

Алгоритм обследования пациентов с новообразованиями кожи

А. А. Кубанов, Т. А. Сысоева, Ю. А. Галлямова, А. С. Бишарова, И. Б. Мерцалова

По данным современных эпидемиологических исследований установлен рост распространенности меланомы и других злокачественных новообразований кожи во многих странах мира, в том числе и в России [1, 2]. Высокий метастатический потенциал меланомы и низкая эффективность системной терапии при неоперабельной форме заболевания ведут к высокому уровню смертности [1], поэтому диагностика меланомы кожи на уровне *in situ* является основным условием эффективного и безрецидивного лечения. По данным статистического анализа с 2006 по 2016 г. в России распространенность меланомы кожи выросла с 39,7 до 59,3 на 100 тысяч населения, при этом удельный вес больных с меланомой I–II стадии также увеличился с 64,9 до 79,1 на 100 тыс. населения, а количество больных с меланомой кожи, выявленных активно, увеличилось с 9,5 до 25,8 человека на 100 тысяч населения. Эти данные, очевидно, свидетельствуют об усилении внимания врачей и пациентов к новообразованиям кожи, а также улучшении качества диагностики этой злокачественной опухоли кожи [2].

Затрудняют постановку диагноза и приводят к диагностическим ошибкам большое число клиничко-морфологических форм пигментных и беспигментных новообразований кожи, недостаточные знания населения и врачей относительно факторов риска развития злокачественных новообразований кожи, особенностей осмотра и ведения пациентов с новообразованиями кожи, отсутствие у врачей практических навыков по дерматоскопии. Кроме этого, как среди населения и так врачей существует множество устаревших представлений о профилактике и клинических признаках злокачественных новообразований кожи. Например, неверным является мнение, что злокачественное новообразование обязательно должно проявляться кровоточивостью, изъязвлением, отсутствием волос в опухоли, крупным размером и темным цветом новообразования (такие клинические признаки не соответствуют начальным признакам опухоли), а удаление невусов акральных локализаций, диспластических невусов и других новообразований кожи необходимо для профилактики злокачественного перерождения невусов в меланому (в 30–70% случаев меланома кожи возникает *de novo*, т. е. на здоровой коже вне невуса) [3, 4].

Таким образом, для своевременной диагностики злокачественных новообразований кожи врачам клинических специальностей необходимо знать факторы риска развития злокачественных новообразований кожи, уметь правильно собирать анамнез, осматривать пациента, давать адекватные рекомендации по периодичности осмотра в зависимости от степени риска развития злокачественных новообразований кожи у конкретного пациента или своевременно направить пациента на консультацию к онкологу.

По данным как российских, так и зарубежных клинических рекомендаций по диагностике и лечению больных меланомой кожи к высоким факторам риска развития меланомы кожи относят: генетическую мутацию CDKN2A, наличие 5 и более атипических (диспластических) невусов на коже пациента, рак кожи в анамнезе, семейные случаи меланомы, I и II фототип по Фитцпатрику, наличие более 100 простых невусов и др. Доказано, что при наличии нескольких факторов риск развития меланомы возрастает [3–6].

На основании исследований по выявлению факторов риска меланомы кожи и правил клинического и дерматоскопического осмотра нами предложен алгоритм сбора анамнеза, клинического осмотра пациентов с новообразованиями кожи, а также план дерматоскопического заключения для новообразований кожи (рис. 1, 2).

