



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

10 (84) 2025

Сопредседатели редакционной коллегии:

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВА
А.С. ИЛЪЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Б.Б. ХАСАНОВ
Д.А. ХАСАНОВА
Б.З. ХАМДАМОВ
Э.Б. ХАККУЛОВ
Г.С. ХОДЖИЕВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азербайджан)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ NEW DAY IN MEDICINE

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Ташкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

10 (84)

2025

октябрь

www.bsmi.uz

<http://newdaymedicine.com> E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

Received: 20.09.2025, Accepted: 06.10.2025, Published: 10.10.2025

УДК 616.716.4 - 009.7 : 616.314.2- 089.23

ДЕРМАТОСКОПИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОВЕРХНОСТНОГО НЕПИГМЕНТИРОВАННОГО БАЗАЛЬНОКЛЕТОЧНОГО РАКА ПОСЛЕ КРИОТЕРАПИИ КАК НОВЫЙ ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ КРИТЕРИЙ

Латипов Ихтиёр Икромович <https://orcid.org/0000-0002-7981-4087>

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сины, Узбекистан, г. Бухара, ул. А. Навои. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Резюме

Непигментированная поверхностная базальноклеточная карцинома (БКК) выглядит как тонкое розовое чешуйчатое пятно, дифференциальный диагноз которого может быть очень широким. Криотерапия – действенный метод лечения; однако исследования дерматоскопических особенностей БКК после криотерапии скудны. Настоящее исследование направлено на оценку ранних дерматоскопических признаков непигментированной поверхностной модификации БКРК (базальноклеточный рак кожи) после криохирургии.

Ключевые слова: новый метод, ранняя диагностика, криодеструкция, базальноклеточный рак кожи, дерматоскопия.

ПИГМЕНСИЗ ЮЗАКИ БАЗАЛ ХУЖАЙРАЛИ КАРСИНОМАНИНГ ДЕРМАТОСКОПИК ХУСУСИЯТЛАРИНИ КРИЁТЕРАПИЯДАН КЕЙИН ЯНГИ ДИАГНОСТИКА МЕЗОНИ СИФАТИДА

Латипов Ихтиёр Икромович <https://orcid.org/0000-0002-7981-4087>

Абу али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти Ўзбекистон, Бухоро ш., А.Навоий кўчаси. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Резюме

Пигменциз юзаки базал хужайрали карцинома (БСС) юпқа пушти қобқли доғ сифатида намоён бўлади, унинг дифференциал таъхиси жуда кенг бўлиши мумкин. Криётерапия самарали даволаш усули ҳисобланади; аммо, криётерапиядан кейин БСС нинг дерматоскопик хусусиятларини ўрганилиши ҳақида етарли маълумотлар мавжуд эмас. Ушбу тадқиқот криожарроҳликдан кейин БСС (базал хужайрали тери саратони) нинг пигменциз юзаки модификациясининг эрта дерматоскопик белгиларини баҳолашга қаратилган.

Калит сўзлар: янги усул, эрта таъхис, криодеструкция, базал хужайрали тери саратони, дерматоскопия.

DERMATOSCOPIC FEATURES OF SUPERFICIAL NON-PIGMENTED BASAL CELL CARCINOMA AFTER CRYOTHERAPY AS A NEW DIAGNOSTIC CRITERION

Latipov Ikhtiyor Ikromovich <https://orcid.org/0000-0002-7981-4087>

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sina, Uzbekistan, Bukhara, st. A. Navoi. 1 Tel: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Rezyume

Non-pigmented superficial basal cell carcinoma (BCC) appears as a thin pink scaly patch, the differential diagnosis of which can be very broad. Cryotherapy is an effective treatment method; however, studies on the dermatoscopic features of BCC after cryotherapy are scarce. The present study aimed to evaluate the early dermatoscopic features of non-pigmented superficial modification of BCC (basal cell carcinoma of the skin) after cryosurgery.

Keywords: new method, early diagnostics, cryodestruction, basal cell skin cancer, dermatoscopy.

