

*Р.Ш. Хасанов<sup>1</sup>, Е.В. Файзуллина<sup>2</sup>, И.М. Хисматулина<sup>2</sup>, А.И. Муртазин<sup>3</sup>*

## Кератиноцитарные опухоли кожи: структура клинических проявлений у дерматологических пациентов

<sup>1</sup>Казанская государственная медицинская академия — филиал ФГБОУДПО РМАНПО Минздрава России, г. Казань,

<sup>2</sup>Казанского государственного медицинского университета Минздрава России, г. Казань,

<sup>3</sup>ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России, Санкт-Петербург

Базальноклеточный рак кожи (БКРК) — наиболее распространенное злокачественное новообразование, встречающееся на дерматологическом приеме. Цель исследования: изучить структуру клинических проявлений БКРК у дерматологических пациентов на амбулаторном приеме. Исследование проводилось с 2015 по 2017 гг. в негосударственной клинике г. Казани, имеющей лицензию на оказание медпомощи по специальностям «дерматовенерология», «хирургия». Изучены результаты обследования 2730 пациентов с образованиями кожи, имеющих в амбулаторных картах формы 025-у. Обследован 101 пациент с гистологически верифицированным БКРК, из них 29% мужчин (n=29) и 71% женщин (n=72), средний возраст — 59,7±14,9 лет (медиана — 61,5 года). Доля пациентов с БКРК среди больных со всеми злокачественными новообразованиями кожи на дерматологическом приеме составила 95,3% (n=101). Чаще всего БКРК страдали женщины и мужчины в возрасте 60 — 74 лет — 21,0% (n=21) и 16,0% (n=16) соответственно. Доля женщин в возрасте 45 — 59 лет была достоверно выше — 20,0%, чем доля мужчин — 9,0% (p<0,05). Обращаемость к дерматологу в срок менее года с момента возникновения заболевания была достоверно больше у мужчин — 55,0%, чем у женщин — 21,4% (p<0,01). Доля женщин 44,6%, отметивших появление опухоли в течение длительного периода (≥5 лет), была достоверно меньше, чем доля мужчин 15,0% (p<0,05). Наиболее распространенным вариантом БКРК явилась узловая форма n=77 (76,2%), при которой первичные элементы в 80,5% случаев идентифицировались врачами-дерматологами как единичные папулы размерами 5-10 мм. Окуло-фронтально-назальная область вовлекалась в патологический процесс в 47,5% (n=48) случаев, что достоверно чаще, чем при других локализациях (p<0,05). Дерматоскопия улучшала визуализацию атипичной сосудистой сети.

**Ключевые слова:** базально-клеточный рак кожи, базалиома

### Введение

Базальноклеточный рак кожи (БКРК) относится к числу наиболее часто встречающихся опухолей человека [1, 2, 3]. Согласно литературным данным, доля БКРК составляет до 75% всех кератиноцитарных новообразований кожи. Так, в 2017 г. показатель заболеваемости (не стандартизированный) всеми немеланомными эпителиальными опухолями кожи составил 53,9 на 100 000 для обоих полов и занял первое место в структуре онкологической заболеваемости. С 2007 по 2017 гг. отмечается прирост заболеваемости на 31,1%. Средний возраст пациентов составил 69,2 года [2, 4].

Цель исследования: изучить структуру клинических проявлений БКРК у дерматологических пациентов на амбулаторном приеме.

### Материалы и методы

Исследование проводилось с 2015 по 2017 гг. в негосударственной клинике г. Казани, лицензированной по специальностям «дерматовенерология», «хирургия». Исследование носило ретроспективный характер (серия случаев). Изучены результаты обследования 2730 пациентов с образованиями кожи, имеющих в амбулаторных картах формы 025-у.

Критерии включения в исследование: пациенты в возрасте старше 18 лет с гистологически подтвержденным диагнозом БКРК, с размерами образования до 2 см (T<sub>1</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub>).

