

## *Литература/ References*

1. Чве С.Д., Атаханова Н.Э., Шаюсупов Н.Р., Исхаков Д.М., Каххаров А.Ж. Клинико-морфологические и молекулярно-генетические факторы прогноза развития рецидива рака молочной железы // Хирургия Узбекистана. – Ташкент, 2018, №2. – с.43-47.
2. Тилляшайхов М.Н. Организация онкологической службы Узбекистана на современном этапе и перспективы дальнейшего развития // Клиническая и экспериментальная онкология. -2017.-№1.- С.5-7.
3. Hu W, Li X, Zhang C, Yang Y, Jiang J, Wu C. Tumor-associated macrophages in cancers // Clin Transl Oncol. – 2015. – P. 1-8.
4. Marsh T., Pietras K., McAllister S.S. Fibroblasts as architects of cancer pathogenesis // Biochim Biophys Acta. – 2013. – Vol. 1832, №7. – P. 1070-1078.
5. Vangangel K., van Pelt G., Engels C., et al. Prognostic value of tumor-stroma ratio combined with the immune status of tumors in invasive breast carcinoma // Breast Cancer Res Treat. – 2017. – Vol. 168, №3. – P. 601-612.

УДК: 616.5-006.6-07

## **СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ БАЗАЛЬНО-КЛЕТОЧНОГО РАКА КОЖИ**

Охунжон ЛАПАСОВ<sup>1,a</sup>, Акмал СЫДИКОВ<sup>2,b</sup>, Ирода НУРМАТОВА<sup>3,c</sup>,  
Бахадыр АЗИЗОВ<sup>4,d</sup>, Саида АГЗАМХОДЖАЕВА<sup>5,e</sup>

<sup>1</sup> базовый докторант, Ташкентский Государственный стоматологический институт,

<sup>2</sup> д.м.н., профессор, Ферганский медицинский институт общественного здоровья

<sup>3</sup> к.м.н., доцент, Ташкентская медицинская академия,

<sup>4</sup> д.м.н., доцент, Ташкентский Государственный стоматологический институт,

<sup>5</sup> к.м.н., доцент, Ташкентский Государственный стоматологический институт,

<sup>a</sup> [oxunjonlapasov@gmail.com](mailto:oxunjonlapasov@gmail.com), <sup>b</sup> [medic-85@bk.ru](mailto:medic-85@bk.ru), <sup>c</sup> [iroda1074@gmail.com](mailto:iroda1074@gmail.com)

<sup>d</sup> [bsazizov9@gmail.com](mailto:bsazizov9@gmail.com), <sup>e</sup> [saidakhon24@mail.ru](mailto:saidakhon24@mail.ru)

## **IMPROVEMENT OF METHODS FOR EARLY DIAGNOSIS OF BASAL CELL SKIN CANCER**

Okhunjon LAPASOV<sup>1,a</sup>, Akmal SYDIKOV<sup>2,b</sup>, Iroda NURMATOVA<sup>3,c</sup>, Bakhadyr  
AZIZOV<sup>4,d</sup>, Saidakhon AGZAMKHODZHAEVA<sup>5,e</sup>

<sup>1</sup> st doctoral candidate, Tashkent State Dental Institute,

<sup>2</sup> d MD, Professor, Fergana Medical Institute of Public Health,

<sup>3</sup> rd PhD, associate professor, Tashkent Medical Academy,

<sup>4</sup> th MD, associate professor, Tashkent State Dental Institute,

<sup>5</sup> th PhD, associate professor, Tashkent State Dental Institute,

<sup>a</sup> [oxunjonlapasov@gmail.com](mailto:oxunjonlapasov@gmail.com), <sup>b</sup> [medic-85@bk.ru](mailto:medic-85@bk.ru), <sup>c</sup> [iroda1074@gmail.com](mailto:iroda1074@gmail.com)

<sup>d</sup> [bsazizov9@gmail.com](mailto:bsazizov9@gmail.com), <sup>e</sup> [saidakhon24@mail.ru](mailto:saidakhon24@mail.ru)

## **TERI BAZAL HUYAYRALI SARATONINI ERTA TASHHIS QO'YISH USULLARINI TAKOMILLASH**

Okhunjon LAPASOV<sup>1,a</sup>, Akmal SYDIKOV<sup>2,b</sup>, Iroda NURMATOVA<sup>3,c</sup>, Bakhadyr AZIZOV<sup>4,d</sup>,  
Saidakhon AGZAMKHODZHAEVA<sup>5,e</sup>

<sup>1</sup> *tayanch doktorant, Toshkent davlat stomatologiya instituti,*

<sup>2</sup> *t. f. D., professor, Farg'ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti,*

<sup>3</sup> *t. f. n., dotsent, Toshkent tibbiyot akademiyasi,*

<sup>4</sup> *t. f. D., dotsent, Toshkent davlat stomatologiya instituti,*

<sup>5</sup> *t. f. N., dotsent, Toshkent davlat stomatologiya instituti,*

<sup>a</sup> [oxunjonlapasov@gmail.com](mailto:oxunjonlapasov@gmail.com), <sup>b</sup> [medic-85@bk.ru](mailto:medic-85@bk.ru), <sup>c</sup> [iroda1074@gmail.com](mailto:iroda1074@gmail.com)