Актуальность

Базальноклеточная карцинома (БКРК) является наиболее частым типом рака кожи у людей [1]. Её клиническая картина может быть очень гетерогенной с такими формами, как узловатая, кистозная, язвенная, поверхностная и пигментированная БКРК. Диагностика иногда может быть сложной, особенно на начальных стадиях и при поверхностных формах. Поверхностный БКРК имеет тенденцию проявляться в виде тонких розовых чешуйчатых пятен с нечеткими границами; Дифференциальный диагноз может быть очень широким во время первоначального дерматологического осмотра, с немалой вероятностью ошибочного диагноза [1]. К счастью, дерматоскопия значительно улучшила диагностику БКРК, поскольку используется в качестве рутинного и общего инструмента [2]. Для БКРК было разработано множество различных методов лечения, включая криотерапию, лучевую терапию, фотодинамическую терапию, местную терапию, лазерную терапию и недавно разработанные системные препараты (сонидегиб и висмодегиб), даже если хирургическое иссечение остается золотым стандартом [3]. Тем не менее, в нескольких исследованиях, изучалась картина дерматоскопической ремиссии после местного лечения поверхностного БКРК [4-6]. Исследования, посвященные дерматоскопическим особенностям БКРК после криотерапии, немногочисленны. В частности, на сегодняшний день существует только одно исследование, в котором оценивалась эффективность криохирургии при лечении небольших узловых поражений БКРК посредством дерматоскопии перед каждым сеансом и во время каждого последующего сеанса в течение первого года после него [7].

Цель исследования: оценка ранних дерматоскопических признаков непигментированной поверхностной модификации БКРК после криохирургии.

Материал и методы

В период с 2021 по 2022 г. проведено проспективное интервенционное исследование, в котором приняли участие 33 пациента (19 мужчин и 14 женщин, средний возраст 61,7 года) с клиническими особенностями БКРК.

Критериями включения были: пациенты с поверхностными непигментированными БКРК, проявляющимися в виде эритематозного пятна или пятна (рис. 1А; 2А). Диагноз устанавливался на основании анамнеза, клинического и дерматоскопического обследования.



Рис. 1А; Эритематозное поражение с тонкой чешуйчатой бляшкой на правой щеке.



Рис. 2А Изображение поражения на руке.

Критерии исключения: пациенты, имевшие в анамнезе нежелательные явления после криотерапии или не давшие согласия на проведение криотерапии; субъект с меланомой или метастазирующим плоскоклеточным раком в личном или знакомом анамнезе.

Каждый поверхностный БКРК оценивался клинически и дерматоскопически и документировался в цифровом виде с использованием дерматоскопа HEINE DELTA 20T Dermatology DermLite DL3N (Heine Optotechnik GmbH & Co. KG, Германия) и 10-кратного оптического увеличения DermLite Foto II Pro (Samsung Electronics Co., Ltd., Йонгтонг-Гу). Сувон-Ши, Южная Корея). Всем пациентам проводилось орошение очага поражения жидким азотом по следующей схеме: кожу предварительно обрабатывали спиртом; крионаконечник (обычно тип C, Cry-AC, Brymill®) располагался на расстоянии 5-10 мм от поверхности кожи, жидкий азот направляли в центр обрабатываемого поля 10 раз (экспозиции) (предел охлаждения по глубине 5 мм – 20°C) до 1-2 минут. Чтобы сделать криодеструкцию менее болезненной, перед проведением криодеструкции мы предварительно обрабатывали пораженную кожу 2% раствором лидокаина или 5% кремом ЭМЛА® (Лидокаин 2,5% + Прилокаин 2,5%).

Каждое обработанное поражение оценивали клинически и дерматоскопически через 12 часов после криотерапии. Положительным результатом теста считалось образование полупрозрачных/жемчужных папул по периферии очагов.

Последним этапом исследования была диагностическая биопсия, выполненная всем участникам.

