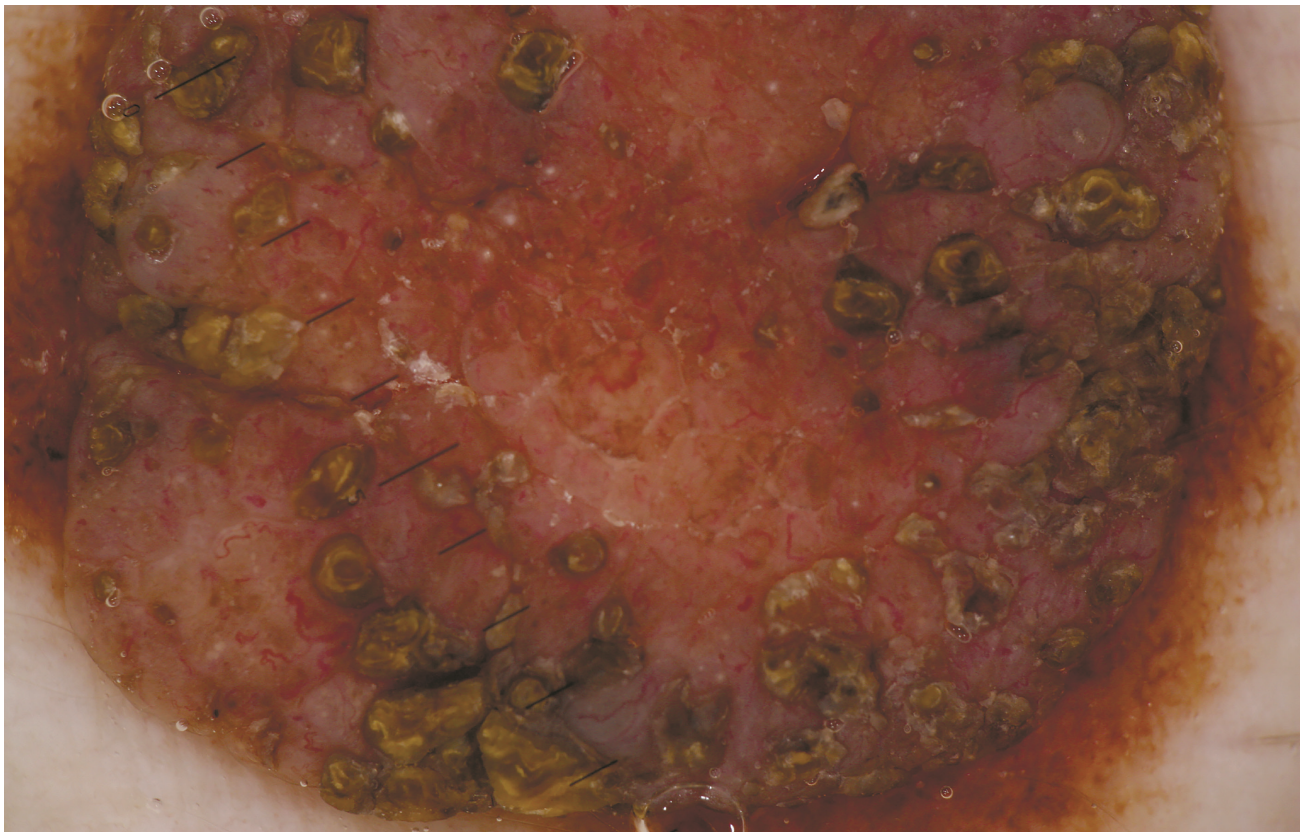
эволюция невуса. Типичная для подростка глобулярная структура сменяется на ретикулярную к 30—40 годам и на гомогенную у людей старше 50 лет.



Пигментная сеть в пограничном невусе



Бесструктурная зона в дермальном невусе



Пигментная сеть и бесструктурная область в смешанном невусе

Лечение

Невусы не нуждаются в лечении. Их удаление не является профилактикой меланомы. Травматизация невуса не приводит к его трансформации в злокачественную меланому. Любое удаление невуса должно завершаться гистологическим исследованием [34].

Профилактика

Защита от УФ-излучения [35].

ДИСПЛАСТИЧЕСКИЙ НЕВУС

Определение

Диспластический невус является разновидностью меланоцитарного невуса с признаками клинической, гистологической и цитологической атипии. Клинически диспластический невус является промежуточным состоянием между обычным приобретенным невусом и поверхностно распространяющейся меланомой [5].

Синонимы

Атипичный невус, меланоцитарная дисплазия, невус с нарушенной архитектурой, меланоцитарная атипия.

Эпидемиология

Обычно диспластический невус появляется у взрослого, частота встречаемости увеличивается с возрастом.

Этиология

Как и другие меланоцитарные опухоли, диспластический невус возникает под воздействием генетических, средовых и фенотипических факторов, в частности факторов, связанных с восприимчивостью кожи к УФ-излучению. Возможно, что острое и хроническое УФ-повреждение невуса может способствовать появлению клинической и гистологической атипии [36].

Локализация

Диспластические невусы могут, как и другие невусы, локализоваться на любом участке кожного покрова.

Клиника

Диспластический невус может представлять собой пятно с нечеткими и неровными границами, вариациями цвета, более 5 мм в диаметре. Также может быть в виде пятна с возвышающимся компонентом, по типу «яичницы глазуньи» или «мишени» [5].

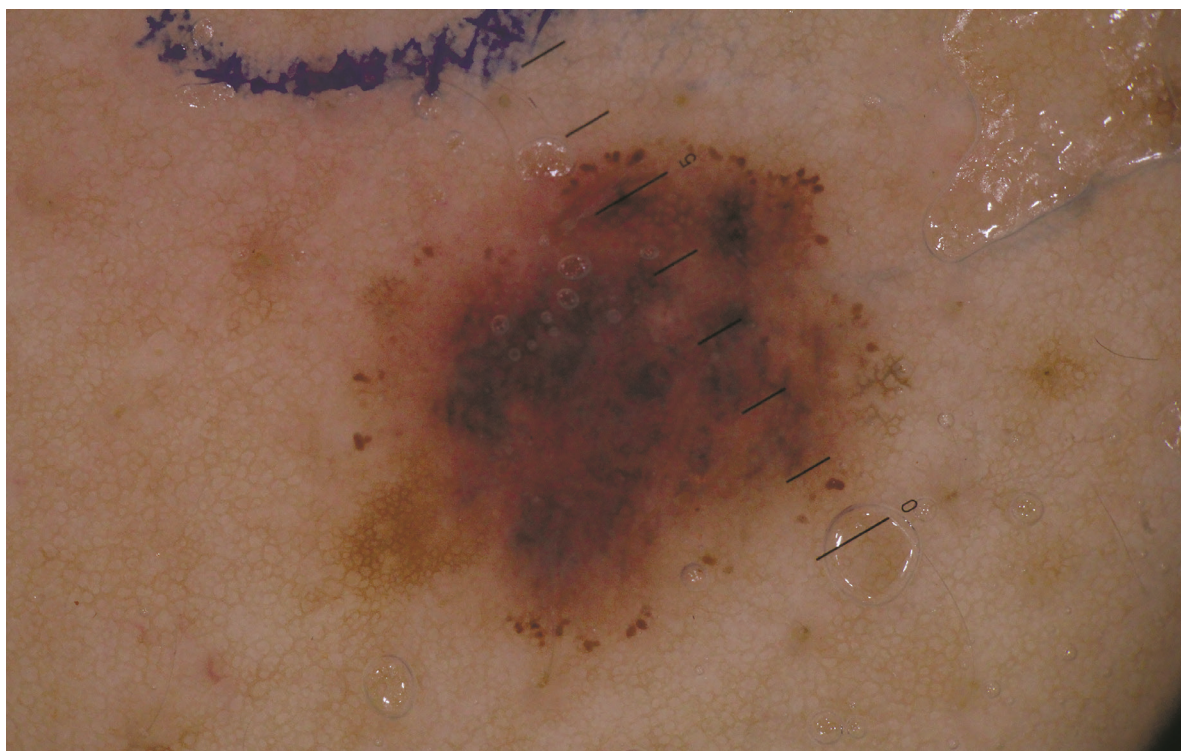
Дерматоскопия

Для диспластического невуса характерна мультикомпонентная структура с признаками хаоса и асимметрией [37].

Лечение

При выявлении клинических и дерматоскопических признаков диспластического невуса, проводится хирургическое иссечение новообразо-

вания в пределах здоровых тканей с выполнением патоморфологического исследования. При выявлении признаков поверхностно-распространяющейся меланомы объем реиссечения определяется толщиной опухоли [34].



Дерматоскопическое изображение диспластического невуса (хаос)

Профилактика

Защита от УФ-излучения.

Цифровая дерматоскопия с фотодокументацией и своевременное иссечение при выявлении признаков эволюции диспластического невуса [38].



