

Ковалёва Ю.С.¹, Куропятникова О.Р.²

Клиническое наблюдение двух случаев карциноидного папилломатоза кожи Готтрона

¹ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет»
Минздрава России, г. Барнаул, Россия;

²КГБУЗ «Благовещенская центральная районная больница», Алтайский край,
п. Благовещенка, Россия

Представлены современные и исторические данные отечественной и зарубежной литературы, посвящённые редкому тяжёлому дерматозу – карциноидному папилломатозу кожи Готтрона. Описаны два собственных клинических наблюдения карциноидного папилломатоза кожи Готтрона у молодой женщины 48 лет, протекающего на фоне злокачественного новообразования яичника, и у мужчины 70 лет с сопутствующим заболеванием сосудов нижних конечностей.

Ключевые слова: карциноидный папилломатоз кожи Готтрона; клинические наблюдения; паранеопластический синдром.

Для цитирования: Ковалёва Ю.С., Куропятникова О.Р. Клиническое наблюдение двух случаев карциноидного папилломатоза кожи Готтрона // *Российский журнал кожных и венерических болезней*. 2020;23(3):150-6. DOI: <https://doi.org/10.17816/dv48899>

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.
Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Поступила 29.06.2020

Принята к печати 23.07.2020

Kovaleva Yu.S.¹, Kuropyatnikova O.R.²

Clinical observation of two cases of Gottron skin carcinoid papillomatosis

¹Altay Medical State University, Barnaul, Russian Federation;

²Blagoveshchensky Central Regional Hospital, Altay territory, settlement Blagoveshchenka,
Russian Federation

The article presents modern and historical data of domestic and foreign literature on rare severe dermatosis – Gottron skin carcinoid papillomatosis. Two own clinical observations of Gottron skin carcinoid papillomatosis in a young woman of 48 years proceeding against the background of malignant neoplasm of the ovary, and a man of 70 years with a concomitant vascular disease of the lower extremities are described.

Key words: Gottron skin carcinoid papillomatosis; clinical cases; paraneoplastic syndrome.

For citation: Kovaleva YuS, Kuropyatnikova OR. Clinical observation of two cases of Gottron skin carcinoid papillomatosis. *Russian Journal of Skin and Venereal Diseases*. 2020;23(3):150-6. DOI: <https://doi.org/10.17816/dv48899>

Acknowledgments. The study had no sponsorship.

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Received 29 June 2020

Accepted 23 July 2020

Первое наблюдение карциноидного папилломатоза кожи принадлежит немецкому дерматологу Генриху Адольфу Готтрону (Heinrich Adolf Gottron), который в 1932 и 1936 гг. при описании двух больных с опухолевидными и папилломатозными разрастаниями эпидермиса в области голеней и подошвы использовал термин «papillomatosis cutis» (папилло-

матоз кожи). В 1950 г. уже более детально – клинически и морфологически – описали подобного пациента W. Nikolowsky и E. Eisenlohr, введя термин «papillomatosis cutis carcinoides Gottron» (карциноидный папилломатоз кожи Готтрона) [1].

Карциноидный папилломатоз кожи Готтрона (КПКГ) – редкое заболевание, чаще наблюдаемое у

Для корреспонденции:

Ковалёва Юлия Сергеевна, доктор медицинских наук, доцент, заведующая кафедрой дерматовенерологии, косметологии и иммунологии ФГБОУ ВО «Алтайский ГМУ» Минздрава России, 656038, г. Барнаул, Россия. E-mail: julia_jsk@mail.ru

For correspondence:

Yulia S. Kovaleva, MD, PhD, DSc, head of the Department of Dermatovenereology, Cosmetology and Immunology Altay Medical State University. E-mail: julia_jsk@mail.ru; ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0002-4401-3722>

мужчин в возрасте от 40 до 85 лет [2]. Как правило, протекает на фоне разнообразных патологических состояний: хронических воспалительных процессов при длительно персистирующих дерматозах, на фоне лимфостаза, нарушенного кровообращения и варикозного симптомокомплекса при склонности организма к папилломатозным реакциям [2, 3]. К этиологическим факторам КПКГ, помимо этого, относят механическую травму, нарушение кровообращения в области нижних конечностей, акроасфиксию [4]. Описаны случаи развития КПКГ на месте посттравматических рубцов [3]. Отдельные авторы относят карциноидный папилломатоз кожи к хронической вегетирующей пиодермии [5], другие под карциноидным папилломатозом кожи Готтрона подразумевают разновидность веррукузной карциномы [6].

