DOI: 10.47407/kr2026.7.9.00p4574

Оригинальная статья

Проблемы дифференциальной диагностики доброкачественных и злокачественных новообразований кожи

Д.И. Корабельников[1], И.А. Ламоткин[1,2,3], А.И. Ламоткин[1]✉

[1]АНО ДПО «Московский медико-социальный институт им. Ф.П. Гааза», Москва, Россия;
[2]ФГБУ «Главный военный клинический госпиталь им. акад. Н.Н. Бурденко» Минобороны России, Москва, Россия;
[3]ФГБОУ ВО «Российский биотехнологический университет (РОСБИОТЕХ)» Минобрнауки России, Москва, Россия
✉*lamotkin.an@yandex.ru*

Аннотация
Цель. Выполнить анализ научной литературы и собственного опыта для изучения проблем дифференциальной диагностики доброкачественных и злокачественных новообразований кожи, систематизировать их и разработать классификацию.
Материалы и методы. Выполнен анализ литературных источников, включенных в базы данных PubMed/MEDLINE, Scopus, Google Scholar, OpenAlex, eLibrary, КиберЛенинка, а также находящихся в Российской государственной библиотеке и Государственной центральной научной медицинской библиотеке. Поиск полнотекстовых публикаций проводился по ключевым словам и выражениям: в русскоязычном сегменте – «трудности диагностики» ИЛИ «сложности диагностики» ИЛИ «проблемы диагностики» И «новообразования кожи» ИЛИ «опухоли кожи» ИЛИ «рак кожи», в англоязычном сегменте – "diagnostic difficulties" OR "diagnostic problems" OR "complicated diagnostic" AND "skin neoplasms" OR "skin tumors" OR "skin cancer". Использовались также собственные данные.
Результаты. Глубина поиска научной литературы составила 10 лет (2017–2026 гг.). По результатам первичного поискового запроса было идентифицировано 545 публикаций. После удаления дублирующихся источников, скрининга заголовков и аннотаций и оценки полных текстов на соответствие критериям включения в итоговый анализ было отобрано 32 литературных источника, из них 22 в русскоязычном и 10 в англоязычном сегменте. Проблемы систематизированы, предложена классификация. К проблемам дифференциальной диагностики доброкачественных и злокачественных новообразований кожи относятся объективные трудности: 1) трудности визуальной диагностики новообразований кожи; 2) трудности морфологической диагностики новообразований кожи; 3) субъективность методов клинического исследования новообразований кожи; 4) недостаточное санитарно-гигиеническое просвещение населения и поздняя обращаемость пациентов с новообразованиями кожи; а также субъективные сложности дифференциальной диагностики: 1) большое разнообразие нозологических форм новообразований кожи; 2) нарушения организации диагностики новообразований кожи.
Заключение. В Российской Федерации необходимо усилить санитарно-гигиеническое просвещение населения относительно злокачественных новообразований кожи и повышать компетенции врачей-специалистов первичного звена здравоохранения для эффективной диагностики доброкачественных и злокачественных опухолей кожи, используя программы повышения квалификации, а также оптимизировать маршрутизацию выявленных пациентов.
Ключевые слова: проблемы диагностики, трудности диагностики, сложности диагностики, доброкачественные опухоли кожи, злокачественные опухоли кожи, меланома кожи, рак кожи.
Для цитирования: Корабельников Д.И., Ламоткин И.А., Ламоткин А.И. Проблемы дифференциальной диагностики доброкачественных и злокачественных новообразований кожи. *Клинический разбор в общей медицине.* 2026; 7 (9) 141–146. DOI: 10.47407/kr2026.7.9.00p4574

Original Article

Problems of differential diagnosis of benign and malignant skin tumors

Daniil I. Korabelnikov[1], Igor A. Lamotkin[1,2,3], Andrei I. Lamotkin[1]✉

[1]Moscow Haass Medical and Social Institute, Moscow, Russia;
[2]Burdenko Main Military Clinical Hospital, Moscow, Russia;
[3]Medical Institute of Continuing Education, Russian Biotechnological University, Moscow, Russia
✉*lamotkin.an@yandex.ru*