АКТИНИЧЕСКИЙ КЕРАТОЗ

Определение

Актинический кератоз — интраэпителиальная неоплазия, прогрессирующая в инвазивный плоскоклеточный рак кожи или спонтанно регрессирующая [5].

Синонимы

Солнечный кератоз, сенильный кератоз.

Эпидемиология

Заболевание характерно для пожилых людей со светлой кожей, проживающих в регионах с высокой солнечной активностью, либо работающих на открытом воздухе, либо занимающихся садоводством.

Этиология [39]

1. Кумулятивная доза УФ-излучения
2. Хронические очаги воспаления кожи
3. Хроническая иммуносупрессия
4. ПУВА-терапия

Локализация

Лицо, верхняя губа (актинический хейлит), голый скальп, латеральные поверхности шеи, предплечья, тыл кистей, ноги, туловище.

Клиника

Актинический кератоз обычно представлен эритематозным пятном или бляшкой, 2—10 мм в диаметре, без субъективных ощущений, при пальпации оставляет ощущение наждачной бумаги. Достаточно часто процесс является многоочаговым, элементы могут расти и сливаться, являясь одним из проявлений фотоповрежденной кожи [5].

По мере прогрессирования процесса на поверхности элементов появляются плотно сидящие чешуйки, а затем и весь элемент покрывается роговыми массами.

Дерматоскопия

Дерматоскопически выделяют АК 3 степеней [40, 41]:

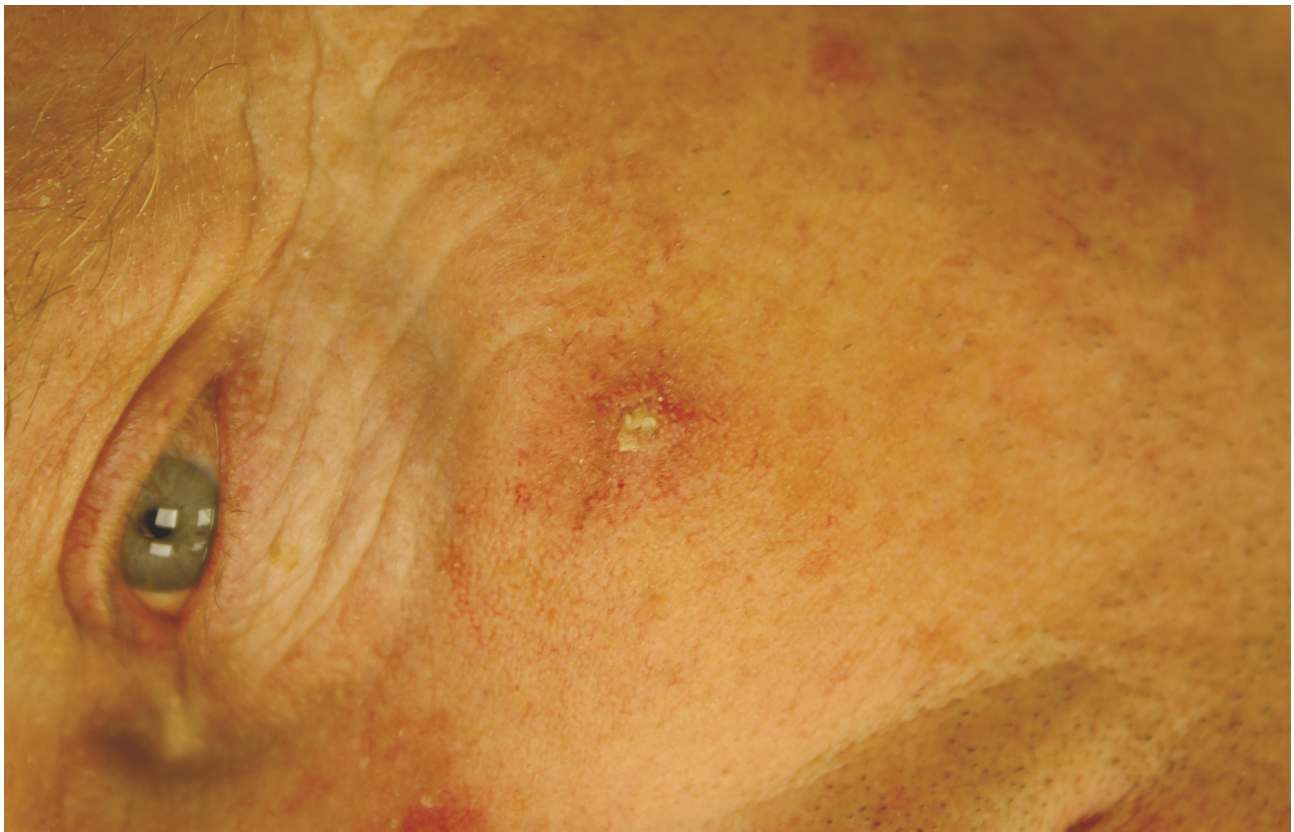
- 1 степень — АК визуализируется как розовое пятно
- 2 степень — диагностируется «клубничный» паттерн
- 3 степень — протоки желез и волосяные фолликулы закрыты роговыми массами