Критерии исключения: пациенты с доброкачественными образованиями кожи эпителиальной природы; пациенты с меланоцитарными доброкачественными и злокачественными образованиями кожи; пациенты с размерами образования 2 см и более; возраст младше 18 лет.

Клиническими критериями постановки диагноза БКРК явились новообразования (единичные и множественные) на коже лица, волосистой части головы и открытых участках тела: пятна розового цвета округлой или овальной формы с блестящей поверхностью и приподнятыми нитевидными краями; четко очерченные папулы серого, розового или желтовато-коричневого цвета с истонченной поверхностью перламутрового оттенка, узлы куполообразной формы с корками, чешуйками, телеангиоэктазиями на поверхности; длительно незаживавшие узлы с изъязвленными валикообразными краями и папилломатозными выростами [5, 6, 7].

Распределение первичных элементов по количеству: единичные (от 1 до 3) и множественные (более 3).

В исследование включались пациенты с размерами образований до 2 см<sup>1</sup>.

Клинические элементы при БКРК были дифференцированы в зависимости от локализации: область лба, носа и вокруг глаз; область подбородка и вокруг рта, щечно-скуловая область, область ушных раковин, волосистая часть головы, другие локализации [8, 9].

Пациенты с БКРК были обследованы по следующему алгоритму: сбор анамнеза; клиническое обследование, включая данные дерматоскопии; гистологическое исследование взятых при биопсии образцов препаратов [10]<sup>2</sup>.

Забор материала осуществлялся хирургическим иссечением в пределах здоровых тканей и с помощью радиочастотного аппарата «Сургитрон ЕМС» Elmann®, USA.

При обработке результатов исследования использовались методы непараметрической статистики с расчетом критерия хи-квадрата ( $\chi^2$ ) Пирсона. Медико-биологические данные исследования обрабатывались с помощью программной системы Microsoft Excel 2017 (версия 15.32).

## Результаты

На дерматологическом приеме за 2015-2017 гг. был обнаружен 101 случай БКРК, что составило 95% от всех обращений по поводу злокачественных новообразований кожи. Среди пациентов с БКРК было 28,7% мужчин (n=29) и 71,3% женщин (n=72), средний возраст составил 59,7±14,9 лет (медиана — 61,5 года).

Структура всех выявленных новообразований кожи и подкожной клетчатки (n=2730) была следующая: доля кератиноцитарных веррукозных образований — 47,5% (n=1297), пигментных доброкачественных опухолей — 31,5% (n=859), акантом — 9,8% (n=268), других опухолей кожи и подкожной клетчатки — 7,5% (n=205), БКРК — 3,7% (n=101). Злокачественных новообразований кожи выявлено — 106 случаев, 95,3% (n=101) составил БКРК.

Исходя из данных, представленных в табл. 1, чаще всего БКРК страдали женщины и мужчины в возрасте 60 — 74 лет — 21,0% (n=21) и 16,0% (n=16) соответственно. Доля женщин в возрасте 45 — 59 лет достоверно (p<0,05) выше — 20,0% (n=20), чем доля мужчин — 9,0% (n=9). Наиболее распространенным морфологическим вариантом БКРК явилась узловатая форма (n=77; 76,2%), которая диагностировалась во всех возрастных группах. Поверхностная форма составила 7,9% (n=8) от общего количества пациентов с БКРК. Этот вариант БКРК (n=8) распределялся по возрастным группам равномерно и встречался только у женщин. Мультицентрическая форма была диагностирована у 3 пациентов (3%). В 12,9% (n=13) случаев не удалось верифицировать форму БКРК.

Самой распространенной локализацией БКРК явилась окуло-фронтально-назальная область лица — в 47,5% (n=48) случаев. Эта область чаще всего поражалась в возрастной группе 60-74 года — выявлена у 19 больных. Волосистая часть головы (ВЧГ) достоверно чаще вовлекалась в процесс в возрастных группах 60-74 года и 75-90 лет — 8,9% (n=9) (p=0,01). Область подбородка и вокруг рта, а также щечно-скуловая зона поражались с одинаковой частотой — по 7 пациентов в каждой группе (6,9%). У 2 пациентов (2%) БКРК располагался на коже ушных раковин. Другие локализации составили 27,7% (n=28) от общего количества пациентов с БКРК, включали в себя область спины (n=9), передне-верхнюю поверхность груди (n=8), шеи (n=6), надплечья (n=5).