Abstract
Objective. Perform an analysis of scientific literature and own experience to study the problems of differential diagnosis of benign and malignant skin neoplasms, systematize them and develop a classification.
Materials and methods. The analysis of literary sources included in the databases PubMed/MEDLINE, Scopus, Google Scholar, OpenAlex, eLibrary, CyberLeninka, as well as located in the Russian State Library and the State Central Scientific Medical Library. Full-text publications were searched by keywords and expressions: in the Russian-language segment – "трудности диагностики" OR "сложности диагностики" OR "проблемы диагностики" AND "новообразования кожи" OR "опухоли кожи" OR "рак кожи", in the English-language segment – "diagnostic difficulties" OR "diagnostic problems" OR "complicated diagnostic" AND "skin neoplasms" OR "skin tumors" OR "skin cancer". Own data was also used.
Results. The depth of the scientific literature search was 10 years (2017–2026). According to the results of the initial search query, 545 publications were identified. After removing duplicate sources, screening titles and annotations, and evaluating full texts for compliance with the criteria for inclusion in the final analysis, 32 literary sources were selected, 22 of them in the Russian-speaking and 10 in the English-speaking segment. The problems are systematized, a classification is proposed. Objective difficulties are among the problems of differential diagnosis of of benign and malignant skin tumors: 1) difficulties in visual diagnosis of skin neoplasms; 2) difficulties in morphological diagnosis of skin neoplasms;

3) subjectivity of clinical research methods for skin neoplasms; 4) insufficient sanitary and hygienic education of the population and late treatment of patients with skin neoplasms; as well as subjective difficulties – complicated differential diagnosis: 1) a wide variety of nosological forms of skin neoplasms; 2) violations of the organization of the diagnosis of skin neoplasms.
Conclusion. In the Russian Federation it is necessary to strengthen the sanitary and hygienic education of the population regarding malignant neoplasms of the skin and to increase the competence of specialist doctors for primary health care who could effectively diagnose benign and malignant skin tumors using advanced training programs, as well as optimize the routing of identified patients.
Keywords: diagnostic problems, diagnostic difficulties, complicated diagnostic, benign skin tumors, malignant skin tumors, skin melanoma, skin cancer.
For citation: Korabelnikov D.I., Lamotkin I.A., Lamotkin A.I. Problems of differential diagnosis of benign and malignant skin tumors. *Clinical review for general practice.* 2026; 7 (9): 141–146 (In Russ.). DOI: 10.47407/kr2026.7.9.00p4574

Введение

В настоящее время во всем мире, включая Российскую Федерацию, отмечается рост заболеваемости злокачественными новообразованиями (ЗНО) кожи. Наиболее распространенными среди них является базальноклеточный рак кожи. Этот рак наиболее распространен среди ЗНО кожи у представителей европеоидной расы [1]. Второе место в мире по количеству случаев ЗНО кожного покрова занимает плоскоклеточный рак кожи. Он составляет от 20 до 50% среди всех ЗНО кожи [2, 3]. Доля меланомы кожи среди злокачественных опухолей кожного покрова составляет 1%, однако на нее приходится около 80% смертей от ЗНО кожи [4, 5]. По уровню смертности, продолжительности жизни с инвалидностью и годам жизни в состоянии нетрудоспособности меланома, базальноклеточный и плоскоклеточный раки кожи уступают только сердечно-сосудистым заболеваниям [6].

В Российской Федерации также продолжается ежегодное увеличение числа новых случаев ЗНО кожи. В 2024 г. было выявлено 77 794 новых случая злокачественных кератиноцитарных/эпидермальных опухолей кожи и 12 135 новых случаев меланомы кожи. Кроме того, в 2024 г. в 17,9% случаях диагноз меланомы кожи был установлен на IV стадии [7]. Для своевременной диагностики ЗНО кожи врачу-специалисту важно уметь проводить качественную дифференциальную диагностику между доброкачественными и ЗНО кожного покрова.

Актуальным представляется изучение проблем дифференциальной диагностики ЗНО кожи и совершенствование их дифференциальной диагностики с доброкачественными новообразованиями (ДНО) кожи.

