

О СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ЛИМФОМАМИ КОЖИ

Н.В. КУНГУРОВ, М.М. КОХАН, И.А. КУКЛИН, О.Г. РИМАР

Revisited improvement of specialized medical aid for patients with malignant cutaneous lymphomas

N.V. KUNGUROV, M.M. KOKHAN, I.A. KUKLIN, O.G. RIMAR

Об авторах:

Н.В. Кунгуров — директор, ФГУ «Уральский научно-исследовательский институт дерматовенерологии и иммунопатологии Росмедтехнологий», д.м.н., профессор

М.М. Кохан — руководитель научного клинического отдела ФГУ «Уральский научно-исследовательский институт дерматовенерологии и иммунопатологии Росмедтехнологий», д.м.н., профессор

И.А. Куклин — старший научный сотрудник научного клинического отдела ФГУ «Уральский научно-исследовательский институт дерматовенерологии и иммунопатологии Росмедтехнологий», к.м.н.

О.Г. Римар — младший научный сотрудник научного клинического отдела ФГУ «Уральский научно-исследовательский институт дерматовенерологии и иммунопатологии Росмедтехнологий»

Проведен анализ ответов руководителей кожно-венерологических учреждений на стандартизованную анкету по вопросам регистрации больных злокачественными лимфомами кожи (ЗЛК), диспансерному наблюдению, диагностике, терапии пациентов, взаимодействию со смежными специалистами. Выявлены недостатки и сложности в организации оказания специализированной медицинской помощи больным ЗЛК на территориях Российской Федерации, разработаны перспективные направления совершенствования помощи больным ЗЛК.

Ключевые слова: злокачественные лимфомы кожи, заболеваемость, диагностика, лечение, организация, оказание медицинской помощи.

The authors analyzed the responses from directors of dermatovenerology institutions to a standardized questionnaire with questions about recording patients with malignant cutaneous lymphomas, follow-up care, diagnostics, treatment of patients, cooperation with experts in allied fields. They also revealed defects and problems in the organization of specialized medical aid for patients with malignant cutaneous lymphomas in the territory of the Russian Federation, and developed prospective methods for improvement of aid rendered to patients with malignant cutaneous lymphomas.

Key words: malignant cutaneous lymphomas, morbidity rate, diagnostics, treatment, organization, provision of medical aid.

Проблема своевременной диагностики и эффективного лечения злокачественных лимфом кожи (ЗЛК), как и других новообразований, является одной из наиболее актуальных проблем медицины, затрагивает многие аспекты жизни общества и поэтому имеет статус государственной [1—4]. Злокачественные Т-клеточные лимфомы кожи (Т-ЗЛК) составляют подавляющее большинство из диагностируемых ЗЛК, достигая, по данным разных авторов, от 65 до 90% от всех зарегистрированных случаев [5, 6]. Т-ЗЛК относятся к наиболее тяжелым пролиферативным заболеваниям кожи с прогрессирующим течением и неблагоприятным прогнозом. Актуальность обращения к проблеме ЗЛК определяется отсутствием достоверных дан-

ных о заболеваемости на территориях Российской Федерации, объективной сложностью диагностики на ранних стадиях развития заболевания; сложностью проведения терапии, что подчас связано с отсутствием взаимодействия с онкологами и гематологами, а также с отсутствием современных организационных решений по осуществлению специализированной помощи больным ЗЛК [2, 7, 8].

По данным литературы, заболеваемость ЗЛК в мире варьирует от 0,3 до 1,18 на 100 000 населения и продолжает увеличиваться, а в США, по данным эпидемиологических исследований, количество вновь диагностируемых ЗЛК за последние 30 лет увеличилось в 3 раза [9, 10]. Доступные источники научных публикаций позволяют сравнить фактические данные о регистрации ЗЛК в различные временные интервалы в отдельных странах мира (табл. 1).

Представленные в табл. 1 данные свидетельствуют об увеличении относительных показателей годичной регистрации новых случаев Т-ЗЛК в США и европейских странах, при этом заболеваемость за последнее десятилетие возросла в 1,5—2,0 раза.

Изучение заболеваемости ЗЛК (Т-ЗЛК) населения России по стандартизованным данным затруднено из-за неполноценности существующей системы статистического учета. Так, в статистических отчетных формах (основанных на использовании МКБ 10) ЗЛК подлежат учету в общем разделе злокачественных новообразований (С00-С97), в рубрике злокачественных новообразований лимфатической и кровяной ткани (С81—С96) и в группе злокачественных лимфом (С84), где первичные кожные лимфомы регистрируются вместе с другими периферическими лимфомами. Таким образом, существующая система статистического учета позволяет судить о заболеваемости ЗЛК лишь косвенным путем, основываясь на динамике изменений всей группы злокачественных новообразований лимфоидной ткани.