<sup>d</sup> [bsazizov9@gmail.com](mailto:bsazizov9@gmail.com), <sup>e</sup> [saidakhon24@mail.ru](mailto:saidakhon24@mail.ru)

## АННОТАЦИЯ

Базально-клеточная карцинома кожи является самой распространенной опухолью кожи. Ее инцидентность в настоящее время растет и в структуре кератиноцитарных опухолей на долю БКК приходится 80%. В исследовании приняли участие 80 пациентов (49 мужчин и 31 женщина) в возрасте от 39 до 87 лет (средний возраст 63 года) с клиническими проявлениями базально-клеточного рака кожи, им было проведены дерматоскопия и биопсия пораженных участков кожи. Предлагаемый малоинвазивный диагностический тест при помощи орошения очага поражения жидким азотом имеет потенциальное преимущество в сравнении с рутинными методами исследования и может быть использован в ранней диагностике БКРК.

**Ключевые слова:** Базально-клеточная карцинома кожи, ранняя диагностика.

## ANNOTATION

Basal cell carcinoma of the skin is the most common skin tumor. Its incidence is currently growing and in the structure of keratinocyte tumors, BCC accounts for 80%. The study involved 80 patients (49 men and 31 women) aged 39 to 87 years (mean age 63 years) with clinical manifestations of basal cell skin cancer, they underwent dermatoscopy and biopsy of the affected skin areas. The proposed minimally invasive diagnostic test using liquid nitrogen irrigation of the lesion has a potential advantage over routine research methods and can be used in the early diagnosis of BCC.

**Key words:** Basal cell carcinoma of the skin, early diagnosis.

## XULOSA

Terining bazal hujayrali karsinomasi eng keng tarqalgan teri shishidir. Hozirgi vaqtda uning tarqalishi ortib bormoqda va keratinotsit o'smalari tarkibida BCC 80% ni tashkil qiladi. Tadqiqotda bazal hujayrali teri saratoni klinik ko'rinishlari bo'lgan 39 yoshdan 87 yoshgacha (o'rtacha 63 yosh) 80 bemor (49 erkak va 31 ayol) ishtirok etdi, ularga dermatskopiya va ta'sirlangan terining biopsiyasi o'tkazildi. Lezyonni suyuq azot bilan sug'orish yordamida tavsiya

etilgan minimal invaziv diagnostika testi muntazam tadqiqot usullariga nisbatan potentsial afzalliklarga ega va BCC erta tashxisida qo'llanilishi mumkin.

**Kalit so'zlar:** Terining bazal hujayrali karsinomasi, erta tashxis.

**Актуальность:** Базально-клеточная карцинома кожи является самой распространенной опухолью кожи. Ее инцидентность в настоящее время растет и в структуре кератиноцитарных опухолей на долю БКК приходится 80%.

**Материалы и методы:** 80 пациентов (49 мужчин и 31 женщина) в возрасте от 39 до 87 лет (средний возраст 63 года) с клиническими проявлениями базально-клеточного рака кожи, дерматоскопия, биопсия пораженных участков кожи.

**Результаты:** предлагаемый малоинвазивный диагностический тест при помощи орошения очага поражения жидким азотом имеет потенциальное преимущество в сравнении с рутинными методами исследования и может восполнить пробелы при верификации диагноза БКК.

**Ключевые слова:** Базально-клеточная карцинома кожи, ранняя диагностика.

Актуальность изучения базальноклеточного рака кожи продиктована тем, что данная опухоль является самой распространенной, и ее инцидентность в настоящее время растет. В структуре кератиноцитарных опухолей на долю БКК приходится 80%. На сегодняшний день инцидентность БКК значительно возросла, и соотношение БКК к СКК составляет уже 2:1 [1,5]. По данным литературы в сравнении со сквамозноклеточным (плоскоклеточным ПКК/СКК), БКК подвержено относительно более молодое население, однако по результатам некоторых исследований, средний возраст больных БКК был выше, чем в группе больных СКК. Так, в среднем возникновению БКК подвержены лица в возрасте от 40 до 70 лет, однако по данным Bath-Nextalletall. инцидентность среди более молодого населения растет [3,7,8].

Второй актуальной проблемой в изучении БКК являются экономические затраты на лечение пациентов, и они напрямую зависят от длительности курации пациента [2]. Обнаружение опухоли в дебюте существенно сократит объем и сроки лечения. Это диктует необходимость повышения онкологической настороженности населения, а также оптимизации диагностического алгоритма заболевания [9]. Сложность диагностики БКК на ранних стадиях определяется малой специфичностью клинических проявлений новообразования.

**Целью нашего исследования** было обосновать значимость диагностического теста на БКК в начальной стадии в целях улучшения диагностических мероприятий.