Актинический кератоз кожи височной области



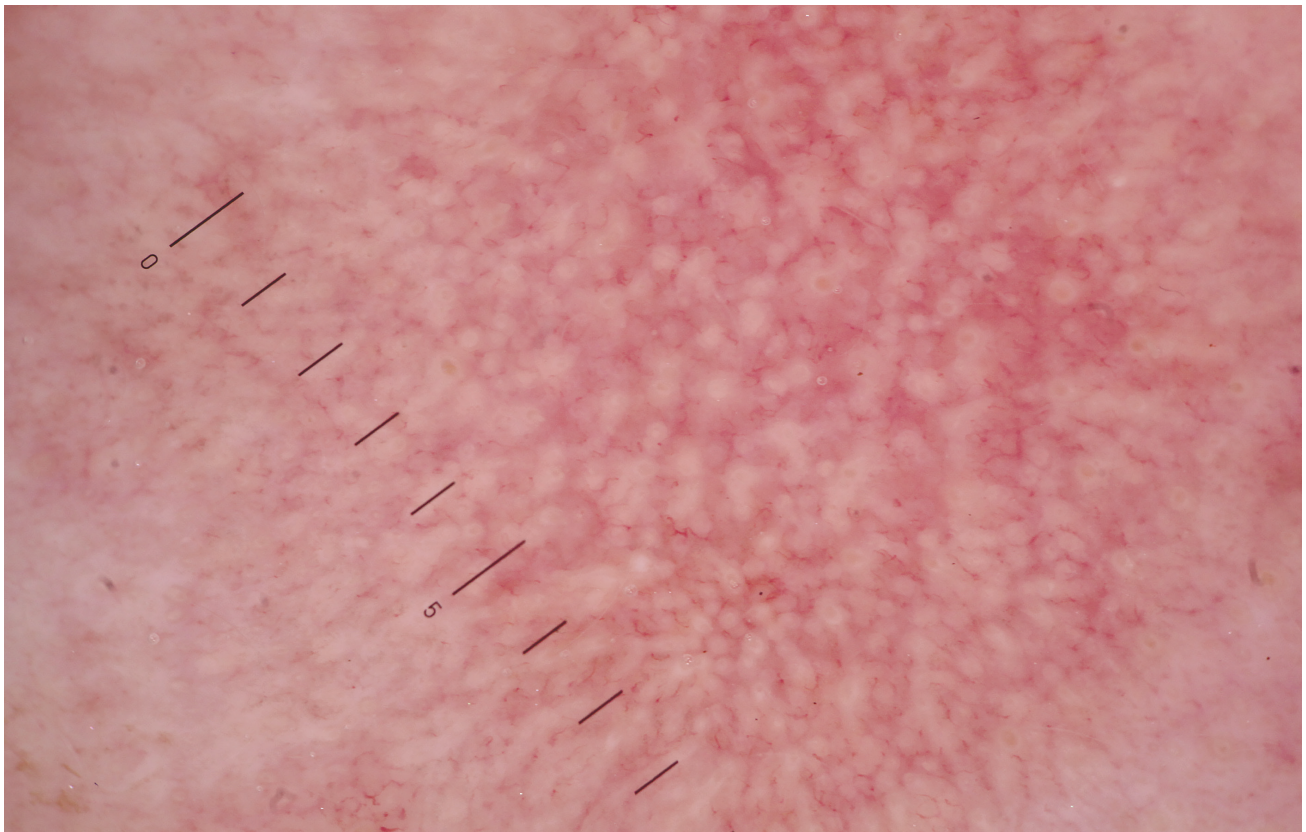
Актинический кератоз кожи спинки носа



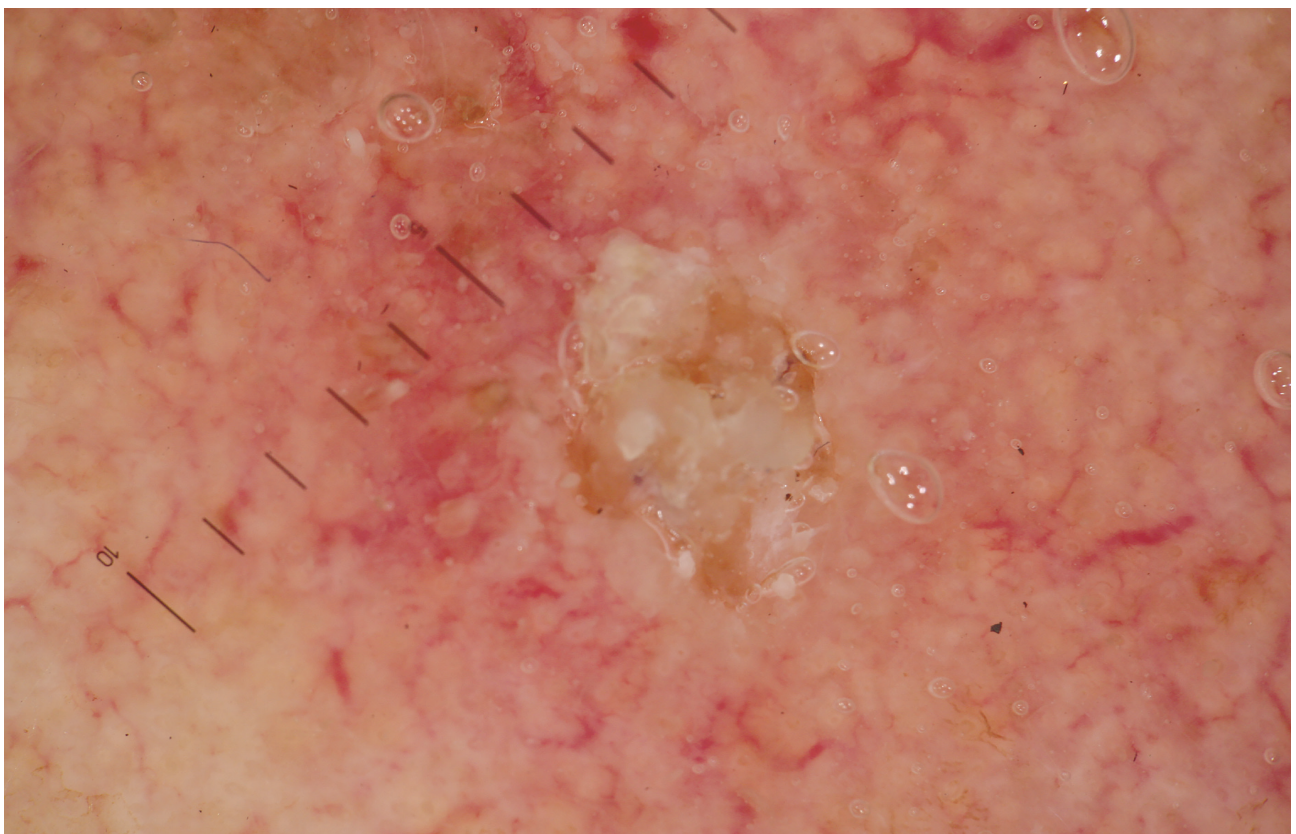
Актинический кератоз кожи скуловой области



Актинический кератоз кожи лба



Клубничный паттерн, степень 2



Кератиновые пробки в выводных протоках, степень 3

Лечение

Возможно использование любых методов деструкции (жидкий азот, крио-, лазеро- или электродеструкция, ФДТ, иммиквимод); при диагностике признаков инвазивного роста необходимо цитологическое или гистологическое исследование для исключения ПКРК [34].

Профилактика

Защита от УФ-излучения [38].

СЕБОРЕЙНЫЙ КЕРАТОЗ

Определение

Себорейный кератоз (СК) — доброкачественная интраэпидермальная неоплазия, наиболее часто возникающая на возрастной коже [5].

Синонимы

Старческая бородавка, себорейная бородавка.

Эпидемиология

Очень частая патология. Количество элементов увеличивается с возрастом, вне гендерной зависимости.

Этиология

Ультрафиолетовое излучение — основной провоцирующий фактор. Другие возможные причины, такие как генетическая предрасположенность и метаболические нарушения — изучаются [35].

Локализация

Излюбленной локализацией для СК являются кожа туловища, шея и голова.



Раздраженный себорейный кератоз кожи молочной железы

Клиника

Наиболее часто себорейный кератоз проявляется в виде единичной или множественных папул или бляшек с неровной поверхностью. Цвет элементов может варьировать от розового до черного. На поверхности кератом могут присутствовать чешуйки. При возникновении большого количества зудящих кератом в короткий промежуток времени необходимо исключить паранеопластический синдром Лезера-Трелата [5].



Множественные себорейные кератомы, гемангиомы, диспластический невус кожи туловища.
У пациента в анамнезе меланома.



Себорейная кератома кожи височной области слева



Меланоакантома кожи туловища



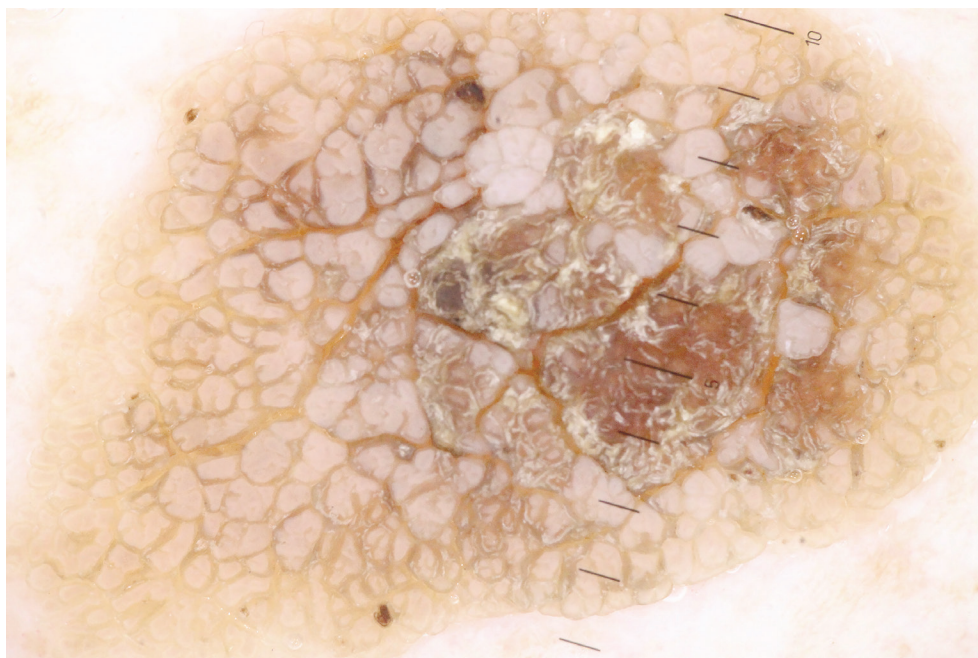
Множественные себорейные кератомы кожи туловища

Дерматоскопия

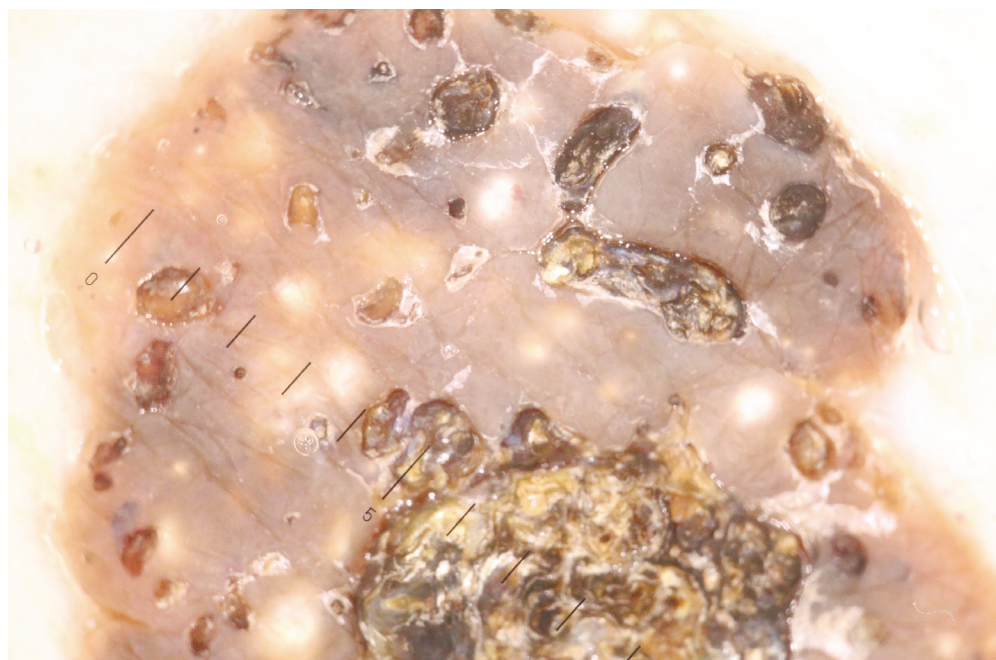
Себорейный кератоз относится к немеланоцитарным образованиям и диагностируется на основании обнаружения специальных признаков — «ключей» [42, 43].