Результат и обсуждения

Всего поступило 33 больных (19 мужчин и 14 женщин, средний возраст 61,7 года). Наиболее частой локализацией поражений были голова и шея (72,7%, n=24), средняя продолжительность заболевания составила $3,8 \pm 2,1$ месяца. Эритема, короткие и мелкие телеангиэктазии представляли собой наиболее распространенные исходные дерматоскопические признаки, обнаруживаемые в 100% (33/33) и 60,6% (20/33) поражений соответственно (рис. 1B; 2B).

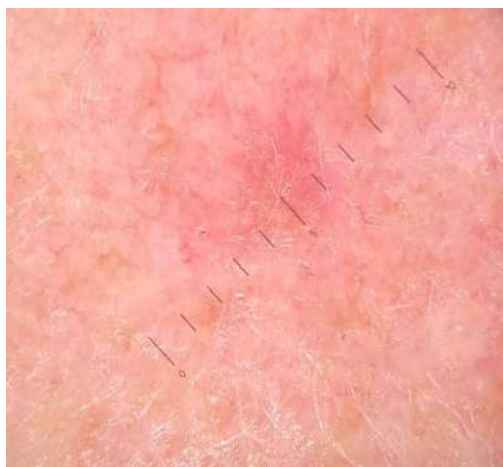


Рис. 1B;

Дерматоскопическое изображение начального поражения на правой щеке.



Рис. 2B

Дерматоскопическое изображение начального поражения на руке.

Диагностическая биопсия позволила верифицировать диагноз БКРК у 18 больных, у 9 больных - плоскоклеточный рак (ПКР), у 6 больных - актинический кератоз (АК). Оценка дерматоскопических особенностей через 12–24 часа после орошения очага поражения жидким азотом позволила обнаружить образование полупрозрачных/перламутровых папул по периферии очага у 16/18 больных БКРК (рис. 1 C,D; 2 C,D).

У 7 из 9 пациентов с плоскоклеточным раком результат был отрицательным; у остальных 2 пациентов результат был неспецифическим. У всех пациентов с АК результат был

отрицательным. Таким образом, специфичность теста составила 88,24%, чувствительность - 88,89%, прогностическая ценность положительного результата - 88,89%, прогностическая ценность отрицательного результата - 78,94%.

Диагноз БКК был подтвержден во всех случаях следующими признаками, вызванными криотерапией: деструкция эпидермиса (отслаивание поверхностных слоев эпидермиса), субэпидермальные трещины, отек сосочковой дермы, базофильная дегенерация коллагена и множественные опухолевые структуры с воспалительный инфильтрат в ретикулярной дерме (рис. 1Е; 2Е).



Рис.1С

Изображение поражения после криодеструкции



Рис. 1D

Дерматоскопическое изображение не позднее 24 часов после криодеструкции.



Рис.2С

Клиническая картина поражения не позднее 24 часов после криодеструкции.



Рис. 2D

Дерматоскопическое изображение не позднее 24 часов после криодеструкции. Жемчужные папулы.

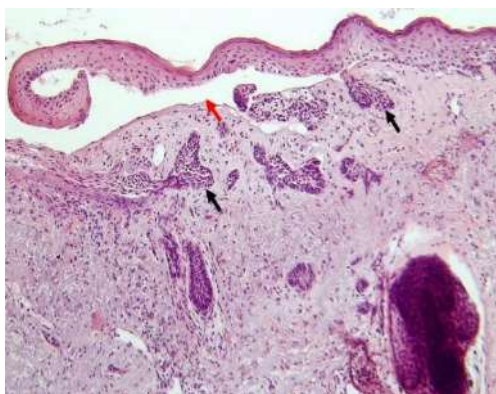


Рис.1Е

Гистологические изображения после криодеструкции. Субэпидермальная щель и базалоидные клетки со скудной цитоплазмой и удлинёнными гиперхроматическими ядрами, периферический палисад, перитуморальная щель. Г&Э.х100.

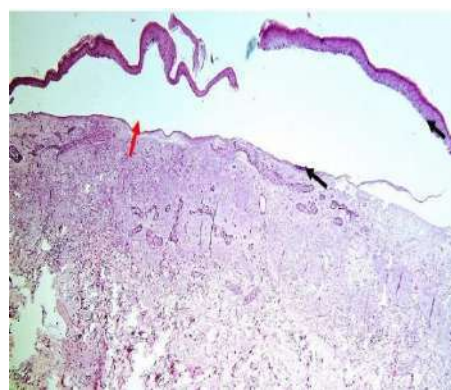


Рис.2Е

Гистологические изображения после криодеструкции. Субэпидермальная щель и базалоидные структуры под ней. Г&Э.х100.

