

Низкая информированность поликлинических врачей – причина запущенности поверхностно-распространяющейся меланомы кожи

О. А. Романова¹, кандидат медицинских наук

Н. Г. Артемьева, кандидат медицинских наук

М. Г. Безлепко

ЗАО «ЦП Литфонда», Москва, Россия

Резюме. В статье описана клиническая картина поверхностно-распространяющейся меланомы – самой распространенной формы пигментной опухоли. Несмотря на то, что на ранней стадии эта форма опухоли имеет выраженные клинические признаки, поликлинические врачи не могут ее диагностировать своевременно – в фазе горизонтального роста. Врачи общего профиля ошибочно полагают, что меланома возникает в результате травмы доброкачественного невуса, в то время как Кларк в 1969 г. установил, что большинство меланом возникает на неизмененной коже и проходит длительную фазу поверхностного роста. Сделан вывод о том, что повышение уровня знаний поликлинических врачей о ранних симптомах поверхностно-распространяющейся меланомы будет способствовать своевременной диагностике опухоли и снижению смертности от этого заболевания. Существенную помощь в ранней диагностике меланом могут оказать памятки с цветными фотографиями поверхностно-распространяющейся меланомы в фазе горизонтального роста, которыми необходимо снабдить каждого поликлинического врача. Приведены клинические случаи и фотографии поверхностно-распространяющейся меланомы в ранней стадии развития – в фазе горизонтального роста.

Ключевые слова: поверхностно-распространяющаяся меланома кожи, фаза горизонтального роста меланомы, ранняя диагностика меланомы.

Для цитирования: Романова О. А., Артемьева Н. Г., Безлепко М. Г. Низкая информированность поликлинических врачей – причина запущенности поверхностно-распространяющейся меланомы кожи // Лечебный Врач. 2021; 5 (24): 38-42. DOI: 10.51793/OS.2021.32.63.008

Low level of awareness among general practitioners – the reason for the late stages of superficial spreading melanoma of the skin

О. А. Romanova¹, Н. Г. Artemieva, М. Г. Bezlepko

CJSC «Tsentralnaya poliklinika Litfonda», Moscow, Russia

Abstract. The article describes the clinical picture of surface-spreading melanoma – the most common form of pigmented tumor. Despite the fact that at an early stage this form of tumor has pronounced clinical signs, polyclinic doctors can not diagnose it in a timely manner – in the phase of horizontal growth. General practitioners mistakenly believe that melanoma occurs as a result of trauma to a benign nevus, while Clark in 1969 established that most melanomas occur on unaltered skin and go through a long phase of superficial growth. It is concluded that increasing the level of knowledge of polyclinic doctors about the early symptoms of surface-spreading melanoma will contribute to the timely diagnosis of the tumor and reduce mortality from this disease. A significant help in the early diagnosis of melanomas can be provided by memos with color photos of surface-spreading melanoma in the horizontal growth phase, which should be provided to each polyclinic doctor. The article presents clinical cases and photos of surface-spreading melanoma in the early stage of development – in the phase of horizontal growth.

Keywords: surface-spreading melanoma of the skin, the phase of horizontal growth of melanoma, early diagnosis of melanoma.

For citation: Romanova O. A., Artemieva H. G., Bezlepko M. G. Low level of awareness among general practitioners – the reason for the late stages of superficial spreading melanoma of the skin // Lechashy Vrach. 2021; 5 (24): 38-42. DOI: 10.51793/OS.2021.32.63.008

Меланома кожи – опухоль, возникающая из меланоцитов, клеток нейроэктодермального происхождения, синтезирующих пигмент меланин. Несмотря на малые размеры первичной опухоли,

меланома способна как к лимфогенному, так и обширному гематогенному метастазированию, что является причиной высокой смертности от этого заболевания. В Российской Федерации в 2018 г. заболели меланомой кожи 11392 челове-

ка, умерли – 3713, то есть погибает почти каждый третий больной [1]. В США, Австралии, Новой Зеландии смертность от меланомы составляет 10% [2].