За последние 20 лет опубликованы отечественные и зарубежные работы, посвящённые клиническим особенностям [2, 3, 7–9] и методам терапии КПКГ [3, 8, 10, 11], но новые данные по этиологии и патогенезу заболевания в литературе практически отсутствуют.

Имеются сообщения [12], что в течение десятилетий процесс течёт без озлокачествления, а затем трансформируется в плоскоклеточный рак кожи. В других источниках целый ряд дерматологических заболеваний рассматривается как проявление кожного паранеопластического синдрома [4], однако карциноидный папилломатоз кожи Готтрона среди этих заболеваний не значится, хотя имеются единичные сообщения о наличии у больных КПКГ онкологической патологии внутренних органов. А.А. Каламкьян и соавт. [1] приводят данные о летальном исходе у больного карциноидным папилломатозом, имевшего метастазы спустя 10 лет после диагностирования заболевания. Имеются единичные публикации о возможности развития дерматоза как паранеопластического процесса [3]. Данный вопрос чрезвычайно важен, так как кожные симптомы нередко являются единственным клиническим проявлением злокачественных процессов внутренних органов и систем и могут оказать помощь в их раннем выявлении [3, 12].

В зависимости от клинических проявлений выделяют язвенно-инфильтративную (эндофитную), опухолевидную (экзофитную) и гиперкератотическую форму КПКГ [2, 13, 14]. Заболевание характеризуется симметричным или односторонним расположением очагов поражения в виде резко ограниченных плоских бляшек величиной с ладонь или больше, выступающих над уровнем кожи на 1–1,5 см. Поражаются преимущественно нижние конечности, однако описаны случаи возникновения очагов на руках и туловище [14]. Поверхность очагов поражения покрыта опухолевидными образованиями

тестоватой консистенции цвета свежего мяса и вегетациями, имеющими примерно одинаковую высоту, что придаёт им сходство с цветной капустой. Между ворсинчатыми разрастаниями и опухолевым конгломератом имеются борозды, заполненные желтовато-белой массой. Поверхность опухолевидных разрастаний покрыта густым липким секретом с неприятным запахом, ссыхающимся в жёлто-коричневые корки. На других участках можно обнаружить эрозивно-язвенные очаги на фоне мацерированных вегетаций. Иногда встречаются участки обызвествления, по периферии – остаточные проявления экземы, красного плоского лишая, нейродермита или других дерматозов [1, 5, 13, 14].

Диагностика КПКГ основывается на данных клинической картины и гистологического исследования.

Гистологическая картина КПКГ характеризуется папилломатозом и резко выраженной псевдоэпителиоматозной гиперплазией эпидермиса с разрастанием всех слоёв эпидермиса и образованием причудливых эпителиальных тяжей, глубоко проникающих в дерму. При этом атипии клеток эпидермиса нет, базальная мембрана сохранена. Наряду с акантозом иногда наблюдается «отшнуровка» эпителиальных клеток, отмечается склонность к ороговению. В сосочковом слое дермы имеется массивный инфильтрат, состоящий из лимфоцитов с примесью эпителиоидных клеток, гистиоцитов, фибробластов и плазматических клеток [1, 13, 15].

КПКГ следует дифференцировать от плоскоклеточного рака кожи, хронической язвенной вегетирующей пиодермии, бородавчатого туберкулёза кожи, хромомикоза, лимфостатического папилломатоза кожи [2, 4, 14, 16]. Так, от плоскоклеточного рака КПКГ клинически отличается отсутствием плотного валикообразного края, характерного для рака, а патоморфологически – отсутствием атипии клеток, гиперхромных ядер и их полиморфизма. От хронической язвенной вегетирующей пиодермии КПКГ отличает отсутствие пустулёзных элементов и свищевых ходов, наличие внутриэпителиальных абсцессов, содержащих большое количество лейкоцитов и ядерный детрит. При бородавчатом туберкулёзе кожи гистологически обнаруживают туберкулоидную структуру инфильтрата. В очагах хромомикоза при посеве выявляют хромомицеты [1, 5, 16].