В задачи исследования входило изучить клинические, дерматоскопические и гистологические характеристики больных базально-

клеточным раком кожи для повышения точности и скорости диагностических мероприятий.

**Материалы и методы исследования:** Научно-исследовательскую базу составили пациенты с клиническими проявлениями базально-клеточного рака кожи. Все участники исследования проходили обследование и лечение в дерматологическом отделении Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университета, кафедры патологической анатомии с курсом судебной медицины, Республиканской клинической кожвен больницы Республики Узбекистан и Ташкентском городском онкологическом диспансере.

За период с 2014 по 2021 год гг. 80 пациентов (49 мужчин и 31 женщина) в возрасте от 39 до 87 лет (средний возраст составил 63 года) были обследованы и включены в исследование. Проспективное исследование было проведено у 35 человек с 2017 по 2021 год, ретроспективное – у 45. Критерием включения являлась клиническая картина - наличие у них эритематозного пятна розового цвета с неровными четкими границами и возможным незначительным шелушением на поверхности. Высыпания имели преимущественно акральное расположение (кисти и лицо), однако локализация в иных областях являлась допустимой. На начальном этапе всем пациентам был проведен сбор анамнеза, объективный осмотр, дерматоскопия, а также диагностическая биопсия кожи из очага поражения. Последующим этапом исследования стало формирование нового диагностического алгоритма БКК на ранней стадии, а именно разработка нового диагностического теста.

На основании данных анамнеза, объективного осмотра и дерматоскопии все пациенты были разделены на четыре группы. В первую группу были включены 35 пациентов с клиническим диагнозом базально-клеточная карцинома (21 мужчина и 14 женщин), во вторую - 20 больных с плоскоклеточным раком кожи (10 мужчин и 10 женщин) и в третью – 16 больных актиническим кератозом (10 мужчин и 6 женщин). В четвертую группу с неverified диагнозом были определены 9 пациентов (6 мужчин и 3 женщины).

Таблица №1

**Поло-возрастная характеристика участников исследования**

Группа/ характеристика	БКК (n=35)	ПКК (n=20)	АК (n=16)	Неverified диагноз (n=9)
Возраст пациентов	48-87 (65,87)	48-78 (61,55)	39 -70 (56,5)	48 -67 (58,4)
Пол:				
Мужчины	21	10	10	6
Женщины	14	10	6	3

В каждом конкретном случае клиническая и дерматоскопическая оценка новообразования проводилась с использованием дерматоскопа HEINEDELTA 20 TDermatoscope DermliteDL3N (Heine Optotechnik)

GmbH&Co.KG, Германия) и 10-кратного оптического увеличения Derm Lite Foto IIPro (Samsung Electronics Co., Ltd., Yeongtong-Gu.Сувон-Ши, Южная Корея).

Всем пациентам была проведена процедура криотерапии. Перед орошением жидким азотом мы обрабатывали очаг поражения спиртом, а чтобы сделать процедуру менее болезненной применяли раствор лидокаина 2% либо крем ЭМЛА® (Лидокаин 2,5% + Прилокаин 2,5%). Затем крионаконечник (обычно тип С, Cry-AC, Brymill®) помещали на расстоянии 5-10 мм от поверхности кожи и направляли жидкий азот в центр обрабатываемого поля 10 раз (экспозиций, предел охлаждения и глубина 5 мм - 20° С) до 1-2 минут.

Через 12 часов после процедуры мы проводили динамическую оценку клинических и дерматоскопических признаков относительно изначальных, а затем иссекали новообразование с целью определения гистологических изменений, связанных с процедурой, и верификации диагноза. В случае формирования полупрозрачных или перламутровых папул тест считался положительным.

**Результаты собственных исследований:** Все пациенты – участники исследования имели схожую клиническую картину: процесс поражения кожи носил ограниченный характер и был представлен единичными эритематозными пятнами/бляшками розового цвета, с четкими границами, с локализацией на коже лица или кистей, реже – туловища. На поверхности элементов определялось незначительное шелушение. У всех пациентов жалобы на субъективные ощущения (зуд/жжение/боль) в области очага поражения отсутствовали.

На основании данных, полученных в ходе объективного осмотра, сбора анамнеза, пациентам был выставлен клинический диагноз: базальноклеточный рак кожи 43,75% случаев (35/80), плоскоклеточный рак кожи – в 25% случаев (20/80), актинический кератоз – в 20% (16/80).

В первую группу вошли 35 пациентов с диагнозом базально-клеточный рак кожи (21 мужчина и 14 женщин, в возрасте от 48 до 87 лет, средний возраст 65,86). Клинические проявления больных 1ой группы характеризовались наличием плоского эритематозного пятна/бляшки розового цвета с четкими границами, диаметром до 2 см (n=35/35, 100%). У 16 (46%) пациентов отмечалось шелушение на поверхности элементов. У 17 (48,5%) больных элементы были расположены на коже лица (68,6%), у 6 в области тыльной поверхности кистей (17,14%), у 12 пациентов новообразование было локализовано на коже туловища (34,3%). Из анамнеза известно, что 27 пациентов (77%) пришли на консультацию по поводу новообразования в течение 1 месяца после того, как отметили его появление, остальные 23 % - в среднем обратились за помощью через 2 месяца. 4 пациента (11,4%) имели наследственный анамнез.