Долгое время меланома считалась опасной опухолью с непредсказуемым прогнозом, однако данное положение изменилось в 1969 г., когда американ-

¹Контактная информация: oli.romanova@yandex.ru

ский патоморфолог Кларк и соавт. показали, что большинство меланом кожи возникают из эпидермальных меланоцитов [3]. Авторы выделили 3 основные формы меланомы кожи: лентиго-меланому, поверхностно-распространяющуюся и узловую меланому [3]. Эта основополагающая работа послужила толчком к развитию исследований по ранней диагностике и к снижению смертности от этого заболевания. Оказалось, что из трех форм, выделенных Кларком, 2 формы – лентиго-меланома и поверхностно-распространяющаяся меланома имеют 2 фазы развития: горизонтальную, когда опухоль длительное время развивается в пределах эпидермиса, и вертикальную, когда опухоль прорастает в дерму, где расположены лимфатические и кровеносные сосуды [3]. Позже была выделена акролентигинозная форма меланомы, которая развивается на подошвах, ладонях или в области ногтевого ложа, она также имеет 2 фазы развития. Диагностика и лечение меланомы в горизонтальной фазе роста дает блестящий результат – 95% пятилетней выживаемости [2]. Переход меланомы из горизонтальной фазы в вертикальную резко ухудшает прогноз – выживаемость уменьшается до 40-60% [2].

Узловая форма имеет только одну фазу роста – вертикальную и плохой прогноз. Нередко узловая меланома бывает беспигментной [2, 4]. Кроме указанных форм встречаются редкие варианты – меланома слизистых, десмопластическая меланома, меланома на фоне врожденного невуса, меланома на фоне голубого невуса, меланома с минимальной девиацией и др.

Поверхностно-распространяющаяся меланома составляет 60-70% всех опухолей. Горизонтальная фаза этой опухоли длится от нескольких месяцев до нескольких лет, в среднем от 2 до 7 лет [4]. В горизонтальной фазе роста опухоль представляет собой плоское или слегка возвышающееся пигментное пятно коричневого или черного цвета с довольно яркими клиническими признаками ABCDE: А – неправильная форма, В – неоднородная или очень темная окраска, С – неровные края, Д – размер более 6 мм, Е – изменения образования за последние 1-5 лет [2, 4]. Зная эти клинические признаки, можно вовремя заподозрить меланому и провести своевременное лечение. В зарубежных странах врачи общей практики имеют достаточно глубокие знания в этой области. Так, в справочнике врача общей практики, изданном

в Австралии в 1998 г., представлены самые современные данные по меланому кожи [5]. Практический врач при обнаружении необычной «родинки» сам выполняет эксцизионную биопсию или направляет больного к специалисту [5]. В итоге смертность от меланомы в зарубежных странах составляет 10%. В нашей стране ранней диагностикой меланомы занимаются исключительно онкологи и дерматологи. Врачи поликлинического звена – хирурги, терапевты, гинекологи не обладают достаточными знаниями, чтобы заподозрить меланому на ранней стадии. Это объясняется редкостью опухоли, в связи с чем в медицинских институтах ей уделяется мало внимания. Кроме того, в отечественных учебниках, изданных в 1970-1990-х гг., представлены устаревшие данные, согласно которым озлокачествление доброкачественного невуса в 40% случаев происходит в результате его травмы [6, 7]. Отечественные авторы, к сожалению, долгое время переход меланомы из горизонтальной фазы роста в вертикальную ошибочно трактовали как озлокачествление доброкачественного невуса в результате травмы, хотя это утверждение было опровергнуто в работе Кларка в 1969 г. [3]. Большинство врачей в России до настоящего времени придерживаются тактики наблюдения за невусами и рекомендуют удалять те из них, которые подвергаются частому травмированию. В итоге больные с поверхностно-распространяющейся меланомой кожи обращаются к врачу и получают лечение только тогда, когда опухоль начинает возвышаться, изъязвляться и кровоточить, что свидетельствует о переходе меланомы из горизонтальной фазы в вертикальную и о плохом прогнозе.