Паспортная часть:

Ф.И.О. _____

Возраст _____

Жалобы _____

Anamnesis morbi:

Рак кожи в анамнезе _____

Наличие/удаление диспластических невусов в анамнезе _____

Anamnesis vitae:

Отношение к инсоляции/искусственный загар _____

Сопутствующие заболевания (злокачественные новообразования, иммуносупрессия, аутоиммунные заболевания) _____

Наследственность по злокачественным новообразованиям кожи _____

Профессия _____

Status praesens:**Status localis:**

Фототип _____

Признаки фотоповреждения кожи: _____

Количество простых невусов _____

Наличие клинически диспластических невусов _____

Наличие врожденных невусов (размер) _____

Клиническое описание новообразования:

Локализация: _____

Размер: _____

Цвет: _____

Форма: _____

Границы: _____

Поверхность: _____

Консистенция: _____

Особенности: _____

Симптом «гадкого утенка»: _____

Дерматоскопическое заключение: _____

Рис. 1. Алгоритм сбора анамнеза, клинического осмотра пациентов с новообразованиями кожи

ДЕРМАТОСКОПИЧЕСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ МЕЛАНОЦИТАРНОГО НОВООБРАЗОВАНИЯ

1. ФИО _____ возраст _____

2. Вид исследования (дерматоскоп) _____

3. Иммерсионная жидкость _____

4. Симметрия (моноаксиальная, биаксиальная)/асимметрия _____

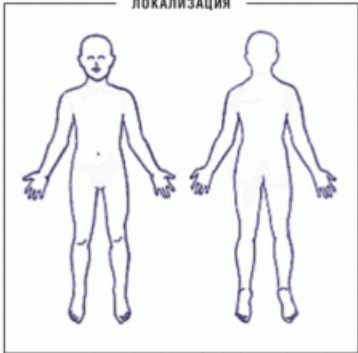
5. Границы (четкие, нечеткие), размер _____ цвета (количество) _____

6. Локализация _____

7. Структуры меланоцитарных новообразований

Структуры	Есть
Пигментная сеть	типичная
	атипичная
Радиальные полосы	регулярные
	нерегулярные
Глобулы/точки	регулярные
	нерегулярные
Сосуды	типичные
	атипичные
Бело-голубая вуаль	
Участки регресса	
Гомогенная голубая пигментация	
Бесструктурные участки	Гипопигментация
	Гиперпигментация
Особые локализации	
ЛИЦО: Псевдосеть	типичная
	атипичная
Другие структуры (лицо)	
Параллельные структуры в бородках или другая типичная модель (ладони, подошвы)	типичные
	атипичные
	Параллельные структуры в гребнях/нерегулярная фибриллярная модель

ЛОКАЛИЗАЦИЯ



8. «Правило 7 признаков» (Алгоритм G. Argenziano): 3 и более баллов (подозрение на злокачественное новообразование).

№	Дерматоскопические признаки	Количество баллов
1.	Большие (оценка в 2 балла)	
	Атипичная пигментная сеть	
	Бело-голубая вуаль	
	Атипичные сосуды	
2.	Малые (оценка в 1 балл)	
	Нерегулярные радиальные полосы	
	Нерегулярные точки/глобулы	
	Нерегулярные бесструктурные участки	
	Участки регресса	
3.	Общий дерматоскопический индекс образования	

9. Комментарии _____

10. Заключение _____

Врач-дерматовенеролог _____

Рис. 2. Форма дерматоскопического заключения для меланоцитарных новообразований

Классическое обследование больного основывается на субъективном (пациента) и объективном исследовании (осмотре, инструментальных методах исследования). Субъективное исследование ставит цель выяснить жалобы пациента по поводу заболевания, историю заболевания и жизни больного.

Хотя жалобы пациента с новообразованиями кожи носят субъективный характер, однако пренебрегать ими не стоит, так как информация о появлении нового новообразования или динамические изменения в существующем новообразовании могут послужить знаком для более тщательного осмотра и своевременного выявления злокачественного новообразования.

Для меланоцитарных новообразований характерны возрастные особенности. В младенческом возрасте пигментные новообразования отсутствуют (за исключением врожденных невусов), в юношеском и взрослом возрасте появляются простые пограничные невусы, а в пожилом характерна физиологическая инволюция невусов. Меланома кожи может встречаться в любом возрасте, однако пик заболеваемости приходится на возраст старше 75 лет, а в детском и подростковом возрасте эта опухоль кожи почти не встречается. В пожилом и старческом возрасте появление нового или рост существующего меланоформного новообразования должны вызывать онкологическую настороженность врача [7].