Для лечения карциноидного папилломатоза кожи Готтрона применяют проспидин внутримышечно (одна инъекция составляет 50–100 мг, курсовая доза – 2,0–2,5 г) и проспидиновую мазь наружно. По показаниям назначают витамины, антибиотики, препараты, улучшающие микроциркуляцию. Существуют единичные описания в литературе, свидетельствующие об успешном назначении системных ароматических ретиноидов (этретинат) [10].

Наружно при наличии гнойного отделяемого назначают перевязки с антисептиками. После устранения гнойного процесса проводят криодеструкцию, лазерную деструкцию или радиоволновую вапоризацию [2, 4, 8]. Отмечается эффективность при применении фотодинамической терапии [11]. В тяжёлых случаях, при обширном распространении высыпаний и незначительной эффективности лечения возможно хирургическое иссечение очага с последующей пластикой [2, 4, 9].

Прогноз КПКГ для жизни при ранней своевременной диагностике и назначении адекватной терапии относительно благоприятный, но для полного излечения – плохой [17]. Заболевание характеризуется затяжным, медленно прогрессирующим течением на протяжении десятилетий. При подтверждении КПКГ требуются консультации онколога, сосудистого хирурга и врачей терапевтического профиля по необходимости, поскольку у данных пациентов, как правило, имеется несколько сопутствующих коморбидностей.

Ввиду редкой встречаемости и сложности диагностики дерматоза врачами терапевтических и хирургических специальностей представляем два собственных клинических наблюдения карциноидного папилломатоза кожи Готтрона.

Описание клинических случаев

Клиническое наблюдение 1

Больная С., 48 лет, жительница села Алтайского края, в августе 2019 г. впервые обратилась за помощью к хирургу КГБУЗ «Благовещенская центральная районная больница» с жалобами на болезненный очаг на коже правой голени, выраженную отёчность правой стопы, гнойное отделяемое из раны и чувство онемения в правой голени. Среди общих жалоб указывала на слабость, недомогание, выраженную тотальную сухость и шелушение кожи, снижение аппетита.

Анамнез болезни: считает себя больной в течение 7 лет, когда впервые появилась выраженная слабость, нежелание подниматься с постели. К врачу не обращалась по религиозным соображениям. Передвигалась только по дому, на улицу не выходила. В 2017 г. участковый терапевт установил диагноз посттромбофлебитической болезни, было рекомендовано стационарное лечение. От обследования и госпитализации пациентка ранее категорически отказывалась. В августе 2019 г. с диагнозом лимфостаза правой нижней конечности больную госпитализировали в терапевтическое отделение КГБУЗ «Благовещенская центральная районная больница».

Анамнез жизни: хронических заболеваний не отмечает; туберкулёз, вирусные гепатиты не зафиксированы. Около 20 лет назад была травма – перелом обеих костей правой голени.

Акушерско-гинекологический анамнез: 7 беременностей, 5 родов, 2 аборта, оперативных вмешательств не было.

Объективный статус: состояние средней степени тяжести, сознание ясное. Больная повышенного питания, ожирение 2-й степени. Кожные покровы бледные, сухие, с тотальным шелушением и очаговыми явлениями гиперкератоза в области обеих голени. Ногтевые пластины обеих стоп гипертрофированы, с явлениями онихогрифоза. Костно-мышечная и мышечная системы без особенностей. Не передвигается, постоянно находится в постели ввиду выраженной слабости. Лимфатические узлы не пальпируются. Органы дыхания: частота дыхательных движений 18 в 1 мин, хрипов в лёгких нет. Сердечно-сосудистая система: тоны ритмичные, приглушены, частота сердечных сокращений 79 уд. в 1 мин. Артериальное давление 100/60 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, печень выступает из-под рёберной дуги на 1,5–2 см; симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Стул – регулярные запоры, диурез в норме.