К «ключам» себорейного кератоза относятся:

1. Четкие границы и «край, изъеденный молью»
2. «Милиумподобные» и «комедоноподобные» структуры
3. Структуры по типу «отпечатка пальца» и «мозговых извилин»
4. Сосуды по типу «шпилек»



Структуры по типу «мозговых извилин»



«Милиум- и комедоноподобные» структуры

Клинико-гистологические варианты СК [5]

1. Акантотический тип
2. Кератотический тип
3. Ретикулярный тип
4. Клональный тип
5. Раздраженный тип
6. Пигментированный (меланоакантома) тип
7. Пятнистый тип

Лечение

Лечение СК осуществляется по желанию пациента с косметической целью.

Основная цель лечения — деструкция существующих элементов [34]. Системной терапии СК не существует.

Деструкция может осуществляться следующими методами:

1. Криодеструкция
2. Кюретаж
3. Электродеструкция
4. Лазерная деструкция
5. Радиоволновая деструкция
6. Использование химических растворов.

Профилактика [44]

1. Защита от УФ-излучения
 2. Контроль массы тела
-

СОЛНЕЧНОЕ ЛЕНТИГО

Определение

Солнечное лентиго — доброкачественная пролиферация кератиноцитов, ассоциированная с УФ-излучением и тесно связанная с себорейным кератозом [5].

Синонимы

Старческое лентиго, актиническое лентиго.

Эпидемиология

Очаги солнечного лентиго являются маркерами хронического фотоповреждения кожи и их количество резко увеличивается с возрастом. Склонность к появлению очагов солнечного лентиго больше выражена у представителей 1—2 фототипов [45].

Этиология

Солнечное лентиго является результатом хронического воздействия на кожу УФ-излучения [39].



Солнечное лентиго кожи щеки

Локализация

Типичная локализация на открытых участках кожного покрова, в особенности лицо и тыльная поверхность кистей.

Клиника

Солнечное лентиго представляет собой темно-коричневое или коричневое пятно, равномерно окрашенное с неровными границами, от нескольких миллиметров в диаметре [5].

Дерматоскопия

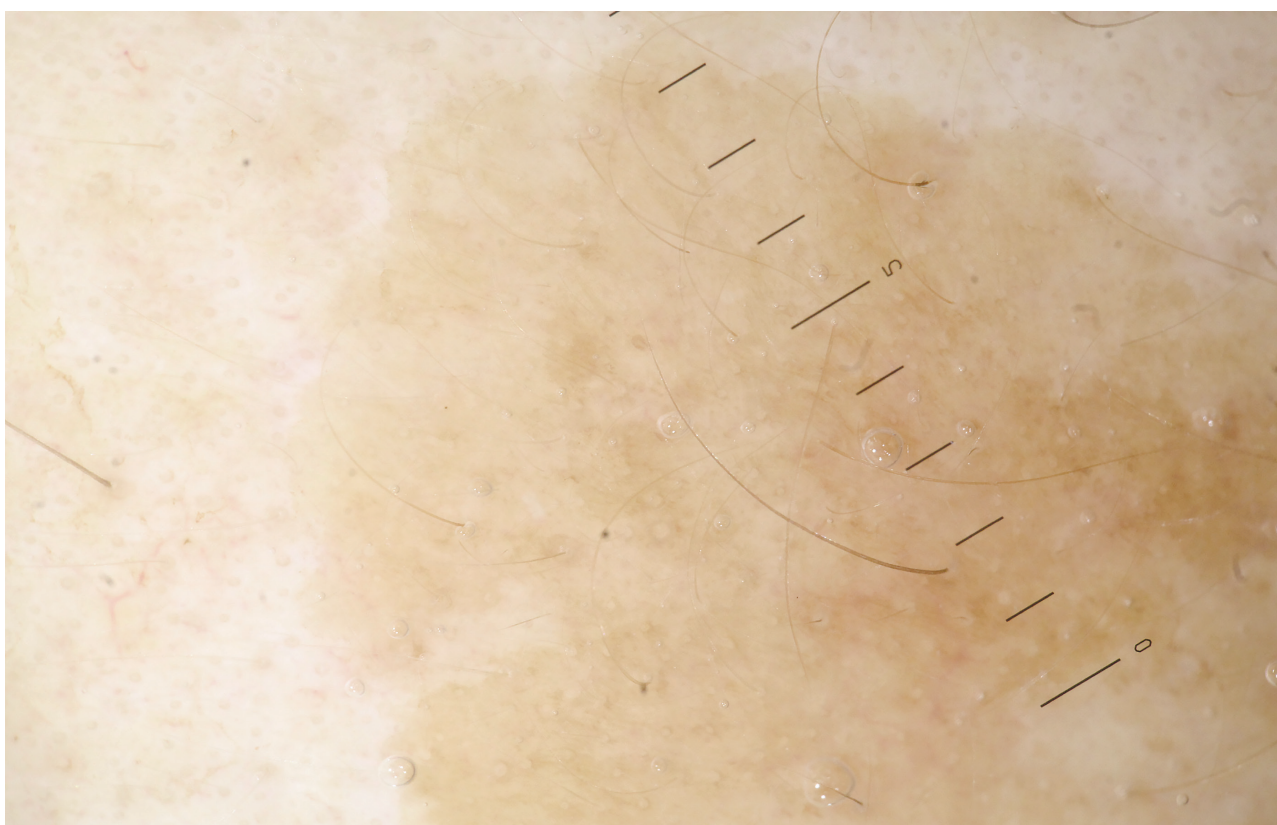
Гомогенная пигментация темно-коричневого или коричневого цвета, возможно по периферии элемента визуализируется «край, изъеденный молью» [46, 47].

Лечение

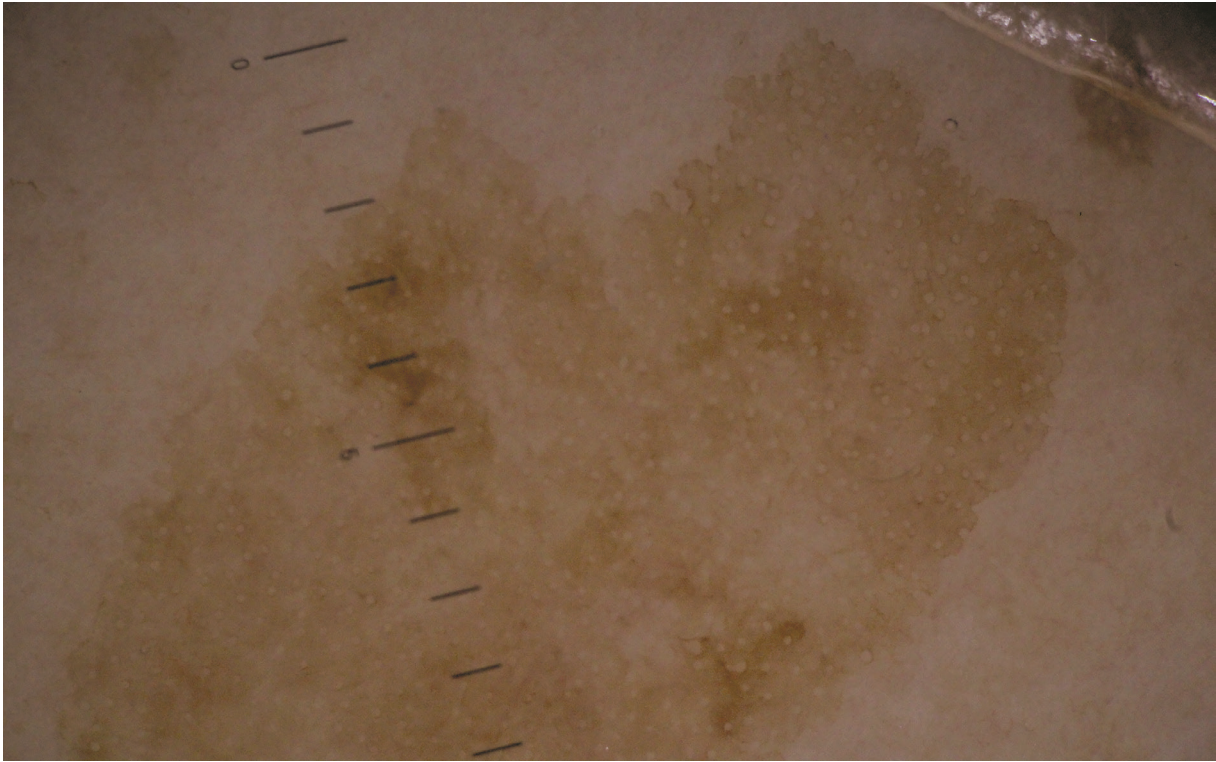
Лечение осуществляется по эстетическим показаниям, наружно отбеливающие средства, содержащие кислоты, либо фотолечение низкоинтенсивным светом (IPL-терапия).