Данные по распределению пациентов по локализации и формам БКРК представлены в табл. 2. «Излюбленной» локализацией наиболее распространенного узловатого варианта БКРК оказалась область лба, носа и вокруг глаз (n=39) (50,6% всех случаев узловатого варианта базалиомы). Интересно, что 100% случаев (n=3) мультицентрической формы и 62,5% (n=5) поверхностного варианта базальноклеточного рака локализовались не в области головы.

Поверхностная форма БКРК характеризовалась, как правило, наличием единичных пятен (n=1) и плоских папул (n=6), размерами до 2 см. При узловатой форме первичные элементы чаще всего (80,5%) описывались врачами-дерматологами как единичные папулы размерами 5-10 мм (n=62) (табл. 3).

При каждом отдельном случае БКРК могли быть описаны сразу несколько вторичных элементов, или они могли вовсе отсутствовать. Вторичные элементы были выявлены в ходе дерматологического осмотра у 62,5% пациентов с поверхностной формой (n=5), у 64,9% (n=50) — с узловатой формой и у 100,0% (n=3) пациентов с мультицентрической формой БКРК. Чаще всего из вторичных элементов при дерматологическом осмотре выявлялись корочки у 40 пациентов (39,6%) и усиление пигментации образований у 27 больных (26,7%). Телангиэктазии (описывались врачами как: «расширенная капиллярная сеть», «образование пронизано сосудами») встречались в 22 (21,8%) наблюдениях. Склонность к травматизации кожных образований была отмечена в 34,7% всех наблюдений (n=35), что и стало одной из основных причин обращений пациентов к врачу. Лишь у 2 пациентов с узловатой формой БКРК образования оказались болезненными при пальпации (табл. 3).

Длительность заболевания смогли указать 76 пациентов — 75,2% , из них 20 мужчин и 56 женщин. Обращаемость к дерматологу в срок

1 Приказ от 20 декабря 2012 года N 1143н «Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при злокачественных новообразованиях кожи (меланома, рак) I-IV стадии (обследование в целях установления диагноза заболевания и подготовки к противоопухолевому лечению)». <http://docs.cntd.ru/document/499001047>.

2 Проводилось на базе гистологической лаборатории Республиканского клинического кожно-венерологического диспансера Министерства здравоохранения Республики Татарстан (РККВД МЗ РТ).

**Таблица 1. Распределение пациентов по возрасту, полу и формам БКРК**

№ п/п	Возраст, лет	Пол	Формы БКРК								Всего	
			поверхностная (n=8)		узловая(n=77)		мультицентрическая (n=3)		неуточненные формы (n=13)			
			абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
1	18-44	женщины	3	37,5	9	11,7	2	66,7	1	7,7	15	15,0
		мужчины	-	0	3	3,9	-	0	-	0	3	3,0
2	45-59	женщины	2	25,0	13	16,9	-	0	5	38,4	20	20,0*
		мужчины	-	0	8	10,3	-	0	1	7,7	9	9,0*
3	60-74	женщины	1	12,5	17	22,1	-	0	3	23,1	21	21,0
		мужчины	-	0	14	18,2	-	0	2	15,4	16	16,0
4	75-90	женщины	2	25,0	12	15,6	1	33,3	1	7,7	16	16,0
		мужчины	-	0	1	1,3	-	0	-	0	1	1,0
Итого			8	100,0	77	100,0	3	100,0	13	100,0	101	100,0