Основным фактором прогноза меланомы кожи является толщина опухоли по Бреслоу, измеряемая при гистологическом исследовании, и уровень инвазии по Кларку [2, 3]. Прогноз будет благоприятным, если при гистологическом исследовании толщина опухоли составляет не более 1 мм, а уровень инвазии – 2-3. Такие опухоли клинически имеют вид пигментного пятна [4]. При увеличении толщины опухоли до 3-4 мм она уже имеет вид бляшковидного или узлового образования и отличается плохим прогнозом [4].

Из вышесказанного следует, что хорошим прогнозом обладает меланома, обнаруженная на стадии пигментного пятна, а не возвышающегося образования. Такой вид имеет поверхностно-

распространяющаяся меланома в фазе горизонтального роста, которая представляет собой пигментное пятно с признаками ABCDE. Эту информацию нужно довести до поликлинических врачей, которые легко могут заметить необычное пигментное пятно при осмотре больного [8-10]. Так, невролог при обследовании позвоночника или терапевт, выслушивая легкие, могут обратить внимание на необычное пигментное пятно на спине, о появлении которого пациент не всегда знает. Врач УЗИ или уролог может выявить меланому поясничной области, гинеколог – меланому нижних конечностей у женщин. То же самое относится и к хирургу, который осматривает вены нижних конечностей или пальпирует живот. Поверхностно-распространяющаяся меланома лица и шеи может выявить врач любой специальности, обладающий современными знаниями об этой опухоли. При обнаружении подозрительного пигментного пятна врач должен убедить пациента обратиться к онкологу для уточнения диагноза и своевременного лечения. Современные представления о меланоме у поликлинических врачей приведут к тому, что больной, у которого имеется необычное пигментное пятно, при посещении лечебно-профилактического учреждения обязательно получит от доктора рекомендацию посетить онколога для уточнения диагноза и своевременного лечения. Учитывая поток больных, обращающихся в поликлинику по различным поводам, и тот факт, что поверхностно-распространяющаяся меланома составляет 70% всех меланом, очевидны большие перспективы в плане раннего выявления меланомы и снижения смертности от этого заболевания в России.

Большую помощь в раннем выявлении поверхностно-распространяющейся меланомы может оказать памятка с цветным изображением опухоли в фазе горизонтального роста, которая должна быть в кабинете врача.

Лечение поверхностно-распространяющейся меланомы в фазе горизонтального роста состоит в иссечении опухоли под местной анестезией, с кожей и подкожной клетчаткой, до фасции, отступя от видимых границ на 1,0 см [2, 11, 12]. Необходимо иметь в виду, что удаленное подозрительное пигментное пятно при гистологическом исследовании не всегда оказывается меланомой, в ряде случаев может быть диагностирован диспластический невус – предшественник



Рис. 1. Больной К., 74 года. Поверхностно-распространяющаяся меланома кожи спины. Фаза горизонтального роста. Толщина по Бреслоу – 0,5 мм, уровень инвазии по Кларку – 2



Рис. 2. Больная П., 48 лет. Поверхностно-распространяющаяся меланома кожи спины. Фаза горизонтального роста. Толщина по Бреслоу – 0,6 мм, уровень инвазии по Кларку – 2



Рис. 3. Больной Ж., 77 лет. Поверхностно-распространяющаяся меланома кожи грудной стенки в фазе горизонтального роста

меланомы [11, 12]. Известно, что поверхностно-распространяющаяся меланома может возникать как на неизмененной коже, так и на фоне диспластического невуса [13].