Профилактика

Защита от УФ-излучения [48].



Гомогенная пигментация



«Край, изъеденный молью»



АКРОХОРДОНЫ

Определение

Акрохордон — доброкачественное, реактивное эпителиальное образование [5].

Синонимы

Мягкая бородавка, папиллома, фиброэпителиальный полип. В англоязычной литературе рассматривается как разновидность себорейной кератомы.

Эпидемиология

Считается, что в возрасте старше 50 лет хотя бы один полип есть у 90 % населения.

Этиология

Провоцирующим фактором является трение. Связывают с сахарным диабетом и другими эндокринопатиями. Могут возникать во время беременности. В сочетании с большим количеством зудящих себорейных кератом может входить в состав синдрома Лезера — Трелата [49].



Акрохордоны кожи туловища



Акрохордоны кожи шеи

Локализация

Веки, шея, аксиллярные области, под молочными железами и в области паховых складок.

Клиника

Представляют собой мелкие узелки на ножке, цвета кожи или коричневого цвета. Крупные образования имеют вид мешочка розового цвета с морщинистой поверхностью [5].

Дерматоскопия

Обычно не требуется. Проводиться в случаях изменения типичной клинической картины в результате травматизации элемента с целью проведения дифференциального диагноза.

Лечение

Удаление элементов путем срезания или коагуляции основания элемента [34].

Профилактика

Профилактики возникновения акрохордонов не существует.

Приложение 1

ОСНОВЫ ДЕРМАТОСКОПИИ

Дерматоскопия (эпилюминесцентная микроскопия) — неинвазивный метод исследования поверхности кожи с использованием ручного инструмента — дерматоскопа с десятикратным увеличением и дополнительным освещением [51, 52]. Дерматоскоп после нанесения жидкого интерфейса (масло, гель для ультразвукового исследования) на поверхность контактной платы приводится в контакт с исследуемым участком кожи [53]. Иммерсионное средство делает роговой слой существенно более прозрачным и уменьшает отражение света от поверхностных структур кожи (роговых чешуек, пушковых волос, корочек), что обеспечивает визуализацию анатомических структур эпидермиса и сосочкового слоя дермы [54].

Описанные просвечивающие через роговой слой структуры эпидермиса и дермы соответствуют определенным патоморфологическим процессам. Они дали начало новой терминологии и формулировке дерматоскопических критериев, характеризующих различные новообразования кожи. Одним из первых описательных алгоритмов — «модельный анализ», или *pattern analysis*, был предложен *Rehamburger H.* [55]. Дерматоскопический диагноз устанавливается по совокупности анализа цвета, дерматоскопических структур и ключей. На первом этапе анализа оценивают цвет: белый, черный, светло-коричневый, тесно-коричневый, серый, голубой, розовый. На втором этапе — дерматоскопические структуры: пигментная сеть, точки, глобулы, бесструктурные области. Завершающим этапом алгоритма является поиск ключей — «край, изъеденный молью», «отпечаток жирного пальца», «мозговые извилины», милиумподобные и комедоноподобные структуры, сосуды по типу «шпилек», древовидные сосуды, овоидные серо-голубые структуры, «листья клена», «спицы колеса», лакуны.

Клиническое правило ABCD в диагностике меланомы кожи *Stolz W.* было преобразовано в дерматоскопическое. Критерии правила были изменены на следующие: А — асимметрия по цвету и дерматоскопическим структурам вдоль двух осей, В — четкость границ, которая оценивается по восьми секторам, С — количество цветов дерматоскопической картины, D — количество дерматоскопических структур [56]. Полученные результаты используются в расчете дерматоскопического индекса согласно формуле: $ДИ = A \times 1,3 + B \times 0,1 + C \times 0,5 + D \times 0,5$. При дерматоскопическом индексе более 5,45 устанавливается диагноз меланомы.

Menzis S. предложил двух-шаговый алгоритм диагностики меланомы [57]. На первом этапе оцениваются отрицательные признаки, не встречающиеся при меланоме, — симметричность и монохромность. На втором этапе при наличии асимметрии и полихромности производится поиск положительных признаков, которые являются дерматоскопическими критериями меланомы.

Позже Argensiano G. изменил диагностический подход к дифференциальной диагностике невусов и меланомы, сократив список и сгруппировав дерматоскопические критерии на главные и второстепенные, обозначив его как «список из семи пунктов, или алгоритм Argensiano» [58]. Главные критерии алгоритма включают атипичную пигментную сеть, бело-голубую вуаль, полиморфные сосуды, к второстепенным были относятся — атипичные точки, атипичные глобулы, атипичные линии, полихромные бесструктурные области, расположенные периферически, зоны регресса. Каждый из критериев оценивается по бальной шкале (главные соответствуют 2 баллам, второстепенные — 1 баллу) с последующим вычислением их суммы, при превышении значения которой выше 3 устанавливается диагноз меланома.

Дерматоскопическое исследование позволяет врачу провести дифференциальную диагностику меланоцитарных и немеланоцитарных доброкачественных и злокачественных новообразований кожи с использованием одного из описанных алгоритмов или их комбинации и принять решение о тактике ведения новообразования [59, 60].

Приложение 2

ФОТОТИПЫ КОЖИ ПО ФИТЦПАТРИКУ [45]

	<p>I фототип. Кельтский / Скандинавский. Белая кожа, часто с веснушками. Рыжие или блондины. Светлые глаза. Никогда не загорают. Всегда обгорают.</p>
	<p>II фототип. Арийский / Нордический / Европейский / Светлокожий европейский / Светлый европейский / Восточно-европейский / Германский. Светлая кожа, иногда с веснушками. Светло-русые, иногда темно-русые волосы. Светлые глаза. Иногда загорают. Легко обгорают.</p>
	<p>III фототип. Темно-европейский / Темнокожий европейский / Смешанный / Темный европейский / Южно-европейский / Центральноевропейский. Слегка смуглая кожа, с оливковым оттенком или цвета слоновой кости, практически без веснушек. Темно-русые или каштановые волосы. Карие или светлые глаза. Хорошо загорают. Иногда обгорают.</p>
	<p>IV фототип. Средиземноморский / Латиноамериканский. Светло-коричневая кожа. Веснушки отсутствуют. Темные волосы. Карие глаза. Хорошо загорают. Очень редко обгорают.</p>
	<p>V фототип. Индонезийский / Средневосточный / Азиатский. Темно-коричневая кожа. Веснушек нет. Темные волосы. Темно-карие, черные глаза. Хорошо загорают. Никогда не обгорают.</p>
	<p>VI фототип. Афроамериканский / Африканский. Черная, иссиня-черная кожа. Веснушек нет. Черные волосы. Темно-карие, черные глаза. Хорошо загорают. Никогда не обгорают.</p>

Правила поведения на солнце

Ультрафиолетовое (УФ) излучение является этиологическим фактором развития рака кожи и меланомы. Кроме того, хроническое воздействие УФ-излучения ускоряет фотостарение, которое проявляется в виде сухости, потери упругости кожи, увеличения морщин и развития актинического кератоза, гиперпигментации, гипопигментации и лентиго [36]. Дерматологи в настоящее время рекомендуют ежедневное использование солнцезащитных кремов с солнцезащитным фактором (SPF) 15 или выше. Числовая оценка SPF является стандартизированной мерой эффективности солнцезащитного крема [39].

Солнцезащитный крем

Правильная техника нанесения является неотъемлемой частью оптимальной защиты от солнца [44, 50].

Крем необходимо нанести за 15—30 минут до фактического солнечного воздействия, а затем следует наносить его каждые 2 часа, а также после потоотделения или плавания. Это является важным шагом для поддержания эффективности солнцезащитного крема.

В результате неправильной техники нанесения у пользователя солнцезащитных кремов может создавать ложное чувство защиты. Такое «неправильное» использование солнцезащитного крема продлевает время нахождения на солнце, что увеличивает вероятность развития злокачественного новообразования.

Одежда является формой фотозащиты, которая может быть измерена с использованием коэффициента защиты от ультрафиолетового излучения. Измеряется пропускание UVA и UVB через заданную ткань. Одежда обеспечивает сбалансированную защиту как от UVA, так и от UVB, а свободная посадка одежды — лучшая форма фотозащиты.

Головные уборы — это переменная форма фотозащиты для различных участков тела, которая зависит от ширины, материала и ткани. Если ширина краев более 7,5 см — SPF 7 для носа, 5 — для шеи, 3 — для щек и 2 — для подбородка. Если ширина краев от 2,5 до 7,5 см SPF для шеи и щек — 2,0. А если края менее 2,5 см, SPF для носа — 1,5, а для подбородка и шеи SPF минимальна.