Примечание: \* p<0,05

**Таблица 2. Распределение пациентов по локализации и формам БКРК**

№ п/п	Локализация	Формы БКРК								Всего	
		поверхностная (n=8)		узловая(n=77)		мультицентрическая (n=3)		неуточненные формы (n=13)			
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
1	ВЧГ	1	12,5	8	10,4	-	0	-	0	9	9,0
2	Область подбородка и вокруг рта	-	0	6	7,8	-	0	1	7,7	7	7,0
3	Область лба, носа и вокруг глаз	1	12,5	39	50,6*	-	0	8	61,5	48	48,0
4	Щечно-скуловая область	-	0	6	7,8	-	0	1	7,7	7	7,0
5	Область ушных раковин	1	12,5	1	1,3	-	0	-	0	2	2,0
6	Другие локализации	5	62,5	17	22,1*	3	100,0	3	23,1	28	28,0
Итого		8	100,0	77	100,0	3	100,0	13	100,0	101	100,0

Примечание: \* p<0,05

**Таблица 3. Распределение пациентов по структуре первичных и вторичных элементов и формам БКРК**

	Первичные и вторичные элементы, травмированность образований	Формы БКРК								Всего	
		поверхностная (n=8)		узловая(n=77)		мультицент-рическая (n=3)		неуточненные формы (n=13)			
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Первичные	пятна	1	12,5			1	33,3	2	15,4	4	4,0
	папулы	6	75,0	62	80,5	2	66,7	11	84,6	81	80,2
	узлы	1	12,5	15	19,5	-	0	-	0	15	15,8
Вторичные	эрозии	-	0	1	1,3	-	0	-	0	1	1,0
	язвы	-	0	1	1,3	-	0	-	0	1	1,0
	гиперпигментация	1	12,5	21	27,3	1	33,3	4	30,8	27	26,7
	корки	2	25,0	32	41,6	1	33,3	5	38,5	40	39,6
	шелушение	3	37,5	10	13,0	2	66,7	2	15,4	17	16,8
	телеангиэктазии	2	25,0	17	22,1			3	23,1	22	21,8
Сопутствующие признаки	отсутствие вторичных элементов	3	37,5	27	35,1	1	33,3	3	23,1	34	33,7
	травма	2	25,0	28	36,4	0		5	38,5	35	34,7
	боль	-	0	2	2,6	-	0	-	0	-0	

менее года с момента возникновения заболевания была достоверно больше у мужчин — 55,0%, чем у женщин — 21,4% ( $p < 0,01$ ). Доля женщин (44,6%), отметивших появление опухоли в течение длительного периода ( $\geq 5$  лет), была достоверно меньше, чем доля мужчин (15,0%) ( $p < 0,05$ ).

При дерматоскопическом исследовании БКРК у дерматологических пациентов были выявлены следующие особенности. Атипичные сосуды визуализировались у 73,3% ( $n=74$ ) базалиом. Врачи-дерматологи описывали их как «древовидные», «извитые», в виде «точек», «шпилек», «клубочков». При этом только в 22 случаях «телеангиэктазии» на поверхности образований были заметны «невооруженным глазом» при простом клиническом осмотре. Изъязвления на поверхности образований дерматоскопически находили у 41,6% ( $n=42$ ) пациентов, что соотносилось с 42 пациентами, имевшими при простом осмотре корки ( $n=40$ ), язвы ( $n=1$ ) и эрозии ( $n=1$ ). Светящиеся гомогенные зоны белого-розового цвета («роговые жемчужины») визуализировались у 51,5% пациентов ( $n=52$ ).

Большая часть пациентов (75,2%;  $n=76$ ) явились за результатами гистологического исследования, блоками и стеклами с микропрепаратами в течение первого месяца после их извещения. Восемь человек, будучи извещенными о готовности результатов, не явились вовсе.

### Обсуждение

Доля пациентов с БКРК среди больных со всеми злокачественными новообразованиями кожи на дерматологическом приеме составила 95,3% ( $n=101$ ). В то же время по данным литературы доля базалиом составляет 75% немеланомных раков кожи. Это означает, что пациенты с БКРК чаще, чем с другими видами рака кожи (меланомы, плоскоклеточный рак), предпочитают обращаться в дерматологическую клинику, не ощущая себя нуждающимися в онкологической помощи [2, 4, 5].