В Центральной поликлинике Литфонда все поликлинические врачи, заметившие необычные пигментные пятна, направляют больного к онкологу. При явной клинической картине поверхностно-распространяющейся меланомы больные направляются в онкологический стационар для операции, при сомнительной производится эксцизионная биопсия [11, 12]. Всего с 2009 по 2020 г. в хирургическом отделении поликлиники произведена эксцизия 180 пигментных образований, отступая от границ 0,5-1,0 см, из них в 18 случаях выявлена поверхностно-распространяющаяся меланома в фазе горизонтального роста, то есть опухоль обнаружена на самой ранней стадии развития. Более 50 больных с явными клиническими признаками поверхностно-распространяющейся

меланомы в фазе горизонтального роста были направлены в различные онкологические стационары для операции или к онкологу по месту жительства для определения тактики лечения.

Приводим выписки из историй болезни пациентов с диагнозом «поверхностно-распространяющаяся меланома кожи в фазе горизонтального роста», направленных для лечения в различные онкологические учреждения.

1. Больной К., 74 года, обратился к онкологу 05.08.2014 г. по поводу кератомы грудной стенки. При осмотре в межлопаточной области справа было обнаружено гладкое пятно черного цвета, о существовании которого больной не знал (рис. 1). Образование было удалено в АО «Медицина». Гистологическое исследование: поверхностно-распространяющаяся меланома, толщина опухоли по Бреслоу – 0,5 мм, уровень инвазии по Кларку – 2.

2. Больная П., 48 лет, обратилась к маммологу 14.09.2015 г. для обсле-

дования молочных желез. При осмотре обнаружено пятно черного цвета в межлопаточной области слева, которое заметил массажист несколько месяцев назад (рис. 2). Пациентка направлена в Онкологическую больницу № 62 для операции. Гистологическое исследование: поверхностно-распространяющаяся меланома, толщина по Бреслоу – 0,6 мм, уровень инвазии по Кларку – 2.

3. Больной Ж., 77 лет, 15.01.2016 г. направлен дерматологом к онкологу по поводу пигментного пятна на грудной стенке справа, которое существует около 10 лет (рис. 3). В анамнезе – ИБС, аортокоронарное шунтирование в 2001 г., постоянная форма мерцательной аритмии. Несмотря на постоянное наблюдение больного кардиологами, ему никто не предлагал удалить это образование. При осмотре – на грудной стенке слева имеется пигментное пятно неправильной формы, с неровными краями, неравномерной окраски коричневых тонов. С диагнозом «поверхностно-распро-



Рис. 4. Больной С., 74 года. Поверхностно-распространяющаяся меланома кожи поясничной области справа с явлениями регрессии в центре. Фаза горизонтального роста



Рис. 5. Больная Р., 35 лет. Поверхностно-распространяющаяся меланома кожи брюшной стенки справа. Фаза горизонтального роста. Толщина по Бреслоу – 0,5 мм, уровень инвазии по Кларку – 2



Рис. 6. Больная Б., 78 лет. Подозрение на поверхностно-распространяющуюся меланому кожи правой щеки в фазе горизонтального роста

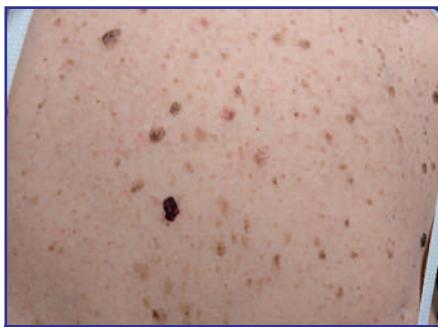


Рис. 7. Больная М., 83 года. Поверхностно-распространяющаяся меланома кожи спины. Фаза горизонтального роста. Толщина по Бреслоу – 0,1 мм, уровень инвазии по Кларку – 2



Рис. 8. Больная М., 58 лет. Поверхностно-распространяющаяся меланома кожи поясничной области справа. Фаза вертикального роста



Рис. 9. Больная В., 58 лет. Поверхностно-распространяющаяся меланома кожи голени. Фаза горизонтального роста. Толщина по Бреслоу – 0,4 мм, уровень инвазии по Кларку – 2

строящаяся меланома кожи грудной стенки» больной направлен к онкологу по месту жительства для экскизионной биопсии.