Во вторую группу вошли 20 пациентов с плоскоклеточным раком кожи (10 женщин и 10 мужчин в возрасте от 48 до 78 лет, средний возраст 61,55

лет). У пациентов 2 группы в 100% (20/20) случаев высыпания были представлены эритематозной бляшкой розового цвета с четкими границами, различной формы. Высыпания у подавляющего большинства были локализованы на коже лица, в частности, в височных и лобной областях (17/20, 85%), у 3 пациентов из 20 новообразование было расположено на тыльной поверхности кистей (15%). У 1 пациента (5%) был зарегистрирован наследственный анамнез.

В третью группу вошли 16 пациентов с актиническим кератозом (6 женщин и 10 мужчин в возрасте от 39 до 70 лет, средний возраст 56,5 лет). Среди пациентов 3 группы у всех высыпания были представлены эритематозными пятнами красного цвета, с интенсивным шелушением на поверхности и гетерогенной окраски. По сравнению с 1 и 2 группами, у пациентов третьей группы было зарегистрировано шелушение в 100% случаев (16/16). Никто из участников 3 группы не предъявлял жалобы на субъективные ощущения в пределах очагов поражения (0/16, 0%). У всех участников 3 группы высыпания были локализованы на коже лица (16/16, 100%). Трое отмечали постепенную прогрессию элементов в виде их увеличения в размере (3/16, 18,8%).

Четвертую группу составили пациенты с неверифицированным клиническим диагнозом. Среди них было 6 мужчин и 3 женщины в возрасте от 48 до 67 лет, средний возраст 58,4. У всех участников группы высыпания носили ограниченный характер и были представлены эритематозным плоским пятном розового/красного цвета, с четкими границами, различной формы. Шелушение на поверхности элемента отмечалось у 3 пациентов (33%) У 7 пациентов (77,8%) элемент был расположен на коже лица, в то время как у 1 – на коже левой кисти (11%) и у 1 – в области спины (11%). Двое пациентов (2/9, 22%) имели наследственный анамнез.

Таблица 2

### Клиническая характеристика пациентов

Признак	Базально-клеточная карцинома (n=35)	Плоско-клеточный рак кожи (n=20)	Актинический кератоз (n=16)	Пациенты с не верифицированным диагнозом (n=9)
Наследственный анамнез	4 (11,4%)	1 (5%)	0/16 (0%)	2/9 (22%)
1-3 фототип	35 (100%)	20 (100%)	16 (100%)	9 (100%)
4-6 фототип	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Анамнез инсоляции (наличие ожогов 2 степени)	14/35 (40%)	7/20 (35%)	3/16 (18,8%)	4/9 (44%)
Онкологический анамнез	3/35 (8,6%)	1/20 (5%)	2/16 (12,5%)	0/9 (0%)
Рецидив	1/35 (2,9%)	1/20 (5%)	0/16 (0%)	0/9 (0%)
Субъективные ощущения	0/35 (0%)	0/20 (0%)	0/16 (0%)	0/9 (0%)
1 элемент	33/35	20/20 (0%)	9/16 (56,3%)	9/9 (100%)

		(94,3%)			
Более 1 элемента		2/35 (5,7%)	0/20 (0%)	7/16 (43,8%)	0/9 (0%)
Локализация области лица	в	17 (48,6%)	17/20 (85%)	16/16 (100%)	7/9 (77,8%)
Локализация области конечностей (кисти)	в	6/35 (17,1%)	3/20 (15%)	0/16 (0%)	1/9 (11%)
Локализация области туловища	в	12/35 (34,3%)	0/20 (0%)	0/16 (0%)	1/9 (11%)
Плоское пятно/бляшка		35/35 (100%)	20/20 (100%)	16/16 (100%)	9/9 (100%)
Экзофитное расположение элемента		0/35 (0%)	0/20 (0%)	0/16 (0%)	0/9 (0%)
Шелушение поверхности элемента	на	16/35 (46%)	16/20 (80%)	16/16 (100%)	3/9 (33%)
Прогрессия элемента		10/35 (28,6%)	4/20 (20%)	3/16 (18,8%)	1/9 (11%)

Всем участникам исследования на этапе первичного визита была проведена дерматоскопия очага поражения.

Среди участников 1-ой группы наиболее часто встречающимся признаком были разветвленные (древовидные) сосуды, которые отмечались у 24/35 пациентов (68,6%). Данный признак характеризует сосудистый паттерн новообразования. На эритематозном фоне также в ряде случаев (8/35, 22,9%) отмечались блестящие красно-белые бесструктурные области. Характерные для длительно существующих базалиом телеангиэктазии были отмечены в 3 случаях из 35 (8,6%). Также часто регистрировались короткие белые полосы – в 14 случаях из 35 (40%). Поверхностные белые/желтые чешуйки были найдены у 16 пациентов (45,7%). У одного пациента были обнаружены листовидные области (2,9%). Пигментные структуры – были обнаружены у 1 пациента (2,9%), они включали множественные серо-голубые глобулы, точки и серо-голубые гнезда.