Обсуждение:

БКРК является наиболее распространенным немеланомным видом рака кожи [8]. Клинические проявления БКРК могут быть очень неоднородными. Следовательно, его диагностика иногда может быть сложной, особенно на ранней (начальной) стадии. Это может быть особенно справедливо для непигментированного поверхностного БКРК, который проявляется в виде эритематозного пятна [9]. Дифференциальный диагноз непигментированного поверхностного БКРК очень широк, включая предраковые и раковые состояния кожи (актинический кератоз, болезнь Боуэна, экстрамаммарную болезнь Педжета), воспалительные состояния (экзема, псориаз, плоский лишай и т. д.), а также доброкачественные поражения кожи (кератоз, подобный плоскому лишаю). Поверхностный БКРК можно лечить с помощью криотерапии. Патогенетическая основа орошения жидким азотом заключается в том, что эпидермис частично подвергается некрозу, а в сосочковом слое дермы формируется отёк, где располагаются рыхлая соединительная ткань, опухолевые структуры и небольшое количество воспалительного инфильтрата, состоящего из лимфоцитов и гистиоцитов.

Мы заметили, что появление перламутровых или полупрозрачных папул при дерматоскопическом исследовании характеризует непигментированный поверхностный БКРК после 12 часов лечения криотерапией.

Возможный механизм образования перламутровых или полупрозрачных папул заключается в том, что отёк ткани поднимает опухоль (базалоидные структуры с зонами ретракции, плотно прилегающими к эпидермису) к поверхности кожи, вызванную криотерапией.

Из-за отёка сосочкового слоя по периферии элемента постепенно формируются папулы. Жидкий азот имеет удельную плотность 0,808 г/см³ и температуру кипения 77,4 К (-195,75°C) [10, 11]. При нанесении на кожу формируется некроз эпидермиса и, как следствие, отёк тканей дермы (вторая стадия воспаления – экссудация). Папулы в виде периферического палисада можно обнаружить на поздних стадиях БКРК, поскольку гистологическая картина представлена скоплением опухолевидных образований под эпидермисом в форме груши.

Несомненно, дерматоскопия значительно улучшила диагностику БКРК. Однако гистологическое исследование по-прежнему остается золотым стандартом окончательного диагноза БКРК [12, 13]. Однако клинико-дерматоскопическое исследование БКРК в эритематозной (начальной) стадии (непигментированный поверхностный БКРК) не всегда может быть достаточным для постановки диагноза. В этом случае, врач полагается только на неспецифические клинические признаки, такие как анамнез, динамика наблюдения и локализация поражения кожи. Однако, всех этих данных может быть недостаточно для постановки окончательного диагноза, поскольку дифференциальная диагностика непигментированных поверхностных БКРК очень широка, включая множество различных доброкачественных и злокачественных опухолей, таких как актинический кератоз, себорейный кератоз, болезнь Боуэна, а также воспалительные состояния, такие как псориаз, экзема и дискоидная красная волчанка. Действительно, для всех этих заболеваний может характеризоваться

наличие эритематозного пятна или пятна различной величины и формы, что увеличивает вероятность постановки ошибочного диагноза при первичном осмотре. И наоборот, выполнение биопсии кожи (инвазивный метод диагностики с множественными осложнениями, особенно при локализации поражения на лице и у молодых пациентов) может быть непростым и не приемлемым для всех пациентов. Однако хирургическое иссечение с последующим гистологическим исследованием остается золотым стандартом диагностики и лечения БКРК. С другой стороны, существует несколько различных вариантов лечения БКРК, таких как криотерапия, лучевая терапия, фотодинамическая терапия, местная терапия, лазерная терапия и недавно разработанные системные препараты (сонидегиб и висмодегиб) [3]. Что касается криотерапии, на сегодняшний день только одно исследование оценивало успех криохирургии в лечении небольших узловых поражений базальноклеточной карциномы посредством дерматоскопии перед каждым сеансом и во время каждого последующего сеанса в течение 1 года после него [7]. В частности, исчезновение дерматоскопических признаков, таких как микроизъязвления, ветвящиеся кровеносные сосуды и сине-серые шарики, структуры, похожие на кленовые листья, сине-серые яйцевидные гнезда и перцы с постепенной заменой розово-беловатыми диффузными областями с небольшими точечными кровеносными сосудами или без них были предикторами успешного лечения [7].