Цель. Выполнить анализ научной литературы и собственного опыта для изучения проблем дифференциальной диагностики ДНО и ЗНО кожи, систематизировать их и разработать классификацию.

Материалы и методы

Выполнен анализ литературных источников, включенных в базы данных PubMed/MEDLINE, Scopus, Google Scholar, OpenAlex, eLibrary, КиберЛенинка, а также находящихся в Российской государственной библиотеке и Государственной центральной научной медицинской библиотеке. Поиск полнотекстовых публикаций проводился по ключевым словам и выражениям: в русскоязычном сегменте – «трудности диагностики» ИЛИ «сложности диагностики» ИЛИ «проблемы диагностики» И «новообразования кожи» ИЛИ «опухоли кожи» ИЛИ «рак кожи», в англоязычном сегменте – "diagnostic difficulties" OR "diagnostic problems" OR "diagnostic complications" AND "skin neoplasms" OR "skin tumors" OR "skin cancer". Использовались также собственные данные.

Глубина поиска научной литературы составила 10 лет (2017–2026 гг.). По результатам первичного поискового запроса было идентифицировано 545 публикаций. После удаления дублирующихся источников, скрининга заголовков и аннотаций и оценки полных текстов на соответствие критериям включения в итоговый анализ было отобрано 32 литературных источника, из них 22 в русскоязычном и 10 в англоязычном сегменте. Критериями включения являлись: полнотекстовая доступность публикации, соответствие теме дифференциальной диагностики ДНО и ЗНО кожи, научная значимость и актуальность источника. Критериями исключения являлись: дублирование данных, несоответствие тематике исследования и отсутствие доступа к полному тексту.

Результаты

По результатам проведенного анализа в данном исследовании мы впервые систематизировали основные наиболее распространенные проблемы своевременной диагностики ЗНО и ДНО кожи, которые разделили на трудности и сложности диагностики (см. таблицу).

Трудностями мы называем объективные факторы, затрудняющие своевременную дифференциальную диагностику ДНО и ЗНО кожи.

Сложностями мы считаем субъективные факторы, усложняющие своевременную дифференциальную диагностику ДНО и ЗНО кожи.

При классификации с учетом объективности и субъективности характера факторов некоторые факторы подчас могут быть отнесены к обеим категориям, поэтому мы рассматриваем их с позиции организации здравоохранения и общественного здоровья с учетом вклада в проблему диагностики.

Трудности дифференциальной диагностики доброкачественных и злокачественных новообразований кожи

Трудности визуальной диагностики опухолей кожи. Разнообразные новообразования кожи являются сложным объектом исследования. Это обусловлено тем, что на кожном покрове могут встречаться различные формы опухолей кожи: доброкачественные, предраковые и злокачественные новообразования. Кроме того, одна и та же нозологическая форма опухоли может иметь различные клинические и гистологические особенности. Также ЗНО кожи могут имитировать

Проблемы дифференциальной диагностики ЗНО и ДНО кожи (Корабельников Д.И., Ламоткин И.А., Ламоткин А.И., 2026)
Issues of differential diagnosis of malignant and benign cutaneous neoplasms (Korabelnikov D.I., Lamotkin I.A., Lamotkin A.I., 2026)

Проблемы дифференциальной диагностики ЗНО и ДНО кожи	Категория факторов	Описание
Трудности дифференциальной диагностики	Объективные факторы	1) трудности визуальной диагностики новообразований кожи: – атипичные клинические признаки; – ограничения методов диагностики
		2) трудности морфологической диагностики новообразований кожи: – атипичные морфологические признаки
		3) субъективность методов клинического исследования новообразований кожи
		4) недостаточное санитарно-гигиеническое просвещение населения и поздняя обращаемость пациентов с новообразованиями кожи
Сложности дифференциальной диагностики	Субъективные факторы	1) большое разнообразие нозологических форм новообразований кожи
		2) нарушения организации диагностики новообразований кожи: – дефицит подготовленных врачей-специалистов, способных проводить дифференциальную диагностику между ДНО и ЗНО кожи; – недостаточная квалификация врачей, занимающихся диагностикой новообразований кожи; – недостаточная онкологическая настороженность, недооценка/игнорирование и/или недостаточный сбор анамнеза; – субъективность оценки клинических симптомов и результатов диагностики; – неправильный выбор участка для биопсии; – нарушения и повреждения биоматериала при выполнении биопсии; – неправильный выбор метода исследования и/или неправильное выполнение иммуногистохимического или молекулярно-генетического исследования; – отсутствие или нарушения маршрутизации выявленных пациентов

доброкачественные новообразования кожного покрова. Это значительно усложняет их диагностику.