Пигмент в косметике обеспечивает SPF от 3 до 4, даже если солнцезащитный крем не входит в состав; однако этот фотозащитный эффект теряется через 4 часа после нанесения. Многие основы для макияжа в настоящее время включают УФ-фильтры для обеспечения фотозащиты.

Солнцезащитные очки являются формой фотозащиты для глаз. Воздействие солнца может привести ко многим глазным заболеваниям, таким как катаракта, которая является прямым результатом воздействия солнца. Солнцезащитные очки должны поглощать от 99 % до 100 % всего спектра УФО.

Необходимо помнить, что здорового загара не существует!

Защита от солнца должна быть ответственной и включать в себя использование солнцезащитных очков, шляпы и плотной одежды, а также ежедневное использование солнцезащитного крема.



СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Каприн А.Д, Старинский ВВ, Петрова ГВ (eds.): Состояние онкологической помощи населению России в 2017 году. — М.: МНИОИ им. П.А. Герцена — филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России; 2018.
2. Клинические рекомендации. Меланома кожи и слизистых оболочек. Год утверждения (частота пересмотра): 2018 (пересмотр каждый год). Версия 1.2019
3. Клинические рекомендации. Рак кожи базальноклеточный и плоскоклеточный. Год утверждения: 2018 (пересмотр каждые 3 года).
4. Строяковский Д.Л., Абрамов М.Е., Демидов Л.В., Новик А.В., Орлова К.В., Проценко С.А., Самойленко И.В., Трофимова О.П., Харкевич Г.Ю., Юрченков А.Н. Практические рекомендации по лекарственному лечению меланомы кожи Российского общества клинической онкологии. 2018 г. DOI: 10.18027 / 2224—5057—2018—8—3s2—213—226.
5. WHO Classification of skin tumours, 2018.
6. Edge SB, Carducci M, Byrd DR, eds. AJCC Cancer Staging Manual (ed 8). New York: Springer-Verlag New York, LLC; 2017.
7. National Comprehensive Cancer Network. NCCN Clinical Practice guidelines in oncology: cutaneous melanoma (version 2.2019). March 12, 2019.
8. Darmawan CC, Jo G, Montenegro SE, Kwak Y, Cheol L, Cho KH, Mun JH. Early Detection of Acral Melanoma: A Review of Clinical, Dermoscopic, Histopathologic, and Molecular Characteristics. *J Am Acad Dermatol.* 2019 Feb 4. pii: S0190—9622(19)30192—6. doi: 10.1016/j.jaad.2019.01.081. [Epub ahead of print]
9. R. Dummer A. Hauschild N. Lindenblatt G. Pentheroudakis U. Keilholz on behalf of the ESMO Guidelines Committee. Cutaneous melanoma: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology*, Volume 26, Issue suppl_5, September 2015, Pages v126–v132, <https://doi.org/10.1093/annonc/mdv297>
10. International Agency for Research on Cancer, EUCAN. <http://eco.iarc.fr/eucan> (29 April 2017, date last accessed).
11. TNM classification of malignant tumours. Eighth Edition. Oxford, UK; Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Inc; 2017.
12. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision [<http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en>]
13. Calzavara-Pinton P, Ortel B, Venturini M. Non-melanoma skin cancer, sun exposure and sun protection. *G Ital Dermatol Venereol.* 2015 Aug;150(4):369—78. Epub 2015 Jul 17.
14. Weber P, Tschandl P, Sinz C, Kittler H. Dermatoscopy of Neoplastic Skin Lesions: Recent Advances, Updates, and Revisions. *Curr Treat Options Oncol.* 2018 Sep 20;19(11):56. doi: 10.1007/s11864-018-0573-6.

15. Wozniak-Rito A, Zalaudek I, Rudnicka L. Dermoscopy of basal cell carcinoma. *Clin Exp Dermatol*. 2018 Apr;43(3):241—247. doi: 10.1111/ced.13387. Epub 2018 Jan 17. Review.
16. Kupsa R, Deinlein T, Woltsche N, Hofmann-Wellenhof R, Zalaudek I. Dermoscopy of keratinocyte skin cancer. *G Ital Dermatol Venereol*. 2016 Dec;151(6):649—662. Epub 2016 Sep 2. Review.
17. Kurvers RH, Krause J, Argenziano G, Zalaudek I, Wolf M. Detection Accuracy of Collective Intelligence Assessments for Skin Cancer Diagnosis. *JAMA Dermatol*. 2015 Dec 1;151(12):1346—1353. doi: 10.1001/jamadermatol.2015.3149.
18. Dasgupta A, Katdare M. Ultraviolet Radiation-Induced Cytogenetic Damage in White, Hispanic and Black Skin Melanocytes: A Risk for Cutaneous Melanoma. *Cancers (Basel)*. 2015 Aug 14;7(3):1586—604. doi: 10.3390/cancers7030852.
19. Martens MC, Seebode C, Lehmann J, Emmert S. Photocarcinogenesis and Skin Cancer Prevention Strategies: An Update. *Anticancer Res*. 2018 Feb;38(2):1153—1158. Review.
20. Official Journal of the American Society of Clinical Oncology. *JOURNAL ONCOLOGY CLINICAL OF*. 52nd Annual Meeting of the American Society of Clinical Oncology June 3—7, 2016 Chicago, Illinois.
21. Yélamos O, Braun RP, Liopyris K, Wolner ZJ, Kerl K, Gerami P, Marghoob AA. Usefulness of dermoscopy to improve the clinical and histopathologic diagnosis of skin cancers. *J Am Acad Dermatol*. 2019 Feb;80(2):365—377. doi: 10.1016/j.jaad.2018.07.072. Epub 2018 Oct 13.
22. Dinnes J, Deeks JJ, Chuchu N, Matin RN, Wong KY, Aldridge RB, Durack A, Gulati A, Chan SA, Johnston L, Bayliss SE, Leonardi-Bee J, Takwoingi Y, Davenport C, O'Sullivan C, Tehrani H, Williams HC; Cochrane Skin Cancer Diagnostic Test Accuracy Group. Visual inspection and dermoscopy, alone or in combination, for diagnosing keratinocyte skin cancers in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018 Dec 4;12:CD011901. doi: 10.1002/14651858.CD011901.pub2.
23. Lenzi TCR, Reis CMS, Novaes MRCG. Epidemiological profile of elderly patients with non-melanoma skin cancer seen at the dermatology outpatient clinic of a public hospital. *An Bras Dermatol*. 2017 Nov-Dec;92(6):882—884. doi: 10.1590/abd1806—4841.20175701.
24. Fernandes KAP, Martinez DCS, Nobre AB, Campos-do-Carmo G. Collision tumor: pigmented Bowen's disease and seborrheic keratosis. *An Bras Dermatol*. 2018 Sep-Oct;93(5):737—739. doi: 10.1590/abd1806—4841.20187117.
25. Fernandes KAP, Martinez DCS, Nobre AB, Campos-do-Carmo G. Collision tumor: pigmented Bowen's disease and seborrheic keratosis. *An Bras Dermatol*. 2018 Sep-Oct;93(5):737—739. doi: 10.1590/abd1806—4841.20187117.

26. Santos-Arroyo A, Carrasquillo OY, Cardona R, Sánchez JL, Valentín-Nogueras S. Non-Melanoma Skin Cancer Tumor's Characteristics and Histologic Subtype as a Predictor for Subclinical Spread and Number of Mohs Stages required to Achieve Tumor-Free Margins. *P R Health Sci J*. 2019 Mar;38(1):40—45.

27. Mohania D, Chandel S, Kumar P, Verma V, Digvijay K, Tripathi D, Choudhury K, Mitten SK, Shah D. Ultraviolet Radiations: Skin Defense-Damage Mechanism. *Adv Exp Med Biol*. 2017;996:71—87. doi: 10.1007/978—3-319—56017—5_7. Review.

28. Kittler H, Marghoob AA, Argenziano G, Carrera C, Curiel-Lewandrowski C, Hofmann-Wellenhof R, Malvehy J, Menzies S, Puig S, Rabinovitz H, Stolz W, Saida T, Soyer HP, Siegel E, Stoecker WV, Scope A, Tanaka M, Thomas L, Tschandl P, Zalaudek I, Halpern A. Standardization of terminology in dermoscopy/dermatoscopy: Results of the third consensus conference of the International Society of Dermoscopy. *J Am Acad Dermatol*. 2016 Jun;74(6):1093—106. doi: 10.1016/j.jaad.2015.12.038. Epub 2016 Feb 17. Review.

29. Skiljevic D, Sreckovic L. Ultraviolet radiation exposure among Belgrade high school students: analysis of knowledge, attitudes and behaviour. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2019 Mar;33 Suppl 2:63—75. doi: 10.1111/jdv.15312.