4. Больной С., 74 лет, обратился к онкологу 28.01.2016 г. по поводу пигментного пятна неоднородной окраски в поясничной области справа, с участком просветления в центре, размером $2,5 \times 1,6$ см, которое появилось несколько лет назад, ничем не беспокоило (рис. 4). С диагнозом «поверхностно-распространяющаяся меланома» больной направлен в МНИОИ им. П. А. Герцена для хирургического лечения.

5. Больная Р., 35 лет, обратилась к онкологу 30.09.2016 г. по поводу пигментного пятна светло-коричневого цвета на брюшной стенке, которое появилось несколько лет назад после беременности, в течение последнего года активно меняло форму (рис. 5). Пациентка направлена в ОНЦ им. Блохина, где произведена экскизионная биопсия. Гистологическое исследование: поверхностно-распространяющаяся меланома, толщина опухоли по Бреслоу – 0,5 мм, уровень инвазии по Кларку – 2.

6. Больная Б., 78 лет, 29.09.2017 г. направлена терапевтом к онкологу по поводу пигментного пятна коричневого цвета, неоднородной окраски на правой щеке, которое существует много лет, не беспокоит (рис. 6). С диагнозом «поверхностно-распространяющаяся меланома кожи правой щеки» больная направлена к онкологу, рекомендована экскизионная биопсия.

7. Больная М., 83 лет, 24.08.2019 г. обратилась к неврологу. При осмотре врач заметила плоское пятно черного цвета в левой подлопаточной области, о существовании которого пациентка не знала

(рис. 7). Пациентка была направлена к онкологу. В онкологической больнице № 62 произведена экскизионная биопсия образования. Гистологическое исследование: лентиго-меланома, толщина по Бреслоу 0,1 мм, уровень инвазии по Кларку – 2.

8. Больная М., 58 лет, 30.11.2020 г. обратилась к онкологу по поводу пигментного образования в поясничной области, которое существует более 5 лет, в последнее время отмечается кровотечение при травме. При осмотре: в поясничной области, справа от позвоночника имеется пятно черного цвета, с возвышающимся образованием в центре (рис. 8). С диагнозом «поверхностно-распространяющаяся меланома поясничной области справа, фаза вертикального роста» больная направлена в онкологическую больницу № 62. Проведено хирургическое лечение, диагноз подтвержден.

9. Больная В., 58 лет, 29.01.2019 г. обратилась к онкологу по поводу пигментного пятна на левой голени, которое существует несколько лет, в последний год увеличилось (рис. 9). Пациентка оперирована в онкологической больнице № 62. Гистологическое исследование: поверхностно-распространяющаяся меланома, толщина по Бреслоу – 0,4 мм, уровень инвазии по Кларку – 2.

10. Больная А., 50 лет, 10.09.2019 г. обратилась к дерматологу для удаления папилломы. В связи с множественными невусами направлена к онкологу. При осмотре: на туловище и конечностях множественные пигментные невусы от 0,5 до 1,5 см в диаметре. Обращает на себя внимание пигментный невус в области правого предплечья в виде пятна коричневого цвета, неправильной формы, неоднородной окраски, $1,2 \times 1,0$ см



Рис. 10. Больная А., 50 лет. Поверхностно-распространяющаяся меланома кожи правого предплечья. Фаза горизонтального роста. Толщина по Бреслоу – 0,4 мм, уровень инвазии по Кларку – 2