У всех пациентов второй группы в первую очередь был отмечен эритематозный фон очагов поражения (20/20, 100%). Для пациентов 2 группы был выделен отдельный дерматоскопический паттерн – «клубничный паттерн/рисунок». Он отмечался у 18/20 больных (90%). Также примечательно, что у всех без исключения отмечались поверхностные белые/желтые чешуйки (20/20, 100%). У большинства пациентов были зафиксированы концентрические структуры (15/20, 75%), блестящие красно-белые бесструктурные области (11/20, 55%). У 8 пациентов из 20 были обнаружены короткие белые полосы (40%), у троих – разветвленные сосуды (15%) и сосуды, окружающие волосяной фолликул. Гиперкератотичные волосяные фолликулы обнаруживались у троих пациентов (3/20, 15%), у 6/20

отмечался гиперкератоз/аморфный кератин. Изъязвления были найдены у 4/20 пациентов (20%), у одного – множественные мелкие эрозии (5%).

Среди пациентов 3 группы также главными признаками являлись эритематозный фон очагов поражения и «клубничный паттерн», он был обнаружен у всех участников группы (16/16, 100%). У 2 пациентов отмечались бесструктурные красно-белые области (2/16, 12,5%). У большинства участников группы были найдены признаки гиперкератоза: поверхностные белые/желтые чешуйки (13/16, 81,25%), гиперкератоз/аморфный кератин (10/16, 62,5%), гиперкератотичные фолликулы (8/16, 50%). У четырех пациентов были зарегистрированы короткие белые полосы (4/16, 25%), у одного (1/16, 6,25%) – множественные мелкие эрозии, у одного - изъязвление (1/16, 6,26%).

Пациенты 4 группы также демонстрировали эритематозный фон очагов поражения (9/9, 100%). У 5 пациентов отмечались короткие белые полосы (56%), у 4 – красно-белые блестящие бесструктурные области, у 2/9 – листовидные области (22%), у одного – концентрические структуры (11%). Разветвленные сосуды были найдены у троих пациентов (3/9, 33%), телеангиоэктазии – у 1 (1/9, 11%), а сосуды, окружающие волосяной фолликул – у 3/9 пациентов (33%). Среди пигментных включений были обнаружены серо-голубые гнезда у 2 пациентов (22%), точки – у 3/9 пациентов (33%), множественные серо-голубые глобулы – у 2 пациентов (22%). Гиперкератоз был отмечен у 2 индивидуумов (2/9, 22%), поверхностные белые и желтые чешуйки – у 4/9 человек (44%).

В процессе анализа гистологических препаратов верифицировать диагноз удалось в 88,75% случаев (71/80). В частности, диагноз базальноклеточный рак кожи был выставлен в 43,75% случаев (35/80), плоскоклеточный рак кожи – в 25% случаев (20/80), актинический кератоз – в 20% (16/80). У 9 пациентов диагноз, выставленный патоморфологом не соответствовал окончательному. Были выделены три основные группы исследуемых: базальноклеточный рак кожи, плоскоклеточный рак кожи и актинический кератоз.

Исследование с применением нового диагностического теста на определение базальноклеточного рака кожи было проведено проспективно. В нем принимали участие 18 пациентов 1 группы (10 мужчин и 8 женщин, средний возраст 63,5 лет) с клиническим диагнозом базальноклеточный рак кожи, 9 пациентов второй группы (6 мужчин и 3 женщины, средний возраст 61,9 лет) с клиническим диагнозом плоскоклеточный рак кожи и 6 пациентов 3 группы (3 мужчин и 3 женщины, средний возраст 59, блет) с клиническим диагнозом актинический кератоз.

При оценке тканевых изменений посредством дерматоскопии через 12 – 24 часов после орошения очага поражения жидким азотом формирование полупрозрачных/перламутровых папул по периферии очага поражения произошло у 16/18 больных 1 группы (89%). Причем у 11 пациентов (11/16, 68,75%) отмечались перламутровые папулы, у 5 – полупрозрачные (7/18,



31,25%). Во второй группе у 7 больных из 9 (78%) результат был отрицательным, в то время как у 2 – неспецифический (22%). Пациенты 3 группы показали отрицательный результат (6/6, 100%).

Специфичность теста составила 88,24%, чувствительность – 88,89%, положительная прогностическая значимость – 88,89%, отрицательная прогностическая значимость – 78,94%. По полученным данным тест можно признать валидным и практически применимым.

Для контроля результатов после проведения теста всем исследуемым была проведена биопсия кожи из очага поражения. В рамках гистологического обоснования механизма работы теста было выявлено, что в его основе лежит феномен ретракции опухоли. В результате орошения жидким азотом в течение 12-24 часов формируется неспецифическая воспалительная реакция, ввиду которой развивается стромальный отек. На фоне разности в плотности тканей стромы и опухолевых гнезд происходит вытеснение опухолевой ткани вверх и формируется щель между базалоидными гнездами и стромой, что дерматоскопически соответствует образованию полупрозрачных/ перламутровых папул.