Традиционным и наиболее часто применяемым методом диагностики опухолей кожи является визуальный осмотр невооруженным глазом. Визуальная оценка основана на клиническом осмотре поражения кожи, учитывая его размер, форму, цвет, структуру поверхности и границы новообразования и динамику изменений. Ожидаемыми недостатками этого метода для скрининга ЗНО кожи, безусловно, следует считать необходимость наличия большого количества обученного персонала, который должен заниматься осмотрами пациентов, которые имеют в основном доброкачественные опухоли кожного покрова, а не злокачественные. Кроме того, этот метод диагностики несет в себе высокую долю субъективности, которая зависит от личного опыта врача, его квалификации, а также от технических условий осмотра [8, 9].

Даже при использовании современных неинвазивных методов диагностики опухолей кожи – дерматоскопии – могут возникать сложности. Дерматоскопия позволяет детально изучить структуру опухоли кожи и выявить признаки, невидимые вооруженным глазом. Однако точность, чувствительность и специфичность этого метода диагностики зависят от опыта врача, у которого может быть субъективная трактовка дерматоскопических признаков [10–12].

Также необходимо учитывать, что опухоли из различных тканей кожи являются разнородной группой с различными клиническими проявлениями. Они могут иметь очень разные внешние признаки: от плоских, шелушащихся пятен до возвышающихся, от изъязвленных до абсолютно гладких, от сильно пигментированных до беспигментных новообразований и др. Из-за этого бывает сложно определить, с чем именно имеет дело врач-специалист. Разные врачи-специалисты могут по-разному интерпретировать одни и те же клинические признаки опухолей кожи, что повышает риск ошибки. Кроме того, при осмотре пациентов с опухолями из различных тканей необходимо учитывать особые факторы, которые могут повлиять на постановку правильного диагноза [13–15].

Трудности визуальной диагностики меланоцитарных опухолей кожи. При визуальном осмотре меланоцитарных новообразований важно учитывать следующие факторы: фототип кожи пациента, общее количество невусов, наличие диспластических и врожденных невусов, кожные признаки фотоповреждения кожи [9, 13, 14].

У пациентов с I фототипом риск развития меланомы кожи в 2 раза выше, чем у людей с IV фототипом. Также у пациентов с наличием более 100 невусов меланома кожи возникает в 7 раз чаще, чем у людей с наличием менее 15 невусов [13].

Предполагается, что от 2 до 20% людей имеют один или более диспластических невусов. Они наблюдаются у 8–30% больных несемейной (спорадической) меланомой и у 90% больных наследственной меланомой. Дифференциальная диагностика диспластических невусов и поверхностно распространяющихся меланом кожи затруднена, поэтому подозрительные на меланому новообразования лучше иссекать и выполнять гистологическое исследование [14–16].

Также в меланому могут трансформироваться врожденные меланоцитарные невусы. Причем риск развития меланомы у пациентов с мелкими (размеры до 1,5 см) и средними (размеры до 20 см) врожденными невусами до наступления половой зрелости практически отсут-

ствует, а в дальнейшей жизни он составляет 1–6%, у пациентов с гигантскими врожденными невусами (размеры более 20 см) на протяжении всей жизни меланома развивается в 30% случаев, причем у 1/2 пациентов в течение первых 10 лет жизни [9, 14].

Кроме того, провоцировать развитие меланом кожи может острое или хроническое фотоповреждение кожи. О фотоповреждении кожного покрова свидетельствует наличие следующих поражений кожи: солнечное лентиго, множественные очаги себорейного кератоза, ромбовидная кожа на задней поверхности шеи, актинический кератоз и каплевидный гипомеланоз, множественные телеангиэктазии [9, 13, 14].