Из anamnesis morbi пациента с новообразованиями кожи важно выяснить:

- *наличие меланомы в анамнезе* (относительный риск увеличивается в 8–15 раз и до 30 раз, если меланома была у родителей) [3, 8];
- *наличие базальноклеточного, плоскоклеточного рака в анамнезе* (повышает риск немеланомного рака кожи в 10 раз [9]. Известно, что риск немеланомного рака выше в 3 раза у людей с меланомой в анамнезе [10];
- *наличие диспластических невусов* (пациенты с диспластическими невусами подвержены риску развития меланомы в 4–10 раз больше, чем без них) [11, 12].

В anamnesis vitae обращают внимание на привычки пациента, особенно в отношении естественной и искусственной инсоляции, которые повышают риск рака кожи:

- *Солнечные ожоги.* Чрезмерная инсоляция и солнечные ожоги в анамнезе увеличивают относительный риск развития меланомы в 2 раза (риск увеличивается вне зависимости от возраста, в котором возник ожог). Доказано, что интенсивная эпизодическая инсоляция (отпуск) связана с более высоким риском меланомы, особенно поверхностно-распространяющейся формы. А при хронической постоянной инсоляции — выше риск актинического кератоза, плоскоклеточного рака, базальноклеточного рака, лентиго-меланомы [13, 14].
- *Солярий.* Относительный риск развития меланомы выше на 16–25% у людей, посещавших солярий, особенно в возрасте до 35 лет, чем у людей, никогда не посещавших солярии. Известно, что среди людей молодого возраста соляриями чаще пользуются девушки, а это может являться одним из факторов, способствующих более высокой заболеваемости меланомой кожи у девушек, чем у юношей [15–17].

Важно сбор анамнеза сопутствующих заболеваний, особенно злокачественных новообразований и других заболеваний, связанных с иммуносупрессией или иммуносупрессивной терапией.

Как было отмечено выше, риск повторной меланомы в 8–30 раз выше у пациентов с меланомой в анамнезе и риск возникновения меланомы выше в 3 раза у людей, имеющих анамнез по немеланомным ракам кожи [8, 10, 18].

Злокачественные заболевания молочной железы, почек, предстательной железы, щитовидной железы, яичников, поджелудочной железы, неходжкинская лимфома и лейкоз увеличивают риск развития меланомы в 2 и более раз [19–24]. Часто ассоциации меланомы и других злокачественных новообразований возникают при сочетании генетических или экологических факторов.

После трансплантации органов (печени и сердца) риск меланомы кожи в 2,7 раза, а немеланомного рака кожи в 29 раз выше, чем в популяции [25]. А риск развития меланомы кожи выше на 50% у пациентов с ВИЧ-инфекцией и СПИД, чем у здоровых людей [26, 27]. Установлен повышенный риск развития меланомы кожи при ревматоидном артрите — на 23%, при болезни Крона — на 80%, неспецифическом язвенном колите — на 23%. Причем доказано, что повышенный риск развития меланомы у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника не связан с типом лечения этих заболеваний [28, 29].

Наследственность и генетическая предрасположенность относятся к наиболее высоким факторам риска и обязательно должны учитываться при планировании наблюдения за новообразованиями пациента.

Генетическая предрасположенность характерна для пациентов с CDKN2A-мутацией, которая проявляется FAMMM-синдромом (familial atypical multi plemole melanoma). Считается, что у 6 из 10 человек с FAMMM-синдромом к восьмидесяти годам жизни развивается меланома. FAMMM-синдром — синдром семейных атипичных невусов и меланомы — характеризуется наличием одного и более семейных случаев меланомы у родственников первой или второй степени родства, наличием многочисленных (часто > 50) меланоцитарных невусов, некоторые из которых являются клинически диспластическими или атипичными невусами с характерной гистологической картиной.