Локальный статус: патологический процесс на коже носит локализованный и асимметричный характер, преимущественно на правой голени. Правая стопа и голень значительно увеличены в объёме, выражен лимфостаз (рис. 1, а). На коже нижней трети правой голени в проекции голеностопного сустава рана с веррукозным краем размером до 6 см, с отделяемым жёлтого цвета и гнилостным запахом. На фоне инфильтрации имеются множественные бугристые папулы до 1 см, возвышающиеся над поверхностью кожи, склонные к группировке и слиянию. Бороздки между вегетациями заполнены желтовато-белыми массами (рис. 1, б). Кожа левой голени сухая, с выраженным гиперкератозом, изменёнными ногтевыми пластинками (рис. 1, в).

Проведено диагностическое обследование.

Лабораторное исследование. Анализы крови на сифилис, ВИЧ-инфекцию, маркеры гепатита В и С отрицательные.

Общий анализ крови: гемоглобин 74 г/л; лейкоциты $5,1 \times 10^9$ /л; гранулоциты 73,2%; лимфоциты 26,2%, тромбоциты 138×10^9 /л; СОЭ 74 мм/ч.

Биохимический анализ крови: глюкоза крови 5,7 ммоль/л; общий билирубин 7,69 ммоль/л; АСТ 40 ЕД/л; АЛТ 45 ЕД/л; холестерин 3,2 г/л; общий белок 84 г/л; мочевины 4,4 ммоль/л; креатинин 95 мкмоль/л.

Общий анализ мочи: цвет жёлтый, относительная плотность 1020, рН 6, белок и глюкоза отрицательные; лейкоциты 4–5 в поле зрения; эпителий – единицы в поле зрения.

Кал на яйца глистов – отрицательно.