При подозрении на меланому визуальный клинический осмотр «невооруженным глазом» имеет ограниченную информативность. По данным некоторых исследований, диагностическая точность при визуальном осмотре пациентов с меланомой кожи без дополнительных медицинских инструментов составляет у онкологов – 72,4%, у врачей-терапевтов и врачей общей практики – 47,0%, у дерматовенерологов – 78,2% [17]. Особенно трудно диагностировать беспигментные меланомы кожи, которые могут быть очень похожи на доброкачественные опухоли, что усложняет выявление этих меланоцитарных ЗНО кожи на ранних стадиях [18].

Трудности визуальной диагностики кератиноцитарных/эпидермальных опухолей кожи. При визуальном осмотре кератиноцитарных/эпидермальных опухолей кожи важно учитывать следующие факторы: фототип кожи пациента, наличие очагов актинического кератоза (необходимость дифференциальной диагностики с раками кожи) и очагов себорейного кератоза (необходимость дифференциальной диагностики с пигментными ДНО и ЗНО кожи) [9, 14, 19].

Риск базальноклеточного рака на 70% выше у людей с I–II фототипом по сравнению с III–IV фототипом. Актинический кератоз также чаще развивается у людей с I–II фототипом, постоянно подвергающихся солнечному облучению [9, 13]. Врачи-специалисты сталкиваются с трудностями при дифференциальной диагностике актинического кератоза и раками кожи, что требует в этих случаях применения морфологической верификации [14, 19].

Среди кератиноцитарных/эпидермальных опухолей кожи возникают трудности при диагностике себорейного кератоза, который может иметь клиническое сходство с пигментными новообразованиями (меланоцитарными невусами и меланомой). Основным отличием себорейного кератоза от невусов является то, что последние возникают в раннем детстве и юности, а себорейный кератоз – в зрелом или пожилом возрасте. Также при себорейном кератозе на поверхности бляшки при осмотре под лупой видны роговые кисты. Очень трудно дифференцировать себорейный кератоз с пигментными опухолями, когда имеется единичный очаг поражения с оттенками черного цвета и без роговых кист. В этих случаях при гистологическом исследовании в очагах себорейного кератоза меланин, как правило, находится только в кератиноцитах, а меланоциты отсутствуют. Однако при меланоакантоме (вариант себорейного кератоза) могут выявляться и меланоциты. Узловая меланома из-за темной или черной окраски напоминает себорейный кератоз. Кроме того, меланома может возникать на фоне существующего бородавчатого пигментного невуса, поверхность которого испещрена трещинами, что тоже придает внешнее сходство с себорейным кератозом. Меланома отличается тем, что быстро растет и кровоточит [9, 14].

Трудности визуальной диагностики опухолей кожи из фиброзной ткани. Большинство фиброзных опухолей развиваются в толще дермы или гиподермы. Из-за этого бывает трудно определить истинные границы, структуру и степень инвазии данных новообразований. В практической деятельности врачи-дерматовенерологи преимущественно встречаются с доброкачественными опухолями (дерматофибромами). Данные новообразования дифференцируют по клиническим признакам с приобретенными меланоцитарными невусами. Кроме того, некоторые дерматофибромы с большим количеством гемосидерина имеют сине-черный цвет и могут напоминать узловую меланому [9, 14].

Трудности визуальной диагностики опухолей кожи из сосудистой ткани. Часто сосудистые поражения кожи имеют типичную клиническую картину, поэтому при постановке диагноза, как правило, диагностических трудностей не возникает. Однако пиогенная гранулема требует дифференциальной диагностики с узловой меланомой и саркомой Капоши. Пиогенная гранулема и саркома Капоши могут быть представлены только одиночным узлом красного или красно-коричневого цвета диаметром до 2 см и иметь одинаковую локализацию. Однако для саркомы Капоши существование единственного очага поражения крайняя редкость и для нее не характерна повышенная кровоточивость при малейших травмах. Кроме того, пиогенная гранулема отличается очень быстрым ростом [9, 14].