При наличии у пациента семейной истории меланомы без атипичных невусов риск меланомы увеличивается в 2 раза. Наиболее высокий риск меланомы у пациентов, родственники которых перенесли меланому в молодом возрасте до 30 лет, а также более одного случая меланомы кожи у родственников первой линии родства [30].

Риск развития плоскоклеточного рака и базальноклеточного рака также возрастает у пациентов с семейной историей этих заболеваний [31].

Оценивая факторы риска развития рака кожи, уточняем профессию пациента. Риск развития меланомы подвержены пилоты и члены экипажа самолетов (риск выше в 2,2 раза по сравнению с популяцией) [32].

У людей, которые вынуждены длительное время находиться на солнце (моряки, колхозники, спортсмены), чаще немеланомный рак кожи. У 7% мужчин и 1% женщин в Великобритании рак кожи обусловлен профессиональным облучением (в том числе солнечной радиацией) [33]. Риск базальноклеточного рака на 43% выше у людей, работающих на открытом воздухе [34].

Status localis

При осмотре кожи пациента с новообразованиями необходимо отмечать пигментный фенотип пациента (фототип), кожные признаки фотоповреждения, примерное количество простых невусов, выявлять клинически диспластические и врожденные невусы.

Фототип пациента по многочисленным исследованиям [3, 5, 29] относят к высоким факторам риска. Меланома кожи возникает в 2 раза чаще у людей с I фототипом по сравнению с IV фототипом [35]. Риск базальноклеточного рака на 70% выше у людей с I–II фототипом по сравнению с III–IV фототипом [36].

Признаки повреждения кожи ультрафиолетовыми лучами свидетельствуют о длительном и чрезмерном нахождении пациента на солнце. По данным исследований до 86% случаев меланомы и до 90% случаев базальноклеточного рака у людей со светлой кожей связаны с ультрафиолетовым излучением [37].

К признакам фотоповреждения кожи относятся: неравномерная пигментация кожи (пойкилодермия), солнечное лентиго, себорейный кератоз, лентиго на губах, ромбовидная кожа на задней поверхности шеи, актинический кератоз, каплевидный гипомеланоз, крапчатая пигментация, телеангиэктазии, множественные венозные ангиомы.

Осматривая пациента, необходимо приблизительно оценить количество невусов. Более 100 простых пограничных невусов увеличивают риск развития меланомы в 7 раз, по сравнению с наличием у пациента менее 15 простых невусов [36, 37]. Известно, что количество невусов генетически детерминировано, но из-за инсоляции может увеличиваться количество простых невусов, при этом доказано, что длительная и регулярная инсоляция оказывает большее влияние на формирование новых невусов, чем солнечные ожоги [38].

Наличие клинически атипичных (диспластических) невусов повышает риск развития меланомы у пациента. Доказано, что чем больше диспластических невусов у пациента, тем выше риск меланомы (1 диспластический невус повышает риск развития меланомы в 1,45 раза, 3 диспластических невуса повышают риск развития меланомы в 6 раз). Кроме этого, оценивая риск развития меланомы кожи у пациента с диспластическими невусами, важно учитывать личный и семейный анамнез, в том числе по наличию диспластических невусов у родственников и семейным случаям меланомы кожи [39].

По протоколу, принятому Международным агентством по изучению рака (International Agency for Research on Cancer, IARC), клиническими признаками атипичного невуса является невус с плоским и папулезным компонентом, а также должны присутствовать три из следующих признаков [36]:

- размер невуса от 5 мм и более;
- неравномерная пигментация;
- неправильные асимметричные очертания, нечеткий край;
- эритема.