(рис. 10). От экскизионной биопсии в поликлинике больная воздержалась, однако через 10 месяцев обратилась к онкологу по месту жительства. В онкологической больнице № 57 13.08.2020 г. произведена экскизионная биопсия образования. Гистологическое исследование: поверхностно-распространяющаяся меланома толщиной по Бреслоу 0,4, уровень инвазии – 2. Как видно из приведенных фотографий, все меланомы имели неправильную форму (признак А). Края образований (признак В) были четко очерченные, неровные (рис. 1, 2, 7, 8, 10), иногда волнистые (рис. 4, 5) или фестончатые (рис. 3, 6, 9). Что касается окраски (признак С), то она в трех случаях была однородного черного цвета (рис. 1, 2, 7), в одном случае – с примесью фиолетового и белесого, что соответствует участкам самопроизвольной регрессии (рис. 4). У остальных больных меланома была коричневого цвета с различными оттенками (рис. 3, 5, 6, 9, 10). Размеры

меланомы (признак D) были больше 0,6 см. Изменения образований (признак E) были отмечены у всех больных, кто имел возможность наблюдать за ними. В случае расположения меланомы на спине двое больных узнали об этих образованиях только от врача, к которому обратились по поводу других заболеваний (рис. 1, 7). Больная П., 48 лет, узнала о появлении новой «родинки» на спине от массажиста, но к врачу не обратилась, так как «родинка» ее не беспокоила, меланома выявлена при осмотре маммологом (рис. 3). У пациентки 58 лет увеличение «родинки» на голени заметила дочь и настояла на консультации онколога (рис. 9). Пациентка 35 лет отмечала изменения «родинки» на брюшной стенке на протяжении года, однако врачи рекомендовали наблюдение, поскольку пациентка кормила грудью (рис. 5). При обращении в Центральную поликлинику Литфонда больной была рекомендована срочная эксцизионная биопсия.

Приведенные клинические случаи убедительно показывают, что поверхностно-распространяющуюся меланому кожи в фазе горизонтального роста по клиническим признакам может заподозрить любой врач, если будет знать ранние симптомы данного заболевания и иметь перед глазами памятку с изображением этой опухоли. ■

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ. Авторы статьи подтвердили отсутствие конфликта интересов, о котором необходимо сообщить.

CONFLICT OF INTERESTS. Not declared.