В связи с этим сведения, касающиеся распространенности ЗЛК в Российской Федерации, базируются на данных госпитализируемой заболеваемости и учета диспансерных больных в кожно-венерологических учреждениях (КВУ) различного уровня и специализированных дерматологических клиниках. В работе Е.М. Лезвинской и соавт. [7] при анализе динамики заболеваемости ЗЛК в Московской области указано на ее волнообразный характер: снижение в 1980-е годы и подъем в 1990-е годы. Так, диапазон ежегодных колебаний среднего интенсивного показателя заболеваемости за период 1978—1998 гг. составил от 0,14 до 0,33 на 100 000 населения.

В группе больных Т-ЗЛК подавляющее большинство составляют больные грибковидным микозом-ГМ (93,0%), в остальных случаях диагностируются редко встречаемые формы, например, лимфоматоидный папулез и др. [16, 17]. Важно подчеркнуть, что, по мнению большинства авторов, случаи наблюдения больных с эритродермическим вариантом течения ГМ являются далеко не единичными, а составляют от 17,3 до 45,2% от всех случаев [7, 18].

Научные исследования последнего десятилетия дополнили знания о ЗЛК новыми данными и позволили разработать современную классификацию заболевания, известную под названием «WHO/EORTC 2006» — классификация ВОЗ/Европейской организации исследования и терапии рака, в которой четко представлены возможные виды Т-ЗЛК: грибковидный микоз и его варианты — фолликулотропный, педжетоидный и по типу «гранулематозной вялой кожи», а также синдром Сезари и другие редкие формы ЗЛК [6, 19].

Обсуждая проблему диагностики ЗЛК, многие исследователи признают объективные трудности создавшегося положения: с одной стороны, неспецифичность первичных кожных проявлений, что делает их мало отличимыми от проявлений при хронических дерматозах, с другой — наличие категории больных, у которых высыпания позволяют заподозрить или даже клинически диагностировать ЗЛК, но на этом этапе развития заболевания данные гистоморфологических исследований малоинформативны и часто носят только предпочтительный характер относительно наличия ГМ, что требует повторных исследований кожи в динамике наблюдения [1, 20, 21]. Именно поэтому в литературе приводятся данные о необходимости создания групп диспансерного наблюдения подобных пациентов, находящихся в категории «подозрение на наличие ЗЛК».

Таблица 1

Заболеваемость Т-ЗЛК (в среднем в течение 1 года)

Источник	Страна	Период наблюдения, годы	Количество случаев на 100 000 населения в год
V. Criscione, M. Weinstock A. [4]	США	1995—1999	0,49
		2000—2003	0,71—0,87
M. Weinstock, J. Horm [11]	США	1985—1989	0,36
P. Bradford [10]	США	2001—2005	0,41—0,77
M. Riou-Gotta и соавт. [12]	Франция	1980—1984	0,21
		2000—2003	0,57
L. Vakeva и соавт. [13]	Финляндия	1997—1999	1,75
M. Saunes, T. Lund Nilsen [14]	Норвегия	1980—1984	0,16
		2000—2003	0,29
A. Stang и соавт. [15]	Германия	1998—2002	0,32—0,6

Сложности в диагностике ГМ определяют высокую продолжительность преддиагностического периода (от момента первых клинических проявлений до окончательной морфологической верификации): у больных с классическим течением ГМ — до 5 лет, при эритродермической форме Т-ЗЛК — до 1,5—2,0 лет [22—24]. Длительное время пациенты наблюдаются с диагнозом «эритродермия неясного генеза» или другими дерматологическими диагнозами (атопический дерматит, экзема, псориаз).

Терапевтическая тактика ведения больных с установленными диагнозами ЗЛК описана в Клинических рекомендациях, изданных в 2008 г. [25], а в отношении ГМ при оказании специализированной, стационарной помощи определена «Стандартом медицинской помощи больным с грибовидным микозом» (утвержден приказом МЗиСР № 855 от 15.12.2006 г.), при оказании амбулаторно-поликлинической помощи — «Стандартом медицинской помощи больным с кожной Т-клеточной лимфомой» (утвержден приказом МЗиСР № 804 от 26.12.2007 г.). В то же время вопросы организации специализированной дерматологической помощи больным ЗЛК в последние годы остаются без должного внимания и недостаточно освещены в научной печати.