У всех пациентов 1 группы определялся патогномоничный для базальноклеточного рака признак – «палисад» из базальных кератиноцитов (35/35, 100%), также у подавляющего большинства были выявлены искусственные щели или феномен ретракции опухоли (32/35, 91,4%). В одном случае у пациента определялась клеточная атипия/полиморфизм (1/35, 2,9%), также нечасто выделялись апоптотичные клетки (5/25, 14,3%) и митозы (8/35, 22,9%). У большинства пациентов опухоль была ограничена сосочковой дермой (29/35, 82,9%), а инвазия в ретикулярную дерму наблюдалась у 6 индивидуумов (6/35, 19,4%). У одного пациента было зарегистрировано наличие меланоцитов (1/35, 2,9%). Гиперкератоз определялся у половины обследованных (16/35, 45,7%). Еще один характерный для базальноклеточного рака признак - опухолевая неоваскуляризация поверхностных слоев дермы был выявлен в 31 случае (31/35, 88,6%). У всех пациентов соотношение опухолевой паренхимы к строме составило  $>1$  (35/35, 100%), в 8 случаях отмечался стромальный фиброз дермы (8/35, 22,8%). У большинства пациентов воспалительный инфильтрат был представлен лимфоцитами (30/35, 85,7%), гистиоцитами (30/35, 85,7%), в одном случае отмечались меланофаги (1/35, 2,9%). У 29 участников группы толщина опухоли составила менее 1 мм (29/35, 82,6%), у 6 - до 2 мм (6/35, 19,4%), инфильтративный рост также отмечался у 6 больных (6/35, 19,4%). Стоит отметить, что «палисад» из базальных кератиноцитов и наличие искусственной щели являются патогномоничными признаками базально—клеточной карциномы, и они определялись у всех больных 1 группы соответственно.

Тканевые изменения пациентов 2 группы включали: клеточную атипию/полиморфизм (20/20, 100%); наличие апоптотичных клеток (3/20, 15%), наличие митозов (5/20, 25%); ограничение сосочковой дермой (16/20,

80%), наличие инвазии в ретикулярную дерму (4/20, 20%), изъязвление - умеренную и выраженную деструкцию эпидермиса в 5 случаях из 20 (25%); гиперкератоз (20/20, 100%); роговые кисты (4/20, 20%); опухолевую неоваскуляризацию поверхностных слоев дермы (3/20, 15%); стромальный фиброз дермы в 4 случаях из 20 (20%); диффузный дермальный фиброз (1/20, 5%); инфильтрат был представлен: лимфоцитами и гистиоцитами в каждом конкретном случае (20/20, 100%); толщина опухоли до 1 мм (16/20, 80%); толщина опухоли до 2 мм (4/20, 20%); соотношение опухолевой паренхимы к строме  $>1$  (20/20, 100%); инфильтративный рост (20/20, 100%). Отличительным гистологическим признаком пациентов второй группы было наличие анаплазии/полиморфизма кератиноцитов различной степени.

При анализе гистологических препаратов пациентов 3 группы были обнаружены следующие признаки: клеточная атипия/полиморфизм (16/16, 100%); апоптотичные клетки (2/16, 12,5%); наличие митозов (9/16, 56,25%); ограничение сосочковой дермой (16/16, 100%); изъязвление - умеренная и выраженная деструкция эпидермиса была обнаружена в 1 случае (1/16, 6,25%); гиперкератоз (16/16, 100%); опухолевая неоваскуляризация поверхностных слоев дермы (2/16, 12,5%); воспалительный инфильтрат представлен лимфоцитами и гистиоцитами у всех пациентов (16/16, 100%); толщина опухоли до 1 мм (16/16, 100%).

Окончательный диагноз, сформированный на основании результатов объективного осмотра, гистологического исследования и ответа на проводимую терапию позволил верифицировать нозологии 4 групп исследуемых: 4 пациента имели пигментную форму базально-клеточной карциномы, у двоих была обнаружена болезнь Боуэна (22%), 1 - лихеноидный кератоз (11%), у двух больных был выявлен экзематид (22%).

Таблица 3

### Гистологические признаки пациентов экспериментальных групп

Признак	Базально-клеточный рак кожи (n=35)	Плоско-клеточный рак кожи (n=20)	Актинический кератоз (n=16)	Не верифицированный диагноз (n=9)
«палисад» базальных кератиноцитов	35/35 (100%)	0/20 (0%)	0/16 (0%)	2/9 (0%)
Артифициальная щель/феномен ретракции	32/35 (91,4%)	0/20 (0%)	0/16 (0%)	0/9 (0%)
Клеточная атипия/полиморфизм	1/35 (2,9%)	20/20 (100%)	16/16 (100%)	5/9 (0%)
Апоптотичные клетки	5/25 (14,3%)	3/20 (15%)	2/16 (12,5%)	2/9 (22%)
Наличие митозов	8/35 (22,9%)	5/20 (25%)	9/16 (56,25%)	3/9 (33%)
Ограничение сосочковой дермой	29/35 (82,9%)	16/20 (80%)	16/16 (100%)	9/9 (100%)
Инвазия ретикулярную дерму <sup>В</sup>	6/35 (19,4%)	4/20 (20%)	0/16 (0%)	0/9 (0%)
Наличие меланоцитов	1/35 (2,9%)	0/20 (0%)	0/16 (0%)	4/9 (44%)
Изъязвление	0/35 (0%)	5/20 (25%)	1/16 (6,25%)	1/9 (11%)