Крупные врожденные невусы также относят к высоким факторам риска. Врожденные меланоцитарные невусы появляются в течение первого года жизни. Риск возникновения меланомы на мелких (размер менее 1,5 мм) и средних невусах (размер от 1,5 до 20 мм) менее 1%. В этих невусах возможно редкое развитие меланомы после пубертата, во взрослом возрасте. Чаще меланома локализуется на границе со здоровой кожей и исходит из эпидермиса у дермоэпидермального соединения. Данные исследования рисков развития меланомы в крупных и гигантских невусах (размер для взрослых более 20 см) значительно варьируют и составляют от 2% до 20%. Считается, что меланома на крупных невусах может возникать в детском и подростковом возрасте, сложнее диагностируется клинически, так как возникает ниже дермоэпидермального соединения. По современным данным считается, что чаще меланомы на крупных невусах могут возникать доброкачественные пролиферативные узлы, которые при гистологическом исследовании могут напоминать меланому, что может приводить к гипердиагностике и неправильной тактике ведения больных [40–42].

Клинические методы оценки, позволяющие заподозрить меланому кожи

Классическим способом, позволяющим клинически заподозрить меланому, является метод ABCD и его более современный и точный аналог ABCDE: A (asymmetry) — асимметрия, B (border) — нечеткость границ, C (color) — вариабельность окраски, D (diameter) — диаметр более 6 мм, E (evolution) — эволюция (изменение) новообразования [43].

Однако клиницисты, диагностирующие новообразования кожи, сталкиваются с проблемой, связанной с попыткой отличить меланому от других клинически атипичных невусов, которые также часто соответствуют некоторым или всем критериям ABCDE. Кроме того, полагаться исключительно на подход ABCDE нельзя, так как меланома кожи может иметь диаметр менее 6 мм или не иметь критериев ABCDE (например, узловатая меланома).

Другим клиническим признаком злокачественного новообразования кожи является симптом «гадкого утенка» и «красной шапочки». Симптом «гадкого утенка» впервые предложен в 1998 г. J. J. Grob и соавт. Этот симптом основан на морфологической оценке новообразований кожи и клиническом отличии злокачественного поражения кожи от множества доброкачественных пигментных новообразований. Другим вариантом симптома «гадкого утенка» является обнаружение единственного и изменяющегося с течением времени новообразования в определенной анатомической области [44].

Симптом «красной шапочки» характеризуется дерматоскопическими отличиями злокачественного новообразования от других невусов при клинически однотипной картине (по аналогии со сказкой Ш. Перро — когда волк издали казался бабушкой, а вблизи были видны острые волчьи зубы) [45].

Дерматоскопическая диагностика входит в стандарт осмотра пациента с новообразованиями кожи и увеличивает правильность клинического диагноза от 5% до 30% в зависимости от квалификации врача [46]. По данным A. Blum повышение квалификации в области дерматоскопии влияет на точность дерматоскопической диагностики, а клиническая картина и анамнез пациентов помогают специалистам среднего уровня и начинающим дерматоскопистам в диагностике доброкачественных и злокачественных новообразований [47]. Для

стандартизации описания дерматоскопических признаков нами предложена форма дерматоскопического заключения для меланоцитарных новообразований (рис. 2).

Кроме стандартной дерматоскопии для эффективного динамического наблюдения за новообразованиями и объективизации дерматоскопического исследования желательное использование фото- и видеодерматоскопии. Фотодерматоскопическое исследование входит в стандарт диагностики новообразований во многих странах мира, помогая оценить динамические изменения в новообразовании, произошедшие в течение нескольких месяцев или лет. У пациентов с большим количеством простых меланоцитарных, диспластических невусов у пациентов с очень высоким риском развития меланомы выявить меланому кожи на раннем этапе помогает автоматизированный мониторинг (автоматическое фотографирование новообразований на всей поверхности кожи и сравнение макроснимков и дерматоскопических фотографий во времени). В 2017 г. с помощью видеодерматоскопии и автоматизированного мониторинга зарегистрирована наименьшая по размеру меланома (размер менее 1 мм) у 32-летней женщины, имевшей в анамнезе три меланомы. Пациентка проходила автоматизированный мониторинг всего тела с интервалами 3 месяца (использовался видеодерматоскоп FotoFinderbodystudio ATBM) [48].