Возрастно-половая структура, а также распределение БКРК по формам заболевания на дерматологическом приеме не отличается от данных, приведенных в литературе [2, 4, 5]. БКРК страдали женщины и мужчины в возрасте 60 — 74 лет — 21,0% и 16,0% соответственно. Доля женщин в возрасте 45-59 лет достоверно выше — 20,0%, чем доля мужчин — 9,0% (критерий  $\chi^2$  с поправкой Йейтса:  $df=1$ ,  $\chi^2=4,1724$ ,  $p=0,0411$ ). Самой распространенной морфологической формой БКРК являлась узловая  $n=77$  (76,2%). Следует отметить слабую работу гистологической службы

в клиниках дерматологического профиля. Так, при гистологической верификации базалиом в заключении не указывались формы злокачественного новообразования (неуточненные формы) в 13 случаях из 101 (12,9%). Наиболее часто — в 47,5% ( $n=48$ ) случаев БКРК поражал окуло-фронтально-назальную область, что объясняется наибольшей подверженностью этой части лица ультрафиолетовому излучению. Узловая форма БКРК достоверно чаще встречается в Т-зоне (области лба, носа и вокруг глаз), чем в какой-либо другой (критерий  $\chi^2$  с поправкой Йейтса:  $df=1$ ,  $\chi^2=4,226$ ,  $p < 0,05$ ). Доля лиц с локализацией БКРК на ВЧГ отмечалась достоверно чаще в возрастных группах 60-74 года и 75-90 лет (критерий  $\chi^2$  с поправкой Йейтса:  $df=1$ ,  $\chi^2=6,669$ ,  $p=0,01$ ).

При узловой форме первичные элементы чаще всего (80,5%) описывались врачами-дерматологами как единичные папулы размерами 5-10 мм ( $n=62$ ). Это говорит о том, что в клинику кожных болезней обращаются пациенты с внешне «незапущенными» формами БКРК, однако, гистологически у них обнаруживаются признаки глубокой узловой формы [2].

Длительность заболевания смогли указать 76 пациентов — 75,2%, из них 20 мужчин и 56 женщин. Обращаемость к дерматологу в срок менее года с момента возникновения заболевания была достоверно больше у мужчин ( $n=11$ ) — 55,0%, чем у женщин ( $n=12$ ) — 21,4% (критерий  $\chi^2$  с поправкой Йейтса:  $df=1$ ,  $\chi^2=6,531$ ,  $p < 0,01$ ). Доля мужчин ( $n=3$ ) и женщин ( $n=25$ ), отметивших появление опухоли в течение длительного периода ( $\geq 5$  лет), составила 15,0% и 44,6%, соответственно (критерий  $\chi^2$  с поправкой Йейтса:  $df=1$ ,  $\chi^2=4,43$ ,  $p < 0,05$ ). Более позднее обращение женщинами в дерматологическую клинику с целью удаления образований на коже можно объяснить тем, что женщины склонны рассматривать кожные опухоли как чисто косметологическую, «несерьезную» проблему.

Дерматоскопия улучшала визуализацию такого специфического для базалиомы феномена как атипичная сосудистая сеть. Атипичные сосуды визуализировались у 73,3% ( $n=74$ ) базалиом. При этом только в 22 случаях «телеангиэктазии» и «сосудистая сеть» на поверхности образований были заметны «невооруженным глазом» при простом клиническом осмотре [10].

Следует отметить, что 76 пациентов (75,2%) ответственно подошли к своему здоровью, явившись за результатами гистологического заключения, а также за блоками и стеклами с микропрепаратами, в течение первого месяца после их извещения о готовности результатов, при этом 8 (7,9%) человек, будучи извещенными, не явились вовсе.

## Выводы

При изучении структуры клинических проявлений БКРК у дерматологических пациентов выявлены следующие тенденции.