30. Mikoshiba Y, Minagawa A, Koga H, Yokokawa Y, Uhara H, Okuyama R. Clinical and Histopathologic Characteristics of Melanocytic Lesions on the Volar Skin Without Typical Dermoscopic Patterns. *JAMA Dermatol*. 2019

31. Rueegg CS, Stenehjem JS, Egger M, Ghiasvand R, Cho E, Lund E, Weiderpass E, Green AC, Veierød MB. Challenges in assessing the sunscreen-melanoma association. *Int J Cancer*. 2018 Nov 16. doi: 10.1002/ijc.31997. [Epub ahead of print]

32. Moscarella E, Tion I, Zalaudek I, Lallas A, Kyrgidis A, Longo C, Lombardi M, Raucci M, Satta R, Alfano R, Argenziano G. Both short-term and long-term dermoscopy monitoring is useful in detecting melanoma in patients with multiple atypical nevi. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2017 Feb;31(2):247—251. doi: 10.1111/jdv.13840. Epub 2016 Jul 16.

33. Lallas A, Apalla Z, Ioannides D, Lazaridou E, Kyrgidis A, Broganelli P, Alfano R, Zalaudek I, Argenziano G; International Dermoscopy Society. Update on dermoscopy of Spitz/Reed naevi and management guidelines by the International Dermoscopy Society. *Br J Dermatol*. 2017 Sep;177(3):645—655. doi: 10.1111/bjd.15339. Epub 2017 Jul 19. Review.

34. Lallas A, Longo C, Moscarella E, Lombardi M, Specchio F, Raucci M, Zalaudek I, Argenziano G. Reasons for excision of skin tumors: a one-year prospective study in a tertiary skin cancer unit. *Dermatology*. 2015;230(4):340—6. doi: 10.1159/000371878. Epub 2015 Feb 12.

35. Young AR, Claveau J, Rossi AB. Ultraviolet radiation and the skin: Photobiology and sunscreen photoprotection. *J Am Acad Dermatol*. 2017 Mar;76(3S1):S100-S109. doi: 10.1016/j.jaad.2016.09.038. Epub 2016 Dec 27.

36. Coelho SG, Yin L, Smuda C, Mahns A, Kolbe L, Hearing VJ. Photobiological implications of melanin photoprotection after UVB-induced tanning of human skin but not UVA-induced tanning. *Pigment Cell Melanoma Res.* 2015 Mar;28(2):210—6. doi: 10.1111/pcmr.12331. Epub 2015 Jan 5.

37. Tognetti L, Cinotti E, Moscarella E, Farnetani F, Malveyh J, Lallas A, Pellacani G, Argenziano G, Cevenini G, Rubegni P. Impact of clinical and personal data in the dermoscopic differentiation between early melanoma and atypical nevi. *Dermatol Pract Concept.* 2018 Oct 31;8(4):324—327. doi: 10.5826/dpc.0804a16. eCollection 2018 Oct.

38. Wu YP, Aspinwall LG, Michaelis TC, Stump T, Kohlmann WG, Leachman SA. Discussion of photoprotection, screening, and risk behaviors with children and grandchildren after melanoma genetic testing. *J Community Genet.* 2016 Jan;7(1):21—31. doi: 10.1007/s12687—015—0243—3. Epub 2015 Jun 23.

39. Gomes-Neto A, Aguilera P, Prieto L, Seité S, Moyal D, Carrera C, Malveyh J, Puig S. Efficacy of a Daily Protective Moisturizer with High UVB and UVA Photoprotection in Decreasing Ultraviolet Damage: Evaluation by Reflectance Confocal Microscopy. *Acta Derm Venereol.* 2017 Nov 15;97(10):1196—1201. doi: 10.2340/00015555—2736.

40. Moscarella E, Rabinovitz H, Zalaudek I, Piana S, Stanganelli I, Oliviero MC, Lallas A, Ardigo M, Cota C, Catricalà C, Mazzoni L, Pellacani G, Argenziano G, Longo C. Dermoscopy and reflectance confocal microscopy of pigmented actinic keratoses: a morphological study. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2015 Feb;29(2):307—14. doi: 10.1111/jdv.12532. Epub 2014 Apr 22.

41. Lallas A, Tschandl P, Kyrgidis A, Stolz W, Rabinovitz H, Cameron A, Gourhant JY, Giacomel J, Kittler H, Muir J, Argenziano G, Hofmann-Wellenhof R, Zalaudek I. Dermoscopic clues to differentiate facial lentigo maligna from pigmented actinic keratosis. *Br J Dermatol.* 2016 May;174(5):1079—85. doi: 10.1111/bjd.14355. Epub 2016 Jan 20.

42. Carrera C, Segura S, Aguilera P, Takigami CM, Gomes A, Barreiro A, Scalvenzi M, Longo C, Cavicchini S, Thomas L, Malveyh J, Puig S, Zalaudek I. Dermoscopy Improves the Diagnostic Accuracy of Melanomas Clinically Resembling Seborrheic Keratosis: Cross-Sectional Study of the Ability to Detect Seborrheic Keratosis-Like Melanomas by a Group of Dermatologists with Varying Degrees of Experience. *Dermatology.* 2017;233(6):471—479. doi: 10.1159/000486851. Epub 2018 Mar 2.

43. Carrera C, Segura S, Aguilera P, Scalvenzi M, Longo C, Barreiro A, Broganelli P, Cavicchini S, Llambrich A, Zaballos P, Thomas L, Malveyh J, Puig S, Zalaudek I. Dermoscopic Clues for Diagnosing Melanomas That Resemble Seborrheic Keratosis. *JAMA Dermatol.* 2017 Jun 1;153(6):544—551. doi: 10.1001/jamadermatol.2017.0129.

44. Schneiderbanger CK, Schuler G, Heinzerling L, Kirchberger MC. Characterization of tanning behavior assessed via online survey: Attitudes,

habits, and preventive measures with focus on sunscreen use. *Photodermatol Photoimmunol Photomed*. 2019 Mar 10. doi: 10.1111/phpp.12465. [Epub ahead of print]

45. Maresca V, Flori E, Picardo M. Skin phototype: a new perspective. *Pigment Cell Melanoma Res*. 2015 Jul;28(4):378—89. doi: 10.1111/pcmr.12365. Epub 2015 Apr 11. Review.

46. Kasuya A, Aoshima M, Fukuchi K, Shimauchi T, Fujiyama T, Tokura Y. Digitally reconstructed top-down view images provides intuitive understanding of correlation between dermoscopy and histopathology: A good educational tool. *Br J Dermatol*. 2019 Feb 22. doi: 10.1111/bjd.17819. [Epub ahead of print]

47. Haenssle HA, Fink C, Stolz W, Braun RP, Hofmann-Wellenhof R, Deinlein T, Kreusch J, Zalaudek I, Blum A. Dermoscopy in special locations : Nails, acral skin, face, and mucosa. *Hautarzt*. 2019 Mar 20. doi: 10.1007/s00105—019—4372—1. [Epub ahead of print]

48. Ghasvand R, Weiderpass E, Green AC, Lund E, Veierød MB. Sunscreen Use and Subsequent Melanoma Risk: A Population-Based Cohort Study. *J Clin Oncol*. 2016 Nov 20;34(33):3976—3983. doi: 10.1200/JCO.2016.67.5934. Epub 2016 Sep 30.

49. Littlewood Z, Greenfield S. Parents' knowledge, attitudes and beliefs regarding sun protection in children: a qualitative study. *BMC Public Health*. 2018 Feb 1;18(1):207. doi: 10.1186/s12889—018—5091—8.

50. Banerjee SC, Rodríguez VM, Greene K, Hay JL. Trending on Pinterest: an examination of pins about skin tanning. *Transl Behav Med*. 2018 Apr 10. doi: 10.1093/tbm/iby036. [Epub ahead of print]

51. Bakos RM, Blumetti TP, Roldán-Marín R, Salerni G. Noninvasive Imaging Tools in the Diagnosis and Treatment of Skin Cancers. *Am J Clin Dermatol*. 2018 Nov;19(Suppl 1):3—14. doi: 10.1007/s40257-018-0367-4.

52. Saiag P, Sassolas B, Mortier L, Grange F, Robert C, Lhomel C, Lebbé C. EDIFICE Melanoma survey: knowledge and attitudes on melanoma prevention and diagnosis. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2015 Feb;29 Suppl 2:11—5. doi: 10.1111/jdv.12896.

53. Dinnes J, Deeks JJ, Chuchu N, Ferrante di Ruffano L, Martin RN, Thomson DR, Wong KY, Aldridge RB, Abbott R, Fawzy M, Bayliss SE, Grange MJ, Takwoingi Y, Davenport C, Godfrey K, Walter FM, Williams HC; Cochrane Skin Cancer Diagnostic Test Accuracy Group. Dermoscopy, with and without visual inspection, for diagnosing melanoma in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018 Dec 4;12:CD011902. doi: 10.1002/14651858.CD011902.pub2.