Учитывая изложенное, нами было проведено изучение состояния работы КВУ различного уровня по вопросам диагностики, лечения и диспансерного наблюдения больных ЗЛК (учитывая преобладание в структуре Т-ЗЛК), конечной целью которого являлись научное обоснование и разработка рекомендаций по совершенствованию специализированной медицинской помощи больным ЗЛК, оказываемой в КВУ на территории Российской Федерации.

С целью получения фактических данных была разработана стандартизованная анкета для руководителей КВУ, содержащая 24 вопроса по разделам регистрации больных ЗЛК, диспансерному наблюдению, диагностике, терапии пациентов, взаимодействию со специалистами смежных профессий (онкологами и гематологами). Полученные ответы на вопросы анкеты послужили материалом для формирования табличной базы данных (Microsoft Office 2003 с использованием обработчика баз данных — Access

2003). Проведен контекстный, экспертный и статистический анализ материалов, полученных из 35 КВУ, расположенных на территории 4 федеральных округов (ФО) Российской Федерации: Уральского (УФО), Сибирского (СФО), Дальневосточного (ДФО), Приволжского (ПФО), включая республики Хакасия, Алтай, Тыва, Саха-Якутия; края — Алтайский, Красноярский, Хабаровский, Приморский, Пермский; 18 областных КВД и 8 городских (муниципальных) КВУ.

Установлено, что больные ЗЛК регистрируются и состоят на диспансерном учете только в 11 (31,4%) из 35 КВУ, в остальных обследованных КВУ диагностика ЗЛК и диспансерный учет больных не проводятся. По данным анкет, диспансерная работа с больными ЗЛК проводится лишь в 50,0% республиканских КВД, в 60,0% краевых КВД и лишь в 33,3% областных КВД. На территории УФО все субъектовые КВД сообщили о наличии диспансерного наблюдения за больными ЗЛК, в СФО — 66,7% от всех КВУ, в ДФО — 50,0%.

Общее число пациентов с ЗЛК, находящихся на диспансерном учете в КВУ в период 2007—2008 гг., суммированное по территориям ФО, представлено в табл. 2.

Установлены крайне низкие показатели учета больных ГМ, полностью отсутствует учет больных синдромом Сезари на территориях, население которых исчисляется несколькими миллионами жителей. В то же время известно, что ежегодная регистрируемая заболеваемость ЗЛК в развитых странах приближается к показателю 1:100 000 населения, а с учетом установленного в РФ уровня заболеваемости и доли ЗЛК в группе всех злокачественных заболеваний лимфоидной ткани (С82—85, 96) можно ожидать, что на анализируемых территориях ФО ежегодно могут заболеть ЗЛК от 30 до 100 пациентов, а в целом по РФ — до 450—500 больных в год. В США, по данным 16 региональных регистров больных ЗЛК (Surveillance, Epidemiology and End Results — SEER), охватывающим более ¼ всего населения страны, за период с 2001 г. по 2005 г. было диагностировано 3884 случая различных форм лимфопролиферативных злокачественных заболеваний кожи [10]. Даже при вышеприведенных минимальных показателях регистрации больных ЗЛК на тер-

Таблица 2

Диспансерное наблюдение больных ЗЛК на территориях РФ (2007—2008 гг.)

	УФО	СФО	ДФО	ПФО	Всего в 4 ФО
Периферические и кожные лимфомы (С.84)	17/17	1/3	3/10	2/5	23/35
Грибовидный микоз (С.84.0)	19/21	4/5	3/5	2/5	28/36
Синдром Сезари (С.84.1)	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0
Стационарное лечение больных ЗЛК	25/37	9/13	5/11	3/10	42/71

риториях отмечается отчетливая динамика увеличения случаев ЗЛК во всех ФО в 2008 г. по сравнению с 2007 г. Например, число случаев ГМ увеличилось на 28,6%. При ответе на вопрос о стационарном лечении больных ЗЛК были представлены данные, свидетельствующие о значительно большем числе пациентов (42 — в 2007 г. и 71 — в 2008 г.), получавших лечение по поводу ЗЛК в КВУ. При этом кратность терапии составила от 1 до 3 раз в течение года, а длительность госпитального этапа лечения — от 15 до 43 койко-дней.