1. Доля пациентов с БКРК среди больных со всеми злокачественными новообразованиями кожи на дерматологическом приеме составила 95,3% (n=101).

2. Чаще всего БКРК страдали женщины и мужчины в возрасте 60–74 лет — 21,0% и 16,0% соответственно. Доля женщин в возрасте 45–59 лет была достоверно выше — 20,0%, чем доля мужчин — 9,0% (p<0,05).

3. Наиболее распространенным вариантом БКРК явилась узловая форма n=77 (76,2%), при которой первичные элементы 80,5% идентифицировались врачами-дерматологами как единичные папулы, размерами 5–10 мм. Окуло-фронтально-назальная область вовлечена в патологический процесс достоверно чаще, чем при других локализациях — в 47,5% (n=48) случаев (p<0,05).

4. Дерматоскопические методы исследования конкретизировали визуализацию такого специфического для базалиомы феномена как атипичная сосудистая сеть: атипичные сосуды наблюдались у 73,3% (n=74) пациентов с базалиомами. При этом только в 22 случаях «телеангиэктазии» и «сосудистая сеть» на поверхности образований были заметны «невооруженным глазом» при простом клиническом осмотре.

5. Обращаемость к врачу-дерматологу в срок менее года с момента возникновения заболевания была достоверно больше у мужчин — 55,0%, чем у женщин — 21,4% (p<0,01). Доля женщин 44,6%, отметивших появление опухоли в течение длительного периода (≥5 лет), была достоверно больше чем доля мужчин 15,0% (p<0,05).

*Благодарности. Авторы выражают благодарность заведующему гистологической лабораторией РККВД МЗ РТ Нефедову Олегу Валерьевичу и к.м.н., доценту Нефедову Валерию Петровичу за помощь в сборе данных о результатах гистологического исследования при написании статьи.*

*Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.*

*Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.*

## ЛИТЕРАТУРА

1. Беляев А.М., Прохоров Г.Г., Раджабова З.А. и др. Пункционная криодеструкция рецидивных базалиом области лица с ультразвуковым сканированием и мониторингом операции. Вопросы онкологии.

2016; 62(2): 296-301 [Belyaev A.M., Prokhorov G.G., Radzhabova Z.A. et al. Puncture cryodestruction of recurrent facial area basalomas with ultrasound scan and surgery monitoring. Voprosy Oncologii. 2016;62(2):296-301(In Russ.)].

2. Гамаюнов С.В., Шумская И.С. Базальноклеточный рак кожи — обзор современного состояния проблемы. Практическая онкология. 2012; 13(2): 92-106 [Gamayunov S.V., Shumskaya I.S. Basal cell carcinoma — overview of the current state of the problem. Prakticheskaya onkologiya. 2012;13(2):92-106 (In Russ.)].

3. Elder D.E., Massi D., Scolyer R.A. et al. WHO Classification of Skin Tumours. Lyon, France: IARC, 2018.

4. Злокачественные новообразования в России в 2017 году (заболеваемость и смертность) / под ред. Каприна А.Д., Старинского В.В., Петровой Г.В. М.: МНИОИ им. П.А. Герцена — филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России. 2018: 250 [Kaprin A.D., Starinskiy V.V., Petrova G.V., editors. Malignant neoplasms in Russia in 2017 (morbidity and mortality). Moscow: 2018:250 (In Russ.)].

5. Рак кожи базальноклеточный и плоскоклеточный. Ассоциация онкологов России, Ассоциация специалистов по проблемам меланомы, Российское общество клинической онкологии. Клинические рекомендации. Год утверждения: 2018. [http://www.oncology.ru/association/clinical-guidelines/2018/rak-kozhi-bazalnokletochnyj-i-ploskokletochnyj\\_pr2018.pdf](http://www.oncology.ru/association/clinical-guidelines/2018/rak-kozhi-bazalnokletochnyj-i-ploskokletochnyj_pr2018.pdf) [Basal cell and squamous cell carcinoma. [Russian Oncology Association, Russian melanoma professional association. Russian Society of Clinical Oncology. Clinical guidelines. 2018 (In Russ.)].