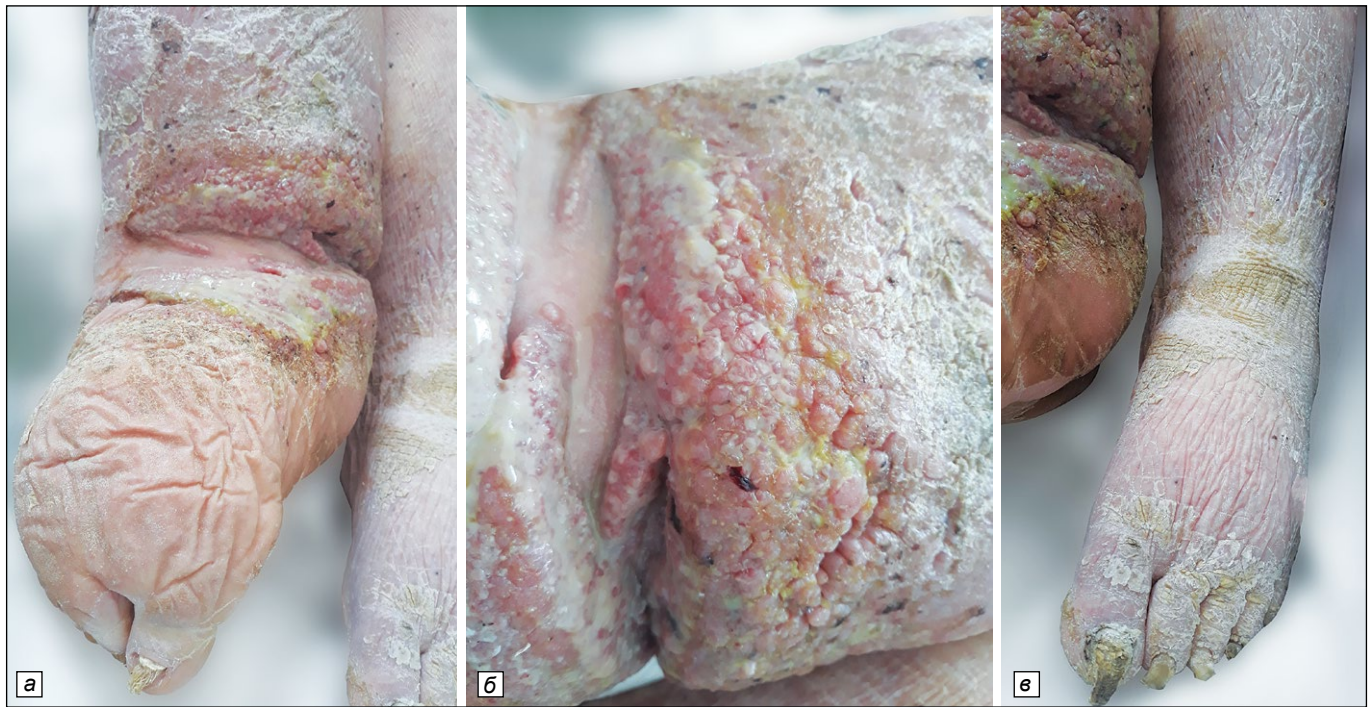


Рис. 1. Больная С., 48 лет. Карциноидный папилломатоз кожи Готтрона.

а – выраженный отёк, лимфостаз, инфильтрация, гнойное отделяемое в нижней трети правой голени на фоне деформации правой стопы; *б* – на фоне инфильтрации имеются множественные папулы, возвышающиеся над поверхностью кожи, склонные к группировке и слиянию, с бугристой поверхностью. Бороздки между вегетациями заполнены желтовато-белыми массами; *в* – кожа левой голени сухая, с выраженным гиперкератозом, изменёнными ногтевыми пластинками (для сравнения).

При ультразвуковом исследовании органов брюшной полости – диффузные изменения структуры печени, синусы обеих почек.

Флюорография лёгких без патологии.

При бактериологическом исследовании из раны выделена *Pseudomonas aeruginosa*, чувствительная к имипенему, меропенему и гентамицину.

При микроскопическом исследовании ногтевых пластинок обеих стоп на грибы с 30% раствором гидроксида калия обнаружены нити мицелия, с кожи обеих стоп грибы не обнаружены.

Патоморфологическое заключение: фрагмент кожи с папилломатозом, гиперкератозом, акантозом, умеренно выраженной смешанноклеточной инфильтрацией, псевдоэпителиоматозной гиперплазией эпидермиса с разрастанием всех слоёв эпидермиса, большим количеством сосудов с фиброзированной стенкой. Заключение: гистологические изменения больше всего соответствуют карциноидному папилломатозу кожи.

Больную проконсультировали online на кафедре дерматовенерологии, косметологии и иммунологии ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздрава России, установлен клинический диагноз: «Карциноидный папилломатоз кожи Готтрона».

Пациентку перевели в хирургическое отделение, где она получила курс антибактериальной терапии:

меропенем внутривенно по 1 г 3 раза/сут и Ципролет внутривенно по 200 мг 2 раза/сут в течение 10 дней; нефракционированный гепарин 5 тыс. ЕД 4 раза в день подкожно в течение 5 дней; Детралекс по 1000 мг 1 раз в день перорально; флуконазол в дозе 150 мг 1 раз в 7 дней перорально; перевязки с антисептиками. Больную выписали с улучшением на коже в виде уменьшения явлений лимфостаза правой голени, очищения раны от гнойного отделяемого, уменьшения болезненности и онемения в правой стопе. Рекомендовано дальнейшее обследование у онколога в краевом онкологическом центре. Пациентка от данного обследования и назначения цитотоксической терапии категорически отказалась.

Через 1 мес больную повторно госпитализировали в терапевтическое отделение с ухудшением общего состояния. При поступлении: гемоглобин 51 г/л, артериальное давление 90/60 мм рт. ст., выраженная общая слабость, на коже правой голени – патологический процесс без отрицательной динамики. В отделении провели инфузионную терапию, переливание эритроцитарной массы. Общее состояние прогрессивно ухудшалось. Через 7 дней больная скончалась.

Причина смерти по аутопсии – злокачественное новообразование левого яичника с прорастанием в брюшину, множественными метастазами в плевру и средостение. Паранеопластический синдром, анемия тяжёлой степени.

Данное клиническое наблюдение демонстрирует тяжёлое, длительно протекающее заболевание кожи, которое, вероятно, возникло ранее, чем злокачественное новообразование яичника, у молодой женщины, имеющей целый ряд сопутствующих соматических заболеваний, по поводу которых ей не проводилась адекватная терапия. КПКГ в данном конкретном случае мы расценили как паранеопластический процесс, возникший на коже. Он и был у женщины предвестником злокачественного новообразования, приведший к летальному исходу в дальнейшем.