Анализ ответов на вопросы о применяемых диагностических подходах у больных ЗЛК представлен в табл. 3.

Практически во всех КВУ при постановке диагноза учитываются анамнестические и клинические данные, в большинстве учреждений (75,0—100%) проводится гистологическое исследование кожи, однако следует отметить, что, по данным онкологов, общий показатель морфологической верификации злокачественных заболеваний лимфатической ткани в 2007—2008 гг. достигал 95,6—96,2% [26, 27]. Крайне редко (только в 12,5—30,0% случаев) в диагностике ЗЛК используется метод иммунофенотипирования биоптата кожи (ИФТ). Установлено, что в 40,0% случаев гистологические исследования для уточнения диагноза ЗЛК проводятся в лабораториях онкологических учреждений, в 23,3% — в пато-

морфологических лабораториях областных и муниципальных больниц или диагностических центров, в 13,4% — на кафедрах патологической анатомии медицинских вузов, в 10,0% — в лабораториях КВУ, в 13,3% — в ФГУ «ГНЦД Росмедтехнологий» или ФГУ «УрНИИДВиИ Минздравсоцразвития».

В целях выявления причин низкого уровня диагностики ЗЛК или полного ее отсутствия все территории были кластеризованы на те, «где ЗЛК есть», и те, «где ЗЛК нет», установлены факторы, определяющие данную ситуацию (табл. 4).

Выявлено, что в территориальных КВУ, где диагностика ЗЛК и диспансерное наблюдение больных не проводится, более низкая укомплектованность специалистами, работает в 1,8 раза меньше врачей, имеющих высшую квалификационную категорию, а в консультативной работе в 1,7 раза реже участвуют научно-медицинские кадры. Частота направлений на гистологические исследования кожи и непосредственно для дифференциальной диагностики ЗЛК, в том числе с использованием ИФТ, на данных территориях была значительно ниже, реже осуществлялось взаимодействие со специалистами смежных дисциплин, повсеместно отсутствовали группы диспансерного наблюдения пациентов с подозрением на наличие ЗЛК.

Примером оптимизированного подхода к диагностике ЗЛК является использование в клинике

Таблица 3

Частота (в %) использования диагностических подходов у больных ЗЛК на территориях ФО Российской Федерации

При постановке диагноза учитываются:	УФО	СФО	ДФО	ПФО
Анамнестические и клинические данные	100	100	100	100
Гистологическое исследование кожи	100	81,8	75,0	100
Иммунофенотипирование биоптата кожи	30,0	27,3	12,5	12,5

Таблица 4

Факторы, определяющие низкий уровень диагностики ЗЛК в КВУ

Показатель	Территории, «где ЗЛК есть»	Территории, «где ЗЛК нет»
Укомплектованность врачами-дерматовенерологами, %	94,0	81,3
Доля врачей высшей категории, %	44,8	25,3
Консультации дерматологов к.м.н., д.м.н., %	83,3	50,0
Количество гистологических исследований в год	317/339	12/15
Количество гистологических исследований для исключения ЗЛК	50/59	6/8
ИФТ биоптата кожи, %	36,4	8,0
Наличие диспансерной группы больных ЗЛК	30,0	4,2
Консультации гематолога, %	91,7	35,7
Консультации онколога, %	100	50

ФГУ «УрНИИДВиИ Минздравсоцразвития» утвержденных медицинских технологий «Клинико-лабораторная диагностика злокачественных лимфом кожи» (Регистрационное удостоверение № ФС- 2006/299-У от 26.10.2006 г.) и «Дифференциальная диагностика эритродермической формы грибовидного микоза и других эритродермий» (Регистрационное удостоверение № ФС-2008/125 от 19.06.2008 г.)

В базе данных ФГУ «УрНИИДВиИ» имеются сведения более чем о 300 пациентах, у которых диагностика ЗЛК и терапия были проведены в клинике института за период с 1997 г. по 2007 г. Результаты диагностической работы за последние 2 года представлены в табл. 5.

В течение 2008—2009 гг. в гистологической лаборатории ФГУ «УрНИИДВиИ Минздравсоцразвития» проведены гистологические исследования 163 биоптатов кожи, а также осуществлена экспертиза 19 гистологических препаратов, полученных из территорий РФ. С целью постановки диагноза ЗЛК исследованы 64 образца кожи с преобладанием направительных диагнозов «эритродермия неясной этиологии» (65,6%). Из этого числа у 5 (11,9%) больных эритродермическая форма ЗЛК была подтверждена как морфологически, так и с использованием иммуногистохимического исследования. У 81,9% пациентов были найдены до-

стоверные морфологические признаки хронических дерматозов, а у 3 больных постановка окончательного диагноза была затруднена, однако эритродермическая форма ЗЛК не полностью исключалась, что требовало повторного гистологического исследования кожи.