Трудности морфологической диагностики новообразований кожи. Основными причинами возникновения трудностей при морфологической верификации опухолей кожи являются следующие: неправильный выбор участка для биопсии; нарушения и повреждения материала при заборе материала; атипичные клинические и морфологические признаки; субъективность оценки.

Золотым стандартом диагностики опухолей кожи считается морфологическое исследование (гистологическое, цитологическое, иммуногистохимическое). Однако его проведение требует соблюдения ряда условий: правильный забор материала, качественная вырезка, качественное изготовление препарата, опыт патоморфолога в интерпретации морфологических признаков доброкачественных и злокачественных опухолей кожи [20, 21].

При патоморфологической диагностике меланоцитарных новообразований также могут возникать объективные сложности, которые дополнительно могут быть усугублены отсутствием критически важной клинико-инструментальной информации, артефактами на этапе эксцизии или биопсии, этапе макроскопического исследования и вырезки, ориентации фрагментов при заливке в парафиновый блок [21].

Некоторые новообразования кожи на ранних стадиях своего развития могут иметь неспецифические клинические и морфологические признаки. Например, базальноклеточный рак может вначале имитировать воспалительный процесс в коже, хроническую язву или иметь признаки доброкачественной опухоли [20].

Субъективность методов клинического исследования новообразований кожи. При диагностике новообразований кожи, особенно меланомы, часто возникают ситуации, когда результат зависит от того, кто интерпретирует клинические данные. Это может приводить к двум крайностям: гиподиагностике и гипердиагностике ЗНО кожи. В основе обеих этих проблем лежит субъективность оценки методов клинического исследования различными врачами.

Гипердиагностике меланом способствуют следующие факторы: 1) недостаточные квалификация и опыт врача; 2) неадекватная клиническая оценка доброкачественных меланоцитарных поражений кожи; 3) неадекватная клиническая оценка изменений, происходящих в доброкачественных меланоцитарных образованиях кожи (с возрастом, на фоне гормональных изменений, на фоне ультрафиолетового облучения и пр.); 4) неадекватная морфологическая оценка пигментных поражений кожи (в частности ПУВА-терапия (фотохимиотерапия) содействует активации меланоцитов в доброкачественных меланоцитарных опухолях и может привести к патоморфологическим изменениям в них, которые имитируют меланому) [14, 22].

Гиподиагностике меланом способствуют следующие факторы: 1) недостаточные квалификация и опыт врача; 2) неверный выбор области опухоли для биопсии; 3) погрешности при заборе материала для проведения гистологического исследования; биопсийная ткань может быть раздавленной или обугленной (удаление опухоли с помощью лазерных технологий или других методов физической деструкции); в таких случаях возникают артефакты, которые могут скрыть морфологические признаки меланомы; 4) сильно выраженные воспалительные явления в меланоцитарной опухоли могут искажать цитологическую и гистологическую картину меланомы [14].

Недостаточное санитарно-гигиеническое просвещение населения и поздняя обращаемость пациентов с новообразованиями кожи. Эти факторы являются значительным препятствием на пути к ранней диагностике и успешному лечению опухолей кожи, особенно меланомы, базальноклеточного и плоскоклеточного раков кожи.

Недостаточное санитарно-гигиеническое просвещение населения заключается в том, что многие люди имеют низкую осведомленность о факторах риска и особенностях образа жизни, которые могут приводить к развитию ЗНО кожи. Они не знают, какие изменения на коже необходимо воспринимать как тревожный сигнал, какие есть факторы риска (например, чрезмерное пребывание на солнце, наличие большого числа родинок, семейный анамнез). Также люди не знают, как правильно проводить самообследование. Из-за этого многие либо игнорируют небольшие изменения, либо паникуют при виде любого элемента, появившегося на коже. Поэтому профилактическая и просветительская работа среди населения о ДНО и ЗНО кожи имеет особенно важное значение [23, 24].

Поздняя обращаемость пациентов со ЗНО кожи является следствием недостаточного санитарно-гигиеническое просвещения населения. Пациент выявляет у себя какое-то новообразование, но из-за недостатка информации либо не придает ему значения, либо пытается решить проблему самостоятельно, занимаясь самолечением. Также на позднюю обращаемость к врачу-специалисту может влиять то обстоятельство, что опухоль кожи растет медленно и это не вызывает дискомфорта у человека, так как он просто «привыкает» к ней. В итоге к врачу-специалисту он приходит уже тогда, когда опухоль находится на поздней стадии развития [23, 25].