Клиническое наблюдение 2

Больной П., 70 лет, сельский житель Алтайского края. На амбулаторный приём к хирургу КГБУЗ «Благовещенская центральная районная больница» пришёл с жалобами на боли в обеих нижних конечностях, усиливающиеся при незначительной физической нагрузке.

Анамнез болезни: болен около 10 лет, когда впервые стал отмечать дискомфорт при ходьбе. Все это время наблюдался у хирурга с диагнозом атеросклероза артерий нижних конечностей. В последние 3 года состояние ухудшилось, интенсивность болей, которые до этого носили постоянный ноющий характер, усилилась; появились изменения на коже левой стопы и области левого голеностопного сустава.



Рис. 2. Больной П., 70 лет. Карциноидный папилломатоз кожи Готтрона. Левая стопа, голень отёчные, с умеренным лимфостазом. На тыльной поверхности левой стопы имеются папилломатозные разрастания от 0,2 до 1 см. В бороздке между папулами и пальцами сливкообразный гной.

С диагнозом рожистого воспаления проводили лечение в хирургическом отделении. Болевой синдром кратковременно купировался. Полгода назад на левой стопе появились папилломатозные элементы. Направлен хирургом на консультацию к дерматологу.

Анамнез жизни: из сопутствующих заболеваний указывает на гипертоническую болезнь II стадии, 2-й степени, риск IV; атеросклероз артерий нижних конечностей. Травм, операций не было.

Объективно: состояние удовлетворительное, сознание ясное. Костно-мышечная система не деформирована, атрофии мышц нет. Передвигается при помощи трости. Лимфатические узлы не пальпируются. Органы дыхания: частота дыхательных движений 20 в 1 мин, хрипов нет. Сердечно-сосудистая система: тоны ритмичные, глухие, частота сердечных сокращений 70 уд. в 1 мин. Артериальное давление 140/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, печень не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Стул, диурез в норме.

Локальный статус: процесс носит локализованный асимметричный характер, проявление заболевания преимущественно на левой стопе. Левая стопа, голень отёчные, с умеренным лимфостазом. На тыльной поверхности левой стопы имеются папилломатозные разрастания от 0,2 до 1 см. В бороздке между папулами и пальцами сливкообразный гной с неприятным запахом (рис. 2).

Заключение дерматолога: данная клиническая картина соответствует карциноидному папилломатозу кожи Готтрона.

Проведены диагностические обследования.

Лабораторные исследования. Анализы крови на сифилис, ВИЧ-инфекцию, маркеры гепатита В и С отрицательные. Общий анализ крови: гемоглобин 140 г/л; лейкоциты $8,5 \times 10^9$ г/л; СОЭ 30 мм/ч; гранулоциты 63,2%; лимфоциты 29,8%; тромбоциты 149×10^9 /л.

Биохимический анализ крови: сахар крови 5,1 ммоль/л; общий билирубин 6,39 ммоль/л; АСТ 41 ЕД/л; АЛТ 44 ЕД/л; холестерин 6,2 г/л; общий белок 80 г/л; мочевины 4,8 ммоль/л; креатинин 90 мкмоль/л.

Общий анализ мочи: белок и глюкоза отрицательные; лейкоциты 1–2 в поле зрения; эпителий – единицы в поле зрения.

Кал на яйца глистов – отрицательно.

Дуплексное сканирование сосудов нижних конечностей: признаки атеросклероза артерий нижних конечностей, посттромбофлебитическая болезнь.

Флюорография лёгких без патологии.

При микроскопическом исследовании ногтевых пластинок обеих стоп на грибы с 30% раствором гидроксида калия обнаружены нити мицелия, с кожи обеих стоп – отрицательно.

Патогистологическое заключение биоптата с очагов кожи левой стопы: в фрагменте кожи акантотические тяжи в эпидермисе, с вытянутыми шиповатыми клетками без признаков атипии. Дермоэпидермальная граница сохранена, в эпидермисе формирование трубчатых роговых масс. В дерме скудная лимфоцитарная инфильтрация с примесью гистиоцитов, фибробластов. Заключение: патоморфологическая картина соответствует карциноидному папилломатозу кожи.