Среди больных, направленных на гистологическое исследование с папулезно-бляшечными и/или опухолевыми очагами, выявлен случай гистиоцитарной саркомы, у 3 больных установлен диагноз псевдолимфомы (Т- и В-клеточного характера). Впервые диагностировано 6 случаев ГМ, лимфоматоидного папулеза, CD30+ крупноклеточной анапластической лимфомы. Все случаи диагностированных ЗЛК подтверждены результатами иммуногистохимических исследований.

Отечественными и зарубежными клиническими рекомендациями определен необходимый комплекс диагностических исследований для уточнения стадии ЗЛК, вовлеченности в процесс внутренних органов, состояния иммунной системы [20]. Данные анкетирования показали, что такого рода исследования возможны в общетерапевтической сети и у специалистов-онкологов, однако доступность их ограничена такими факторами, как удаленность учреждений, необходимость предварительной записи, длительное ожидание, в отдельных случаях — взимание платы за исследования. С подобными про-

Таблица 5

Диагностика ЗЛК в ФГУ «УрНИИДВиИ Минздравсоцразвития» за 2008—2009 гг.

Показатель	Число обследованных	% соотношение
Обследовано больных эритродермиями неясного генеза	42	65,6 (от всех обследованных)
Установлен диагноз:		
Эритродермии, обусловленные хроническими дерматозами	34	81,9
Диагноз ЭФЗЛК не исключен	3	7,1
ЭФЗЛК	5	11,9
Обследовано больных с папулезно-бляшечными и/или опухолевыми очагами	22	34,4 (от всех обследованных)
Установлен диагноз:		
Хронические дерматозы	10	45,5
Псевдолимфомы	3	13,6
Гистиоцитарная саркома	1	4,5
ЗЛК	8	36,4
в том числе:		
ГМ I—III стадии	6	75,0 от всех ЗЛК
CD30+ крупноклеточная анапластическая лимфома	1	12,5 от всех ЗЛК
лимфоматоидный папулез	1	12,5 от всех ЗЛК

Примечание. ЭФЗЛК — эритродермическая форма ЗЛК.

блемами пациенты сталкиваются и при необходимости консультирования у гематологов. В ряде случаев, напротив, отмечается неоправданное направление больных с ранними стадиями ЗЛК на лечение в отделения химиотерапии и гематологии с применением протоколов полихимиотерапии, тогда как высокая клиническая эффективность может быть достигнута в условиях стационаров КВУ при использовании фотохимиотерапии (в том числе комбинированной), системных и топических глюкокортикостероидов (ГКС), интерферонотерапии, проспидинотерапии.