Литература/References

1. Каприн А. Д., Старинский В. В., Петрова Г. В. Злокачественные новообразования в России в 2018 году (заболеваемость и смертность). М., 2019.
[Kaprin A. D., Starinskiy V. V., Petrova G. V. Zlokachestvennye novobrazovaniya v Rossii v 2018 (zabolevayemost i smertnost) [Malignant neoplasms in Russia (morbidity and mortality)]. Moscow, 2015. (In Russ.)]
2. Усатине Р. П. Меланома. Атлас-справочник практикующего врача / Пер. с англ. 2012. С. 324–333.
[Usatine R. P. Melanoma. Dermatology. The color atlas of family medicine. MCGRaw-HILL MEDICAL, 2012. P. 324–335.]
3. Clark W. H., From L., Bernardino E. A., Mihm M. C. histogenesis and Biologic Behavior of Primary Human Malignant Melanoma of Skin // Cancer Research.
- 1969; 29: 705–726.
4. Романова О. А. Ранняя диагностика и профилактика меланомы кожи. Руководство-атлас. М.: МИА, 2012. С. 22–25.
[Romanova O. A. Rannaya diagnostika i profilaktika melanomy kozhi [Early diagnosis and prevention of cutaneous melanoma]. Guid-color atlas. Moscow, 2012. P. 22–25. (In Russ.)]
5. Мерта Дж. Справочник врача общей практики / Пер. с англ. Италия: Мак-Гроу-хилл Либри, 1998. Глава 97. Пигментные образования. С. 950–956.
[Merta Dzh. Spravochnik vracha obshchey praktiki [Handbook of general practitioner] Per. s angl. Italiya: Mak-Grou-khill Libri, 1998. Glava 97. Pigmentnyye obrazovaniya. S. 950–956.]
6. Трапезников Н. Н., Рабен А. С., Яворский В. В., Титинер Г. Б. Пигментные невусы и новообразования кожи. М.: Медицина, 1976. С. 72.
[Trapeznikov N. N., Raben A. S., Yavorskiy V. V., Titiner G. B. Pigmentnyye nevusy i novoobrazovaniya kozhi. [Pigmented nevi and skin neoplasms.] M.: Meditsina, 1976. P. 72]
7. Трапезников Н. Н., Шайн А. А. Онкология. Учебник для студентов мед. вузов. М.: Медицина, 1992. С. 112.
[Trapeznikov N. N., Shayn A. A. Onkologiya. Uchebnik dlya studentov med. vuzov. [Oncology. Textbook for students of medical universities] M.: Meditsina, 1992. P. 112.]
8. Романова О. А., Франк Г. А., Демидов В. П., Ягубова Э. А., Кабисов К. Диагностика и лечение ранних стадий меланомы кожи // Российский онкологический журнал. 1997; 3: 37–40.
[Romanova O. A., Frank G. A., Demidov V. P., Yagubova E. A., Kabisov K. Diagnostika i lechenie rannikh stadii melanomy kozhi [Diagnosis and treatment of early skin melanoma] // Russian Journal of Oncology. 1997; 3: 37–40. (In Russ.)]
9. Романова О. Роль врача первичного звена в ранней диагностике меланомы кожи // Врач. 2016; 49–51.
[Romanova O. Rol vracha pervichnogo zvena v rannei diagnostike melanomy kozhi [The role of the primary care physician in the early diagnosis of skin melanoma] // Vrach. 2016; 49–51.]
10. Эберт М. А., Гафтон Г. И., Зиновьев Г. В., Гафтон И. Г. Современный взгляд на диагностику меланомы кожи // Вопросы онкологии. 2019; 5 (65): 638–644.
[Ebert M. A., Gafton G. I., Zinovev G. V., Gafton I. G. Sovremennyi vzglyad na diagnostiku melanomy kozhi [Current approach on cutaneous melanoma diagnostic] // Voprosy onkologii. 2019; 5 (65): 638–644. (In Russ.)]
11. Романова О. А., Артемьевна Н. Г., Ягубова Э. А., Марычева И. М., Рудакова В. Н., Вещевайлов А. А. Принципы эксцизионной биопсии диспластического невуса в амбулаторных условиях // Онкология. 2016; 1 (5): 36–41.
[Romanova O. A., Artem'yeva N. G., Yagubova E. A., Marycheva I. M., Rudakova V. N., Veshchevaylov A. A. Printsipy ekstzionnoy biopsii displasticheskogo nevusa v ambulatornykh usloviyakh [Principles of excisional biopsy of dysplastic nevus in an outpatient setting] // Onkologiya. 2016; 1 (5): 36–41.]
12. Романова О. А., Артемьевна Н. Г., Солохина М. Г., Марычева В. Н., Вещевайлов А. А., Купчиков С. А. Клинико-морфологические параллели в диагностике прогрессирующего диспластического невуса и ранней меланомы кожи // Онкология. 2019; 1: 26–31.
[Romanova O. A., Artemieva N. G., Solokhina M. G., Marycheva V. N., Veschevailov A. A., Kupchikov S. A. Kliniko-morfologicheskie paralleli v diagnostike progressiruyuschego displasticheskogo nevusa I rannei melanomy kozhi [Clinical and morphological parallels in the diagnosis of progressive dysplastic nevus and early skin melanoma] // Onkologiya. 2019; 1: 26–31. (In Russ.)]
13. Смит М. А. Диспластический невус. Атлас-справочник практикующего врача / Пер. с англ. 2012. С. 288–291.
[Smith M. A. Displasticheskii nevus [Displastic Nevus]. Dermatology. The color atlas of family medicine. MCGRaw-HILL MEDICAL, 2012. P. 288–291.]