54. Mishra NK, Kaur R, Kasmi R, Hagerty JR, LeAnder R, Stanley RJ, Moss RH, Stoecker WV. Automatic lesion border selection in dermoscopy images using morphology and color features. *Skin Res Technol*. 2019 Mar 14. doi: 10.1111/srt.12685. [Epub ahead of print]

55. Pehamberger H, Steiner A, Wolff K. In vivo epiluminescence microscopy of pigmented skin lesions. I. Pattern analysis of pigmented skin lesions. *J Am Acad Dermatol.* 1987;17(4):571—83.

56. Stoltz W, Braun-Falco O, Bilek P, Landthaler M, Cagnetta A. A color atlas of dermoscopy. Germany: Blackwell Science; 1994.

57. Menzies SW, Ingvar C, Crotty KA, McCarthy WH. Frequency and morphologic characteristics of invasive melanomas lacking specific surface microscopic features. *Arch Dermatol.* 1996;132(10):1178—82.

58. Argenziano G, Fabbrocini G, Carli P, De Giorgi V, Sammarco E, Delfino M. Epiluminescence microscopy for the diagnosis of doubtful melanocytic skin lesions. Comparison of the ABCD rule of dermatoscopy and a new 7-point checklist based on pattern analysis. *Arch Dermatol.* 1998;134(12):1563—70.

59. Kittler H, Pehamberger H, Wolff K, Binder M. Diagnostic accuracy of dermoscopy. *Lancet Oncol.* 2002;3(3):159—65.

60. Watts CG, Dieng M, Morton RL, Mann GJ, Menzies SW, Cust AE. Clinical practice guidelines for identification, screening and follow-up of individuals at high risk of primary cutaneous melanoma: a systematic review. *Br J Dermatol.* 2015;172(1):33—47.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

1. К ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМ ОПУХОЛЯМ КОЖИ ОТНОСЯТСЯ

- 1) невус
- 2) дерматофиброма
- 3) гемангиома
- 4) базалиома
- 5) меланома

2. К ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМ ОПУХОЛЯМ КОЖИ ОТНОСЯТСЯ

- 1) болезнь Боуэна
- 2) актинический кератоз
- 3) кератоакантома
- 4) невус
- 5) себорейная кератома

3. У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ НА КОЖЕ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЮТСЯ

- 1) невусы
- 2) себорейные кератомы
- 3) гемангиомы
- 4) бородавки
- 5) актинический кератоз

4. УФ-ИЗЛУЧЕНИЕ ВЫЗЫВАЕТ В КОЖЕ СЛЕДУЮЩИЕ ПРОЦЕССЫ

- 1) выработка витаминов группы В
- 2) канцерогенез
- 3) воспаление
- 4) фотостарение
- 5) Стимулирует формирование коллагена

5. К ГРУППЕ РИСКА ПО ВОЗНИКНОВЕНИЮ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ КОЖИ ОТНОСЯТСЯ ПРЕДСТАВИТЕЛИ

- 1) I фототипа
- 2) II фототипа
- 3) III фототипа
- 4) IV фототипа
- 5) V фототипа

6. ФАКТОРАМИ РИСКА ДЛЯ ВОЗНИКНОВЕНИЯ МЕЛАНОМЫ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) травма невуса
- 2) использование солярия
- 3) автозагар

- 4) иммуносупрессоры
- 5) хирургическое удаление невуса

7. КЛИНИЧЕСКИ МЕЛАНОМА ДИАГНОСТИРУЕТСЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ

- 1) правила Аргензиано
- 2) мнемонических правил ФИГАРО и ДОКТОР
- 3) правила ABCDE
- 4) правила Фицпатрика
- 5) правила «Слона»

8. ПРИ ОПИСАНИИ МЕЛАНОМЫ ОЦЕНИВАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ПРИЗНАКИ

- 1) выраженность шелушения
- 2) симптом Кебнера
- 3) цвет
- 4) границы
- 5) асимметрия

9. КЛИНИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ МЕЛАНОМЫ ВКЛЮЧАЕТ

- 1) поверхностно-распространяющаяся
- 2) бляшечная
- 3) узловая
- 4) импетигиозная
- 5) акральная

10. МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ МЕЛАНОМЫ

- 1) морфологический
- 2) люминисцентный
- 3) культуральный
- 4) дерматоскопия
- 5) иммуногистохимический

11. К ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ ДЕРМАТОСКОПИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ МЕЛАНОМЫ ОТНОСЯТСЯ

- 1) древовидные сосуды
- 2) край изъеденный молью
- 3) лакуны
- 4) атипичная пигментная сеть
- 5) бело-голубая вуаль

12. КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ БАЗАЛЬНОКЛЕТОЧНОГО РАКА КОЖИ

- 1) лентигиозная
- 2) поверхностная

- 3) десмопластическая
- 4) эрозивно-язвенная
- 5) узловая

13. ИЗЛЮБЛЕННАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ БАЗАЛЬНОКЛЕТОЧНОГО РАКА

- 1) ладони и подошвы
- 2) крупные складки
- 3) лицо
- 4) голени
- 5) верхняя часть туловища

14. ПРОВОЦИРУЮЩИМ ФАКТОРОМ ДЛЯ ВОЗНИКНОВЕНИЯ БАЗАЛЬНОКЛЕТОЧНОГО РАКА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) хроническое ультрафиолетовое повреждение
- 2) солнечный ожог
- 3) длительная травматизация
- 4) факторы профессиональной вредности
- 5) длительное использование топических кортикостероидов

15. ДЕРМАТОСКОПИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ БАЗАЛЬНОКЛЕТОЧНОГО РАКА

- 1) псевдоподии
- 2) миллиумподобные структуры
- 3) древовидные сосуды
- 4) микроэрозии
- 5) пигментная сеть

16. ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫЙ РАК КОЖИ

- 1) самая частая форма рака кожи
- 2) результат трансформации актинического кератоза
- 3) результат воздействия профессиональных факторов
- 4) не обладает метастатическим потенциалом
- 5) возникает в молодом возрасте

17. БОЛЕЗНЬ БОУЭНА ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

- 1) доброкачественное новообразование
- 2) хронический дерматоз
- 3) рак in situ
- 4) псориазиформную единичную бляшку
- 5) инфекционное заболевание

18. НЕВУСЫ ПОДРАЗДЕЛЯЮТСЯ НА

- 1) поверхностные
- 2) глубокие

- 3) врожденные
- 4) приобретенные
- 5) ихтиозиформные

19. НЕВУСЫ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ

- 1) трансформируются в меланомы
- 2) увеличиваются в размерах
- 3) инволюционируют
- 4) покрываются щетинистыми волосами
- 5) становятся бородавчатыми

20. ПРИ ДЕРМАТОСКОПИИ НЕВУСОВ ВЫЯВЛЯЮТСЯ

- 1) «листья клена»
- 2) глобулы по типу булыжной мостовой
- 3) древовидные сосуды
- 4) пигментная сеть
- 5) бесструктурные области

21. НЕВУСЫ НЕОБХОДИМО

- 1) профилактически удалять
- 2) защищать от ультрафиолета
- 3) подвергать динамическому наблюдению
- 4) фотодокументировать
- 5) консультировать со специалистом при появлении любых изменений

22. НЕВУСЫ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С

- 1) базальноклеточным раком кожи
- 2) меланомой
- 3) болезнью Боуэна
- 4) бородавками
- 5) себорейным кератозом

23. СЕБОРЕЙНЫЙ КЕРАТОЗ — ЭТО

- 1) доброкачественное новообразование
- 2) наиболее часто встречаемое новообразование у пожилых
- 3) рак in situ
- 4) вирусный дерматоз
- 5) симптом синдрома Лезера-Треля

24. ДЕРМАТОСКОПИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ СЕБОРЕЙНОГО КЕРАТОЗА

- 1) пигментная сеть
- 2) древовидные сосуды

- 3) мозговые извилины
- 4) бело-голубая вуаль
- 5) точки

25. ФОНОВЫЕ СОСТОЯНИЯ ДЛЯ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА

- 1) себорейный кератоз
 - 2) множественные невусы
 - 3) актинический кератоз
 - 4) болезнь Боуэна
 - 5) псориаз
-

ДЛЯ ЗАМЕТОК

И.А. Клеменова, И.Л. Шливко, О.Е. Гаранина,
О.Н. Ткачева, Ю.В. Котовская

ОПУХОЛИ КОЖИ В ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Учебное пособие

Публикуется в авторской редакции
Верстка *Вершинина И.А.*

Издательство «Прометей»
119002, г. Москва, ул. Арбат, д. 51, стр. 1
Тел./факс: +7 (495) 730-70-69
E-mail: info@prometej.su

Подписано в печать 18.12.2020
Формат 60×90/8. Объем 7,75 п.л.
Тираж 500 экз. Заказ № 1269

ISBN 978-5-00172-117-8



9 785001 721178 >