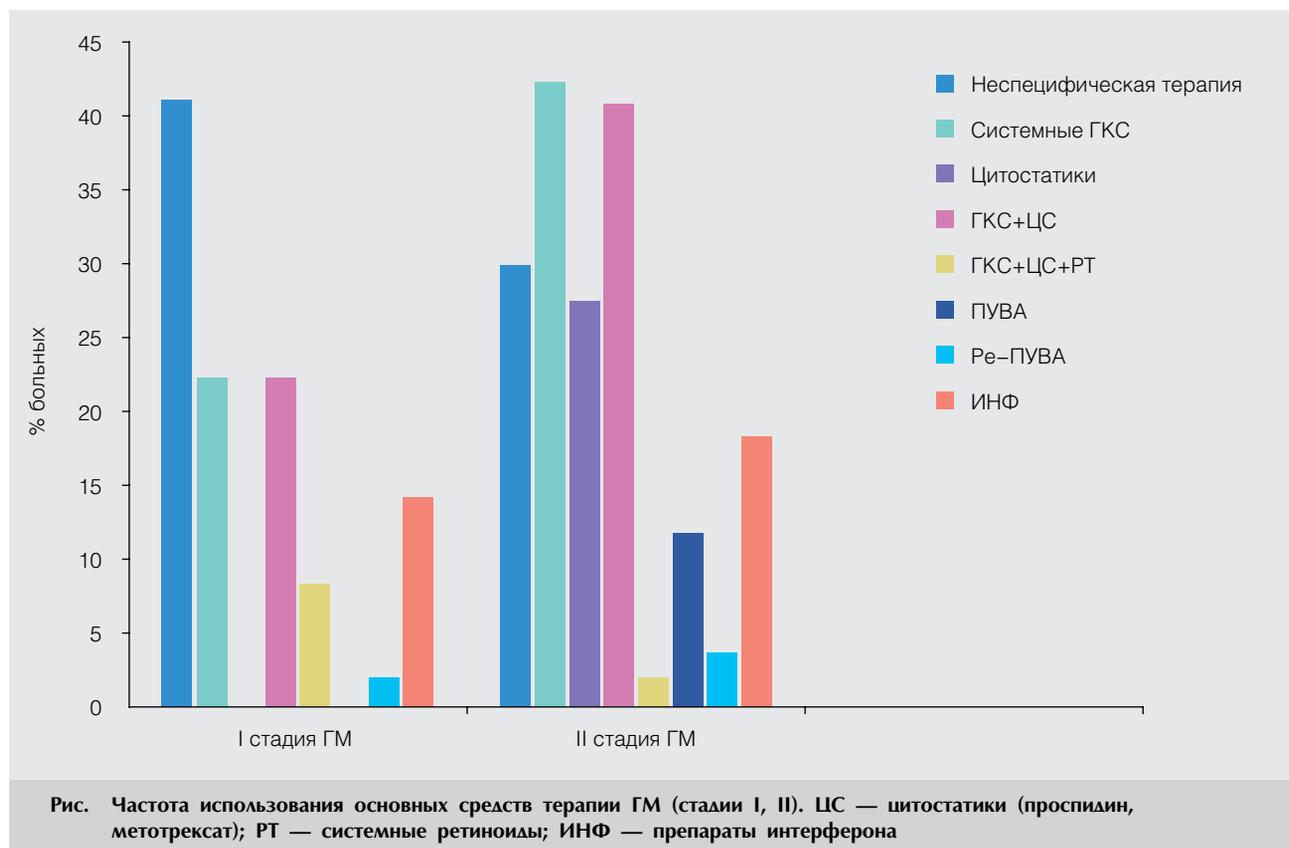
Обобщенные сведения о применяемых в территориальных КВУ методах лечения ЗЛК, в частности I и II стадий ГМ, представлены на рисунке.

Терапия I стадии ГМ осуществляется преимущественно неспецифическими средствами (в 41,1% случаев), системными ГКС и цитостатиками (22,3%), у 14,2% больных используются препараты интерферона. При II стадии ГМ доля применения неспецифических средств снижается, 42,3% больных назначаются системные ГКС, 40,8% — сочетанная терапия системными ГКС и цитостатиками, 11,7% — ПУВА-терапия, 18,3% — лечение препаратами интерферона. Анализ данных свидетельствует, что в целом проводимая терапия соответствует имеющимся стандартам, однако при ранних стадиях ГМ необоснованно редко используется

ПУВА-терапия, практически не применяется комбинация ПУВА-терапии с ретиноидами, препаратами интерферона, дерматотропными цитостатиками, недостаточно назначаются препараты интерферона, не проводится лечение такими методами, как электронно-лучевая и фотодинамическая терапия, экстракорпоральный фотоферез.

Дополнительные данные, полученные от руководителей территориальных КВУ, показывают, что в отдельных областях остается нерешенным вопрос об оплате территориальными фондами ОМС случаев госпитализации больных с подозрением на ЗЛК для проведения диагностических процедур, случаев лечения больных ГМ I—II стадии в специализированных дерматологических стационарах. Вместе с тем имеются сведения об отказах в проведении лечения больным ЗЛК в профильных онкологических или гематологических отделениях. Значительные сложности представляет материальное обеспечение приобретения препаратов для госпитального лечения больных ЗЛК вследствие их высокой стоимости, а также невозможность обеспечения необходимыми лекарствами (системные ГКС, ретиноиды, интерфероны) для длительной амбулаторной терапии.

В то же время анализ отечественных и мировых научных данных, опыт работы ФГУ «УрНИИДВиИ



Минздравсоцразвития» свидетельствуют, что терапия и диагностика ранних стадий ЗЛК могут проводиться в КВУ, а лечение пациентов с III—IV стадией ЗЛК, при которых показана полихимиотерапия, электронно-лучевая и рентгенотерапия, — в учреждениях онкологического профиля. Отмечено, что в Российской Федерации не проводятся многие методы терапии ЗЛК с доказанной эффективностью, с применением таких лечебных средств, как nitrogen mustard, carmustine, bexarotene, denileukin diftitox, vorinostat, нет достаточного количества аппаратов для проведения экстракорпорального фотофереза.