(умеренная и выраженная деструкция эпидермиса)				
Гиперкератоз	16/35 (45,7%)	20/20 (100%)	16/16 (100%)	5/9 (56%)
Роговые кисты	0/35 (0%)	4/20 (20%)	0/16 (0%)	2/9 (22%)
Опухолевая неоваскуляризация поверхностных слоев дермы	31/35 (88,6%)	3/20 (15%)	2/16 (12,5%)	1/9 (11%)
Стромальный фиброз дермы	8/35 (22,8%)	4/20 (20%)	0/16 (0%)	2/9 (22%)
Диффузный дермальный фиброз	0/35 (0%)	1/20 (5%)	0/16 (0%)	0/9 (0%)
Воспалительный инфильтрат представлен:	30/35 (85,7%)	20/20 (100%)	16/16 (100%)	9/9 (100%)
-лимфоцитами	30/35 (85,7%)	20/20 (100%)	16/16 (100%)	9/9 (100%)
-гистиоцитами	1/35 (2,9%)	0/20 (0%)	0/16 (0%)	2/9 (22%)
-меланофаги	0/35 (0%)	0/20 (0%)	0/16 (0%)	0/9 (0%)
-лейкоциты				
Толщина опухоли до 1 мм	29/35 (82,6%)	16/20 (80%)	16/16 (100%)	9/9 (100%)
Толщина опухоли до 2 мм	6/35 (19,4%)	4/20 (20%)	0/16 (0%)	0/9 (0%)
Толщина опухоли более 2 мм	0/35 (0%)	0/20 (0%)	0/16 (0%)	0/9 (0%)
Соотношение опухолевой паренхимы к строме >1	35/35 (100%)	20/20 (100%)	Неприменимо	Не применимо
Инфильтративный рост	6/35 (19,4%)	20/20 (100%)	0,16 (0%)	0/9 (0%)

Дерматоскопия существенно улучшила процесс постановки диагноза БКК. Усилиями многих исследователей был сформирован ряд паттернов и признаков, отметив которые, можно предположить диагноз БКК. Однако вероятность ошибочной диагностики при базально-клеточном раке кожи в начальной стадии также остается высокой. Следующим диагностическим этапом является выполнение гистологического исследования. Два основных признака, на которые опирается врач патоморфолог – «периферический палисад» из базалоидных клеток и феномен ретракции опухоли – как оказалось, могут отсутствовать у пациентов с недавно манифестировавшим БКРК, что также приводит к ошибочной диагностике.

**Заключение:** Таким образом, предлагаемый малоинвазивный диагностический тест имеет потенциальное преимущество в сравнении с рутинными методами исследования и может восполнить пробелы при верификации диагноза в данном случае. Также стоит отметить, что проведение гистологического исследования у пациентов с недавней манифестацией БКК, когда новообразование

представлено эритематозным пятном, может быть мало информативно ввиду того, что специфические признаки новообразования еще не сформировались. Так, помимо гистологического исследования необходим подбор более точных дифференциально-диагностических критериев диагностики БКК.