Таким образом, ведение пациентов с новообразованиями на современном, квалифицированном уровне не должно ограничиваться только осмотром и удалением «подозрительного на злокачественное» новообразования, является необходимой оценка факторов риска, на основании которых врач должен рекомендовать пациенту профилактические мероприятия, включающие регулярные осмотры пациентов каждые 3, 6 или 12 месяцев.

Литература

1. Демидов Л. В., Утяшев И. А., Харкевич Г. Ю. Подходы к диагностике и терапии меланомы кожи: эра персонализированной медицины // *Consilium Medicum*. 2013; 2–3: 42–47.
2. Состояние онкологической помощи населению России в 2016 году / Под ред. Карпина А. Д., Старинского В. В., Петровой Г. В.
3. Australian Cancer Network Melanoma Guidelines Revision Working Party. Clinical Practice Guidelines for the Management of Melanoma in Australia and New Zealand. Wellington: Cancer Council Australia and Australia Cancer Network, Sydney and New Zealand Guidelines Group, 2008.
4. Алиев М. Д., Бохан Б. Ю., Демидов Л. В. и др. Клинические рекомендации по диагностике и лечению больных меланомой кожи. М., 2014.
5. Rutkowski P., Wysocki P. J., Nowecki Z. I. et al. Cutaneous melanoma: diagnostic and therapeutic guidelines in 2013 // *Przegl Dermatol*. 2013; 100: 1–15.
6. Guidelines Working Group. National Guidelines for Diagnosis, Treatment and Follow-up of Malignant Melanomas. Oslo: Norwegian Directorate of Health, 2011.
7. Чиссов В. И., Старинский В. В., Петрова Г. В. Злокачественные новообразования в России в 2008 г. (заболеваемость и смертность). М.: ФГУ «МНИОИ им. П. А. Герцена Росмедтехнологий», 2010.
8. Zhang H., Bermejo J. L., Sundquist J. et al. Modification of second cancer risk after malignant melanoma by parental history of cancer // *Br J Cancer*. 2008; 99: 536–388.
9. Crocetti E., Guzzinati S., Paci E. et al. The risk of developing a second, different, cancer among 14 560 survivors of malignant cutaneous melanoma: a study by AIRTUM (the Italian Network of Cancer Registries) // *Melanoma Res*. 2008; 18: 230–234.
10. Gandini S., Sera F., Cattaruzza M. S. et al. Meta-analysis of risk factors for cutaneous melanoma: I. Common and atypical naevi // *European Journal of Cancer*. 2005; 41: 28–44.
11. Olsen C. M., Carroll H. J., Whiteman D. C. Estimating the attributable fraction for cancer: A meta-analysis of nevi and melanoma // *Cancer Prev Res (Phila)*. 2010; 3: 233–245.
12. Olsen C. M., Carroll H. J., Whiteman D. C. Estimating the attributable fraction for melanoma: a meta-analysis of pigmentary characteristics and freckling // *Int J Cancer*. 2010; 127: 2430–2445.
13. Olsen C. M., Zens M. S., Green A. C. et al. Biologic markers of sun exposure and melanoma risk in women: Pooled case-control analysis // *Int J Cancer*. 2011; 129: 713–723.
14. Dennis L. K., Vanbeek M. J., Beane Freeman L. E. et al. Sunburns and risk of cutaneous melanoma: does age matter? A comprehensive meta-analysis // *Ann Epidemiol*. 2008; 18: 614–627.
15. Coelho S. G., Hearing V. J. UVA tanning is involved in the increased incidence of skin cancers in fair-skinned young women // *Pigment Cell Melanoma Res*. 2010; 23: 57–63.
16. Boniol M., Autier P., Boyle P. et al. Cutaneous melanoma attributable to sunbed use: systematic review and meta-analysis // *BMJ*. 2012; 345: e4757. DOI: 10. 1136/bmj.e4757.
17. Colantonio S., Bracken M. B., Beecker J. The association of indoor tanning and melanoma in adults: Systematic review and meta-analysis // *J Am Acad Dermatol*. 2014; 70 (5): 847–857.
18. Rees J. R., Zens M. S., Gui J. et al. Non melanoma skin cancer and subsequent cancer risk // *PLoS One*. 2014, Jun; 9 (6).
19. Bonadies D. C., Bale A. E. Hereditary melanoma // *Current Problems in Cancer*. 2011; 35: 162–172.
20. Bradford P. T., Freedman D. M., Goldstein A. M. et al. Increased risk of second primary cancers after a diagnosis of melanoma // *Arch Dermatol*. 2010; 146: 265–272.
21. Yang G. B., Barnholtz-Sloan J. S., Chen Y. et al. Risk and Survival of Cutaneous Melanoma Diagnosed Subsequent to