Заключение

Проведенные исследования выявили недостатки и сложности в организации оказания специализированной медицинской помощи больным ЗЛК на территориях Российской Федерации.

- Установлены низкий уровень регистрации ЗЛК в территориальных КВУ (31,4%), полное отсутствие диагностированных случаев в 68,6% учреждений; недостаточная организация диспансерного наблюдения группы больных ЗЛК.
- Выявлены факторы, определяющие неудовлетворительный уровень диагностирования ЗЛК, в том числе на ранних стадиях развития заболевания: недостаточное кадровое и ресурсное обеспечение, низкая диагностическая активность, трудности во взаимодействии со специалистами смежных профессий.
- Установлены низкая терапевтическая активность специалистов, недостаточное использование стандартных и выполнимых в КВУ методов патогенетической терапии ЗЛК (ПУВА-терапия, системные ретиноиды, интерфероны, экстракорпоральный фотоферез), что часто имеет объективные причины.

Вместе с тем в проекте «Порядка оказания специализированной медицинской помощи больным дерматовенерологического профиля» предусматривается лечение и диспансерное наблюдение больных ЗЛК в КВУ. Проведенный анализ позволяет наметить ряд перспективных направлений совершенствования помощи больным ЗЛК:

- повышение уровня диагностической работы, в том числе с максимальным использованием морфологических и иммуноморфологических методов исследования, внедрение молекулярно-генетических методов диагностики ранних стадий ЗЛК;
- оптимизация терапии ЗЛК на ранних стадиях развития заболевания в учреждениях дерматовенерологического профиля с использованием всего спектра доступных фармако- и физиотерапевтических методов;
- разработка четких рекомендаций по диспансерному наблюдению и ведению больных ЗЛК

и групп пациентов с подозрением на развитие ЗЛК;

- разработка и научное обоснование новых организационных технологий, позволяющих сократить преддиагностический период, повысить результативность лечения на ранних стадиях заболевания, улучшить качество жизни и выживаемость больных;
- разработка тематических программ последипломного образования по вопросам диагностики, лечения и диспансерного наблюдения больных ЗЛК, основанных на современных доказательных научных данных;
- научное обоснование и разработка способов диагностики и терапии ЗЛК в формате новых медицинских технологий, методических рекомендаций, пособий для врачей;
- научное обоснование и подготовка предложений для принятия управленческих решений, регламентирующих и обеспечивающих взаимодействие со специалистами смежных профессий — онкологами и гематологами;
- подготовка предложений по разработке Российских клинических рекомендаций по диагностике и лечению ЗЛК под эгидой РОДВ (Российского общества дерматовенерологов).

Литература

1. Вавилов А.М., Самсонов В.А., Димант Л.Е. и др. Иммуноморфологические исследования Т-лимфоцитов в коже больных псориазом. *Вестн. дерматол. и венерол.* 2000; 4: 4—5.
2. Ястребов В.В., Разнатовский И.М. Лимфомы кожи. Урогенитальная герпесвирусная инфекция. Санкт-Петербург: Сотис. 2000; 185.
3. Писклакова Т.П. Пути повышения эффективности оказания дерматоонкологической помощи населению пожилого и старческого возраста. *Рос. журн. кожн. и венерич. болезней.* 2003; 6: 49—51.
4. Criscione V.D., Weinstock M.A. Incidence of Cutaneous T-Cell Lymphoma in the United States, 1973—2002. *Arch Dermatol.* 2007; 143 (7): 854—859.
5. Ламоткин И.А. Типы клинического течения грибовидного микоза. *Междунар. мед. журн.* 2001; 5: 427—428.
6. Знаменская Л.Ф., Катунина О.Р., Яковлева С.В. Первичные лимфомы кожи. *Вестн. дерматол. и венерол.* 2009; 3: 25—37.
7. Лезвинская Е.М., Молочков В.А., Ларина Н.К. Заболеваемость злокачественными лимфомами кожи в Московской области и пути совершенствования лечебно-диагностической помощи больным. *Рос. журн. кожн. и венерич. болезней.* 2000; 4: 12—17.
8. Willemze R., Dreyling M. Primary cutaneous lymphoma: ESMO Clinical Recommendations for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology.* 2009; 20 (4): 115—118.
9. Weinstock M.A., Reynes J.F. The changing survival of patients with mycosis fungoides: a population-based assessment of trends in the US. *Cancer.* 1999; 85 (1): 208—212.
10. Bradford P.T., Devesa S.S., Anderson W. F. Cutaneous lymphoma incidence patterns in the United States: a population-based study of 3884 cases. *Blood.* 2009; 113 (21): 5064—5073.
11. Weinstock M.A., Horm J.W. Mycosis Fungoides in the United States. Increasing incidence and descriptive epidemiology. *JAMA.* 1988; 260: 42—46.
12. Riou-Gotta M.O., Fournier E., Mermet E. et al. Primary cutaneous lymphomas: A population-based descriptive study of 71 consecutive cases diagnosed between. 1980 and 2003. *Leukemia & Lymphoma.* 2008; 49(8): 1537—1544.