Сложности дифференциальной диагностики доброкачественных и злокачественных новообразований кожи

Большое разнообразие нозологических форм опухолей кожи. С учетом этиологии, патогенеза и морфогенеза существует множество нозологических форм новообразований кожного покрова, диагностика которых с 2018 г. по 2025 г. проводилась в соответствии с Международной классификацией опухолей кожи человека Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) 2018 г. [26]. В сентябре 2025 г. опубликована новая международная классификация опухолей кожи ВОЗ [27]. В этом издании систематизация новообразований кожи проводилась с учетом результатов гистопатологии, иммуногистохимии и молекулярной генетики. При этом уделялось большое внимание при систематизации опухолей кожи методам молекулярной диагностики [28]. Однако большое разнообразие нозологических форм опухолей кожи и необходимость в их систематизации применять современные методы исследования, включая иммуногистохимию и молекулярную генетику, может затруднять их диагностику в тех медицинских учреждениях, которые не обладают этими возможностями.

Нарушения организации диагностики новообразований кожи. *Дефицит врачей-специалистов, способных проводить дифференциальную диагностику между ДНО и ЗНО кожи.* В 2023 г. в России отмечается недостаточная укомплектованность врачами-дерматовенерологами подразделений, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, – она составляет 91%, а в подразделениях, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, – 81% [29].

Также в России отмечается нехватка врачей-онкологов: в 2024 г. в России число штатных должностей врачей в онкологических учреждениях составило 15 488,5, а фактически физических лиц на этих должностях – 11 093 [7], таким образом, занятость штатных единиц составила 71,62%.

Недостаточная квалификация врачей, занимающихся диагностикой новообразований кожи. Особенно дефицит указанных врачей-специалистов ощущается в регионах с ограниченными ресурсами. В таких усло-

виях первичная диагностика часто ложится на врачей общей практики и терапевтов, которые могут не обладать достаточным опытом для точного распознавания ЗНО кожи [23]. Выявлено, что даже кратковременное ограничение доступности специализированной медицинской помощи приводит к выраженному снижению числа выявленных ЗНО кожи. Это сказывается на раннем выявлении этих заболеваний, росте расходов на оказание медицинской помощи и снижении качества жизни за счет позднего выявления ЗНО кожи [30].

Недостаточная онкологическая настороженность врачей. Недостаточная онкологическая настороженность врачей – это комплекс причин, который приводит к поздней диагностики ЗНО кожи у пациентов. Поэтому врач, занимающийся диагностикой опухолей кожи, должен обладать достаточными необходимыми профессиональными знаниями и компетенциями.

Врач должен знать факторы риска возникновения ЗНО кожи (избыточное ультрафиолетовое облучение, I–II фототип кожи, множественные меланоцитарные невусы, диспластические невусы, семейный анамнез меланомы, перенесенное ЗНО кожи в прошлом).

Субъективность оценки клинических симптомов и результатов диагностики. Врач должен правильно оценивать клинические признаки новообразований кожи и оценивать правильно динамику изменений в них: изменение цвета, формы, размера, появление асимметрии, неровных границ, наличие признака «гадкого утенка» (опухоль, которая явно выделяется на фоне других новообразований). Врачи, особенно первичного звена здравоохранения, должны быть ознакомлены с признаками и критериями ЗНО кожи на ранних этапах развития. Они должны иметь памятки с изображениями и фотографиями меланомы в стадии радиального роста, публикации статей в научно-практических журналах по дерматоонкологии, доступ к корректной информации на официальных сайтах о ЗНО кожи [23, 31].

Отсутствие или нарушения маршрутизации выявленных пациентов. Также для снижения показателя высокой запущенности по ЗНО кожи и усиления онкологической настороженности прежде всего у врачей в первичном звене здравоохранения необходима оптимизация маршрутизации выявленного пациента с подозрением на ЗНО кожи в специализированное онкологическое учреждение [23].