- a Previous Cancer // Archives of Dermatology. 2011; 147: 1395–1402.
22. Goggins W., Gao W., Tsao H. Association between female breast cancer and cutaneous melanoma // Int J Cancer. 2004; 111: 792–794.
 23. Li W. Q., Qureshi A. A., Ma J. et al. Personal History of Prostate Cancer and Increased Risk of Incident Melanoma in the United States // J Clin Oncol. 2013, November 4, 51.
 24. Olsen C. M., Lane S. W., Green A. C. Increased risk of melanoma in patients with chronic lymphocytic leukaemia: systematic review and meta-analysis of cohort studies // Melanoma Res. 2016, Apr; 26 (2): 188–194.
 25. Green A. C., Olsen C. M. Increased risk of melanoma in organ transplant recipients: systematic review and meta-analysis of cohort studies // Acta Derm Venereol. 2015, Nov; 95 (8): 923–927.
 26. Olsen C. M., Knight L. L., Green A. C. Risk of melanoma in people with HIV/AIDS in the pre- and post-HAART eras: a systematic review and meta-analysis of cohort studies // PLoS One. 2014; 9 (4): e95096.
 27. Van der Leest R. J., Flohil S. C., Arends L. R. et al. Risk of subsequent cutaneous malignancy in patients with prior melanoma: a systematic review and meta-analysis // J Eur Acad Dermatol Venereol. 2015, Jun; 29 (6): 1053–1062.
 28. Singh S., Nagpal S. J., Murad M. H. et al. Inflammatory Bowel Disease Is Associated With an Increased Risk of Melanoma: A Systematic Review and Meta-Analysis // Clin Gastroenterol Hepatol. 2013. DOI: 10.1016/j.cgh.2013.04.033.
 29. Simon T. A., Thompson A., Gandhi K. K. et al. Incidence of malignancy in adult patients with rheumatoid arthritis: a meta-analysis // Arthritis Res Ther. 2015, Aug 15; 17: 212.
 30. Fallah M., Pukkala E., Sundquist K. et al. Familial melanoma by histology and age: Joint data from five Nordic countries // Eur J Cancer. 2014, Apr; 50 (6): 1176–1183.
 31. Qureshi A. A., Zhang M., Han J. Heterogeneity in host risk factors for incident melanoma and non-melanoma skin cancer in a cohort of US women // J Epidemiol. 2011; 21: 197–203.
 32. Sanlorenzo M., Wehner M. R., Linos E. et al. The Risk of Melanoma in Airline Pilots and Cabin Crew: A Meta-analysis // JAMA Dermatol. 2015; 151 (1): 51–58.
 33. Young C., Rushton L. Occupational cancer in Britain: Skin cancer // Br J Cancer. 2012; 107, Suppl 1: S71–5.
 34. Schmitt J., Seidler A., Diepgen T. L., Bauer A. Occupational ultraviolet light exposure increases the risk for the development of cutaneous squamous cell carcinoma: a systematic review and meta-analysis // Br J Dermatol. 2011; 164: 291–307.
 35. Crocetti E., Guzzinati S., Paci E. et al. The risk of developing a second, different, cancer among 14 560 survivors of malignant cutaneous melanoma: a study by AIRTUM (the Italian Network of Cancer Registries) // Melanoma Res. 2008; 18: 230–234.
 36. Gandini S., Sera F., Cattaruzza M. S. et al. Meta-analysis of risk factors for cutaneous melanoma: I. Common and atypical naevi // European Journal of Cancer. 2005; 41: 28–44.