### **Литература/ References**

1. Кирьяков Д. А., Ганиев А. А., Азизов Б. С., Нурматова И. Б. и Латипов И. И. Эпидемиология злокачественных новообразований среди жителей Ташкентской области. *Web of Scientist: Международный научно-исследовательский журнал*, 2021; 2(11), 342-346
2. Азизов, Б. С., Тищенко, А. Л., Ганиев, А. А., Кирьяков, Д. А., & Сергеева, Н. С. (2019). Раковые и предраковые заболевания кожи – вопросы этиопатогенеза и диагностики. *In* для проведения I-международной научно-практической онлайн-конференции «Актуальные вопросы медицинской науки в XXI веке» (р. 19).
3. Азизов, Б. С., Алиев, А. Ш., Агзамходжаева, С. С., Нурматова, И. Б., & Солметова, М. А. (2018). К диагностике бугоркового кожного лейшманиоза. *Stomatologiya*, (2), 79-82.
4. Azizov, B., Ismailova, G., Nabiev, F., Nurmatova, I., & Usmanov, A. Clinical characteristics of patients with HIV/AIDS. *ООО «Maxliyo-shifo» & V*, 46.
5. Codazzi D, Bruschi S, Bocchiotti MA, et al. Giant basal cell carcinoma: a series of 37 cases without metastasis. *Plast Reconstr Surg*. 2012;129:999e–1000e, author reply 1000e–1001e
6. Cribier B. Variations of basal cell carcinomas according to gender, age, location and histopathological subtype. *The British journal of dermatology*. Jul 2002;147(1):41-47
7. Dika E, Scarfi F, Ferracin M, et al. Basal Cell Carcinoma: A Comprehensive Review. *Int J Mol Sci*. 2020;21(15):5572. Published 2020 Aug 4. doi:10.3390/ijms21155572
8. Emiroglu N, Cengiz FP, Kemeriz F. The relation between dermoscopy and histopathology of basal cell carcinoma. *An Bras Dermatol* 2015; 90: 351–6
9. Herman AR, Busam KJ, Greenberg RA, et al. Multiple infundibulocystic basal cell carcinomas: case report of unique unilateral presentation. *Dermatol Surg*. 2003;29:436–439
10. Kiryakov, D. A., Ganiev, A. A., Azizov, B. S., Nurmatova, I. B., & Latipov, I. I. (2021). Epidemiology of malignant neoplasms among residents of the Tashkent region. *Web of Scientist: International Scientific Research Journal*, 2(11), 342-346.
11. Kittler H, Rosndahl C, Cameron A, Tschandi P. *Dermatoscopy. An Algorithmic Method Based on Pattern Analysis*. Austria: *Facultas Verlags- und Buchhandels AG facultas. wuv Universitätsverlag*, 2011;
12. Pellegrini, C.; Maturo, M.G.; Di Nardo, L.; Ciciarelli, V.; Gutiérrez García-Rodrigo, C.; Fagnoli, M.C. Understanding the Molecular Genetics of Basal Cell Carcinoma. *Int. J. Mol. Sci*. 2017, 18, 2485.
13. Preston DS, Stern RS. Non-melanoma cancers of the skin. *N Engl J Med*. 1992;327:1649–1662;
14. Roozeboom MH, Kreukels H, Nelemans PJ, et al. Subtyping basal cell carcinoma by clinical diagnosis versus punch biopsy. *Acta Derm Venereol*. 2015;95:996–998;
15. Scrivener Y, Grosshans E, Cribier B. Variations of basal cell carcinomas according to gender, age, location and histopathological subtype. *Br J Dermatol*. 2002;147:41–47;
16. Scrivener Y, Grosshans E, Cribier B. Variations of basal cell carcinomas according to gender, age, location and histopathological subtype. *The British journal of dermatology*. Jul 2002;147(1):41-47
17. Silvis NG, Zachary CB. Occult basal-cell carcinoma within rhinophyma. *Clin Exp Dermatol*. 1990;15:282–284.

18. Yu L, Galan A, McNiff JM. Caveats in BerEP4 staining to differentiate basal and squamous cell carcinoma J CutanPathol 2009; 36: 1074–1076. © 2009 John Wiley & Sons A/S

УДК:378.147.88-378:61

## ЗНАЧЕНИЕ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТА В ОРГАНИЗАЦИИ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ

Ойша Алявия<sup>1,a</sup>, Саиднаирхон Аляви<sup>2,b</sup>

<sup>1</sup>к.м.н., доцент, Ташкентский государственный стоматологический институт

<sup>2</sup>к.м.н., доцент, Ташкентский государственный стоматологический институт

Ташкент, Узбекистан

<sup>b</sup> [anair72@mail.ru](mailto:anair72@mail.ru)

## THE IMPORTANCE OF STUDENT SELF-STUDY IN THE LEARNING PROCESS AT MEDICAL SCHOOL

Oysha Alyaviya<sup>1,a</sup>, Saidnairkhon Alyavi<sup>2,b</sup>

<sup>1</sup>Doctor of Philosophy, docent, Tashkent State Dental Institute

<sup>2</sup> Doctor of Philosophy, docent, Tashkent State Dental Institute

Tashkent, Uzbekistan<sup>b</sup>

[anair72@mail.ru](mailto:anair72@mail.ru)

## ТИББИЁТ ИНСТИТУТИДА ЎҚУВ ЖАРАЁНИНИ ТАШКИЛ ЭТИШДА ТАЛАБАНИНГ МУСТАҚИЛ ИШИНИНГ АҲАМИЯТИ

Ойша Алявия<sup>1,a</sup>, Саиднаирхон Аляви<sup>2,b</sup>

<sup>1</sup>т.ф.н., доцент, Тошкент давлат стоматология институти

<sup>2</sup>т.ф.н., доцент, Тошкент давлат стоматология институти

Тошкент, Узбекистон

<sup>b</sup> [anair72@mail.ru](mailto:anair72@mail.ru)

## АННОТАЦИЯ

Современные требования к подготовке высококвалифицированных специалистов требуют внедрения международных медицинских и образовательных стандартов в образовательный и интегративный процесс. В данной статье представлены научно-методические основы самостоятельной работы студентов, ее значение, основные формы. Индивидуальную работу студентов-медиков следует рассматривать как один из необходимых этапов подготовки современного врача.

**Ключевые слова:** педагогика, студент, медицина