13. Vakeva L., Pukkala E., Ranki A. Increased risk of secondary cancers in patients with primary cutaneous T-cell lymphoma. *J. Investigative Dermatol.* 2000; 115(1): 62–65.
14. Saunes M., Nilsen T.I. L., Johannesen T.B. Incidence of primary cutaneous T-cell lymphoma in Norway. *Br. J. Dermatol.* 2009; 160: 376–379.
15. Stang A., Streller B., Katalinic A., et al. Incidence of Skin Lymphoma in Germany. *Ann. Epidemiol.* 2006; 16 (3): 214–222.
16. Кохан М.М., Куклин И.А. Эпидемиологические аспекты заболеваемости злокачественными лимфомами кожи. *Болезни кожи. Инфекции, передаваемые половым путем: Сб. науч. трудов Иркутского государственного медицинского университета.* 2001; 91–94.
17. Кунгуров Н.В., Кохан М.М., Сазонов С.В. и др. Алгоритмы клиничко-лабораторной диагностики злокачественных лимфом кожи. *Вестн. дерматол. и венерол.* 2002; 6: 16–19.
18. Куклин И.А., Кохан М.М. Клиничко-лабораторная диагностика злокачественных лимфом кожи. *Здравоохранение Урала.* 2003; 4: 9–13.
19. Willemze R., Jaffe E.S., Burg G., et al. WHO-EORTC classification for cutaneous lymphomas. *Blood* 2005; 105 (10): 3768–3785.
20. Овсянникова Г.В., Лезвинская Е.М. Злокачественные лимфомы кожи. *Consilium medicum.* 2005; 7 (1).
21. Pimpinelli N. Cutaneous lymphomas. *J EADV.* 2004; 18 (2): 67–68.
22. Кунгуров Н.В., Герасимова Н.М., Кохан М. М. и др. Пути совершенствования специализированной помощи больным дерматозами. *Вестн. дерматол. и венерол.* 2002; 4: 35–37.
23. Молочков В.А., Шумский В.И. Дерматоонкология: проблемы и перспективы. *Альманах клинической медицины.* 2006; 9: 13–20.
24. Delfau-Larue M., Laroche L., Wechsler J., et al. Diagnostic value of dominant T-cell clones in peripheral blood in 363 patients presenting consecutively with a clinical suspicion of cutaneous lymphoma. *Blood.* 2000; 96 (9): 2987–2992.
25. Клинические рекомендации. *Дерматовенерология.* Под ред. А.А. Кубановой. М.: ДЭКС-Пресс, 2008: 42–50.
26. Под ред. В.И. Чиссова, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. *Состояние онкологической помощи населению России в 2007 г.* М.: ФГУ «МНИОИ им. П.А. Герцена Росмедтехнологий», 2009: 184.
27. Под ред. В.И. Чиссова, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. *Состояние онкологической помощи населению России в 2008 г.* М.: ФГУ «МНИОИ им. П.А. Герцена Росмедтехнологий», 2009: 192.

ЭГАЛЛОХИТ®

**Заживление
без рубцов и воспаления!**

**Улучшает эпителизацию
и предотвращает образование
патологических рубцов
после любых
повреждений кожи**

30 г ЭГАЛЛОХИТ®

30 г ЭГАЛЛОХИТ®

Телефон горячей линии:
8-500-555-55-82
Звонок по России бесплатный

MIRAX
PHARMIA

ЗАО «МираксФарма»
121059, Москва, ул. Брянская, д. 5
Тел. + 7 (495) 721 20 58
www.mirax-pharma.ru
www.egalohit.ru