 37. Olsen C. M., Carroll H. J., Whiteman D. C. Estimating the attributable fraction for cancer: A meta-analysis of nevi and melanoma // Cancer Prev Res (Phila). 2010; 3: 233–245.
 38. Bauer J., Garbe C. Acquired Melanocytic Nevi as Risk Factor for Melanoma Development. A Comprehensive Review of Epidemiological Data // Pigment Cell Res. 2003; 16: 297–306.
 39. Celebi J. T., Ward K. M., Wanner M., Polsky D., Kopf A. W. Evaluation of germline CDKN2 A, ARF, CDK4, PTEN, and BRAF alterations in atypical mole syndrome // Clin Exp Dermatol. 2005; 30: 68–70.
 40. Jeremy Nikfarjam, Earle Chambers. Congenital Melanocytic Nevi and the Risk of Malignant Melanoma: Establishing a Guideline for Primary-Care Physicians // The Einstein Journal of Biology and Medicine. 2012; 11–18.
 41. Quaba A. A., Wallace A. F. The incidence of malignant melanoma (0 to 15 years of age) arising in «large» congenital nevocellular nevi // Plast Reconstr Surg. 1986, 78 (2): 174–181.
 42. Ruiz-Maldonado R., Tamayo L., Laterza A. M., Durán C. Giant pigmented nevi: Clinical, histopathologic, and therapeutic considerations // J Pediatr. 1992, 120 (6): 906–911.
 43. Abbasi N. R., Shaw H. M., Rigel D. S. et al. Early diagnosis of cutaneous melanoma: revisiting the ABCD criteria // JAMA. 2004; 292: 2771–2776.
 44. Grob J. J., Bonerandi J. J. The 'ugly duckling' sign: identification of the common characteristics of nevi in an individual as a basis for melanoma screening // Arch Dermatol. 1998; 134 (1): 103–104.
 45. Mascaro J. M. Jr., Mascaro J. M. The dermatologist's position concerning nevi: a vision ranging from 'the ugly duckling' to 'little red riding hood' // Arch. Dermatol. 1998, 134, 1484–1485.
 46. Kittler H., Pehamberger H., Wolff K., Binder M. Diagnostic accuracy of dermoscopy // Lancet Oncol. 2002; 3: 159–165.
 47. Blum A., Hofmann-Wellenhof R., Luedtke H., Ellwanger U., Steins A., Roehm S., Garbe C., Soyer H. P. Blackwell Publishing, Ltd. Value of the clinical history for different users of dermoscopy compared with results of digital image analysis // JEADV. 2004, 18, 665–669.
 48. Bengu N. Akay. Correspondence: Dermatoscopy of a melanoma less than one millimeter in diameter // International Journal of Dermatology. 2017.

А. А. Кубанов¹, доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАН

Т. А. Сысоева, кандидат медицинских наук

Ю. А. Галлямова, доктор медицинских наук, профессор

А. С. Бишарова, кандидат медицинских наук

И. Б. Мерцалова, кандидат медицинских наук

ФБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ, Москва

¹ Контактная информация: derma2006@yandex.ru

Алгоритм обследования пациентов с новообразованиями кожи/ А. А. Кубанов, Т. А. Сысоева, Ю. А. Галлямова, А. С. Бишарова, И. Б. Мерцалова

Для цитирования: Лечащий врач № 3/2018; Номера страниц в выпуске: 83-88

Теги: кожа, злокачественные новообразования, опухоли, невусы

© «Открытые системы», 1992-2018. Все права
защищены.