В настоящем исследовании мы сначала описали характерные дерматоскопические особенности, возникающие при непигментированных поверхностных БКРК после криотерапии; появление перламутровых и полупрозрачных папул по периферии очагов наблюдалось у всех пролеченных БКРК, это позволяет предположить, что их появление после криотерапии, можно считать подтверждающим признаком клинко-дерматоскопического диагноза непигментированного поверхностного БКРК. Действительно, все обработанные очаги в нашем исследовании были вырезаны и отправлены на гистологический анализ через 12-24 часа после криотерапии с подтверждением гистологического диагноза поверхностного БКРК.

Заключение

Появление перламутровых и полупрозрачных папул по периферии очагов характеризует дерматоскопическую картину непигментированных поверхностных БКРК через 12-24 часа после криотерапии. Необходимы дальнейшие исследования с большим размером выборки, чтобы подтвердить, можно ли рассматривать эти признаки как патогномоничные и, следовательно, представлять собой помощь в диагностическом процессе.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Pyne JH, Myint E, Barr EM, Clark SP, David M, Na R, Hou R. Superficial basal cell carcinoma: A comparison of superficial only subtype with superficial combined with other subtypes by age, sex and anatomic site in 3150 cases. // J Cutan Pathol. 2017 Aug; 44(8):677-683. doi: 10.1111/cup.12959.
2. Lallas A, Apalla Z, Argenziano G, Longo C, Moscarella E, Specchio F, Raucci M, Zalaudek I. The dermoscopic universe of basal cell carcinoma. // Dermatol Pract nConcept. 2014 Jul 31;4(3):11-24
3. Apalla Z, Lallas A, Tzello T, Sidiropoulos T, Lefaki I, Trakatelli M, Sotiriou E, Lazaridou E, Evangelou G, Patsatsi A, Kyrgidis A, Stratigos A, Zalaudek I, Argenziano G, Ioannides D. Applicability of dermoscopy for evaluation of patients' response to nonablative therapies for the treatment of superficial basal cell carcinoma. // Br J Dermatol. 2014 Apr;170(4):809-15
4. Ahmed Sadek, Safaa Negm, Noha Hashem, Nehal Saied, Radwa Magdy, Mosheera ElBahrawi, Noha Mounir. Dermoscopic Assessment of the Success of Cryosurgery in the Treatment of Basal Cell Carcinoma. // Egyptian Dermatology Online Journal June 2015; Vol. 11 No 1: 4,
5. Diluvio L, Lanna C, Lozzi F, Palumbo V, Bianchi L, Campione E. Basal cell carcinomas treated with 0.5% 5-fluorouracil and 10% salicylic acid topical solution. // Dermatol Ther. 2019 Apr 9:e12908. doi: 10.1111/dth.12908.
6. 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.
7. Freiman A, Bouganin N. History of cryotherapy. // Dermatol Online J. 2005 Aug 1. 11(2):9.
8. Menesi W, Buchel EW, Hayakawa TJ. A reliable frozen section technique for basal cell carcinomas of the head and neck. // Can J Plast Surg. 2014 Fall. 22(3):179-82.
9. Lupu M, Caruntu C, Popa MI, Voiculescu VM, Zurac S, Boda D. Vascular patterns in basal cell carcinoma: Dermoscopic, confocal and histopathological perspectives. // Oncol Lett. 2019 May; 17 (5): 4112-4125. doi: 10.3892

Поступила 20.09.2025