6. Bichakjian C.K., Olencki T., Aasi S.Z. et al. Basal Cell Skin Cancer, Version 1.2016, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. J Natl Compr Canc Netw. 2016;14(5):574–597. doi:10.6004/jncn.2016.0065.

7. Молочков В.А., Молочков А.В. Клиническая дерматоонкология. М.: Из-во студия МДВ, 2011: 340 [Molochkov V.A., Molochkov A.V. Clinical dermatooncology. Moscow: MDV Studio, 2011:340 (In Russ.)].

8. Дерматовенерология. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Ю. С. Бутова, Ю. К. Скрипкина, О. Л. Иванова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013: 896 [Butova Y.S., Skripkina Y.K., Ivanova O.L., editors. Dermatology. National guidelines. M.: GEOTAR-Media, 2013:896 (In Russ.)].

9. Шляхтунов Е.А., Гидранович А.В., Луд Н.Г. и др. Рак кожи: современное состояние проблемы. Вестник ВГМУ. 2014; 13(3):20-28 [Shlyahyunov E.A., Gidranovich A.V., Lud N.G. et al. Skin cancer: current state of the problem. Bulletin of Vitebsk state medical university. 2014;13(3):20-28 (in Russ.)].

10. Боулинг Д. Диагностическая дерматоскопия [Текст]: иллюстрированное руководство /под общ. ред. Кубановой А.А.; пер. с англ.: Романов Д.В. Москва, Изд-во Панфилова: Бином, 2013:145 [Bowling J. Diagnostic Dermoscopy. The Illustrated Guide / Kubanova AA, editor; transl. by Romanov DV. Moscow, Binom, 2013; 145 (in Russ.)].

Поступила в редакцию 28.06.2020 г.

*R.S. Khasanov<sup>1</sup>, E.V. Faizullina<sup>2</sup>,  
I.M. Khismatulina<sup>2</sup>, A.I. Murtazin<sup>3</sup>*

### **Structural composition and clinical features of dermatological patients with keratinocytic skin tumors**

<sup>1</sup>Kazan State Medical Academy-Branch Campus  
of the Russian Medical Academy of Continuous  
Professional Education  
Kazan,

<sup>2</sup>Kazan State Medical University, Kazan,

<sup>3</sup>N.N. Petrov National Medical Research Center  
of Oncology, St. Petersburg

Basal cell skin cancer (BCC) is the most common malignancy that is found in dermatological practice. The purpose of the study: to determine the structure of clinical manifestations of BCC in ambulant dermatological patients. The study was conducted from 2015 to 2017 in a private clinic in Kazan, which has a license to provide medical care in the specialties «dermatovenerology» and «surgery». We studied the results of examination of 2730 patients with skin tumors available in outpatient cards. 101 patients with histologically verified BCC were examined, including 29% of men (n=29) and 71% of women (n=72), the average age was 59.7±14.9 years (median — 61.5 years). The percentage of patients with BCC among patients with all skin malignancies at the dermatological reception was 95.3% (n=101). Most often, patients aged 60-74 years suffered from BCC: women — in 21.0% (n=21) and men — in 16.0% (n=16), respectively. The proportion of women aged 45-59 years was significantly higher — 20.0%, than the proportion of men — 9.0% (p<0.05). Men were significantly more likely to see a dermatologist — 55.0% in less than a year from the onset of the disease, than women — 21.4% (p<0.01). The proportion of women (44.6%) who noted the appearance of a tumor over a long period (≥5 years) was significantly less than the proportion of men 15.0% (p<0.05). The most common variant of BCC was the nodular form n=77 (76.2%), in which the primary elements of 80.5% were identified by dermatologists as single 5-10 mm papules. The oculo-fronto-nasal region was involved in the pathological process in 47.5% (n=48) of cases, which is significantly more frequent than in other localisations (p<0.05). Dermatoscopy improved the visualization of the atypical vascular network.

Key words: basal cell skin cancer, basal cell skin carcinoma