Заключение

Заболеваемость злокачественными опухолями кожи во всем мире и в Российской Федерации демонстрирует постоянный ежегодный рост, приводя к значительной смертности и инвалидизации.

К проблемам дифференциальной диагностики ЗНО и ДНО кожи относятся объективные трудности: 1) трудности визуальной диагностики новообразований кожи; 2) трудности морфологической диагностики новообразований кожи; 3) субъективность методов клинического исследования новообразований кожи; 4) недостаточное санитарно-гигиеническое просвещение населения и поздняя обращаемость пациентов с новообразованиями кожи; а также субъективные сложности дифференциальной диагностики: 1) большое разнообразие нозологических форм новообразований кожи; 2) нарушения организации диагностики новообразований кожи.

В Российской Федерации необходимо усилить санитарно-гигиеническое просвещение населения относительно ЗНО кожи и повышать компетенции врачей-специалистов первичного звена здравоохранения для эффективной диагностики доброкачественных и злокачественных опухолей кожи, используя программы повышения квалификации, а также оптимизировать маршрутизацию выявляемых пациентов.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interests. The authors declare that there is not conflict of interests.

Список литературы доступен на сайте журнала https://klin-razbor.ru/

The list of references is available on the journal's website https://klin-razbor.ru/

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

Корабельников Даниил Иванович – канд. мед. наук, доц., почетный работник сферы образования РФ, зав. каф. внутренних болезней с курсами семейной медицины, функциональной диагностики, инфекционных болезней, профессиональных болезней медицинского факультета, ректор АНО ДПО «Московский медико-социальный институт им. Ф.П. Гааза».
E-mail: dkorabelnikov@mail.ru; ORCID: 0000-0002-0459-0488; SPIN-код: 7380-7790

Ламоткин Игорь Анатольевич – д-р мед. наук, проф., проф. каф. дерматовенерологии и косметологии АНО ДПО «Московский медико-социальный институт им. Ф.П. Гааза»; зав. кожно-венерологическим отд-нием, ФГБУ «ГВКГ им. Н.Н. Бурденко» Минобороны России; проф. каф. кожных и венерических болезней с курсом косметологии медицинского института непрерывного образования, ФГБОУ ВО «РОСБИОТЕХ». E-mail: ilamotkin@mail.ru;
ORCID: 0000-0001-7707-441X, SPIN-код: 7153-3703

Ламоткин Андрей Игоревич – канд. мед. наук, ассистент каф. организации и экономики здравоохранения и фармации, медицинского права, медицинской информатики и кибернетики медицинского факультета; зав. лабораторией искусственного интеллекта и информационных технологий, АНО ДПО «Московский медико-социальный институт им. Ф.П. Гааза».
E-mail: lamotkin.an@yandex.ru; ORCID: 0000-0001-7930-6018; SPIN-код: 4170-7782

Поступила в редакцию: 10.07.2026
Поступила после рецензирования: 24.07.2026
Принята к публикации: 30.07.2026

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

Daniil I. Korabelnikov – Cand. Sci. (Med.), Assoc. Prof., Honorary Worker in the field of education of the Russian Federation, Head of the Department, Moscow Haass Medical and Social Institute.
E-mail: dkorabelnikov@mail.ru; ORCID: 0000-0002-0459-0488; SPIN-код: 7380-7790

Igor A. Lamotkin – Dr. Sci. (Med.), Full Prof., Prof. of the Department, Moscow Haass Medical and Social Institute; Head of the Department, Main Military Clinical Hospital named after academician N.N. Burdenko; Prof. of the Department, Medical Institute of Continuing Education of the Russian Biotechnological University. E-mail: ilamotkin@mail.ru; ORCID ID: 0000-0001-7707-441X.
RSCI SPIN-code: 7153-3703.

Andrey I. Lamotkin – Cand. Sci. (Med.), Assistant, Head of the Laboratory, Moscow Haass Medical and Social Institute. E-mail: lamotkin.an@yandex.ru; ORCID ID: 0000-0001-7930-6018;
RSCI SPIN-code: 4170-7782

Received: 10.07.2026
Revised: 24.07.2026
Accepted: 30.07.2026