На основании типичной клинической картины и патоморфологического заключения дерматологом диагностирован карциноидный папилломатоз кожи Готтрона.

В хирургическом отделении получил сосудистую терапию, дезагреганты, перевязки с антисептиками. Состояние незначительно улучшилось. Болевой синдром уменьшился. Гнойного отделяемого из бороздок нет. При выписке пациенту рекомендовано обследование у онколога и продолжение наружного лечения.

Практическая значимость данных клинических случаев, помимо редкости в рутинной практике дерматолога, напоминает о необходимости всесторонней оценки состояния здоровья пациента, что и демонстрируют оба клинических случая. При этом как у первой пациентки имелись многочисленные предрасполагающие к КПКГ этиологические факторы (травма голеней, ожирение, сосудистая патология), так и у второго пациента КПКГ протекал на фоне выраженных сосудистых изменений нижних конечностей и, что крайне важно и показательно, в первом случае, жалобы на слабость, анемию, общее недомогание были расценены при обращении в лечебное учреждение как проявление дерматоза, основное же заболевание – рак яичника, послужившее причиной смерти у молодой женщины, не было диагностировано при жизни.

Актуальной в настоящее время является проблема социально-психической дезадаптации пациентов, страдающих тяжёлыми хроническими дерматозами, что наглядно демонстрируют оба случая. Нежелание и/или невозможность в силу разнообразных причин (религиозные, вынужденное ограничение двигательной активности, отсутствие родных, одиночное проживание, экономическая несостоятельность, отдалённое место жительства) своевременно обратиться за квалифицированной медицинской помощью приводит к серьёзным осложнениям, вплоть до трагических. И, несомненно, важным моментом является проведение регулярных медицинских плановых осмотров, которые позволяют врачам общей практики обнаружить заболевание кожи и направить пациента к дерматологу для обследования, проведения дифференциального диагноза и определения тактики дальнейшего лечения и наблюдения сложного случая.

ЛИТЕРАТУРА

1. Каламкарян А.А., Мордовцев В.Н., Трофимова Л.Я. *Клиническая дерматология. Редкие и атипичные дерматозы*. Ереван; 1989:350-2.
2. Кубанов А.А., Абрамова Т.В., Мураховская Е.К., Косенков А.Н., Дзюндзя А.Н. Карциноидный папилломатоз кожи Готтрона (клиническое наблюдение) // *Трудный пациент*. 2018;16(3):59-62.
3. Тлиш М.М., Кузнецова Т.Г., Сычева Н.Л. Клинико-морфологические аспекты карциноидного папилломатоза кожи Готтрона // *Медицинский вестник Юга России*. 2014;(2):138-43.
4. Федотов В.П. Псевдотрак кожи (клиническая лекция) // *Дерматовенерология. Косметология. Сексопатология*. 2015;(1-2):45-57.
5. Скрипкин Ю.К., ред. *Кожные и венерические болезни*. М.: ГЕОТАР-Медиа; 1996:170-2.
6. Альтмайер П. *Терапевтический справочник по дерматологии и аллергологии*. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2003.
7. Капкаев Р.А., Юсубалиев У.А., Латыпова Г.Р. Карциноидный папилломатоз кожи Готтрона // *Вестник дерматологии и венерологии*. 1999;(5):17-8.
8. Карачева Ю.В., Гузей Т.Н., Гладких Л.Н., Ларина Т.М. Папилломатоз кожи карциноидный Готтрона // *Клиническая дерматология и венерология*. 2017;16(3):29-35. <https://doi.org/10.17116/klinderma201716329-34>
9. Баткаев Э.А., Тогоева Л.Т., Дорджиева О.В., Дударева Л.А., Молодова Ю.С. Папилломатоз карциноидный кожи Готтрона // *Вестник последипломного медицинского образования*. 2010;(3):12-3.
10. Biczo Z., Nagy G., Fekete J. Etretnate therapy of papillomatosis cutis carcinoides. *Orv Hetil*. 1993;134(16):863-6.
11. Шубина А.М., Каплан М.А., Молочков В.А., Спиченкова И.С. Фотодинамическая терапия карциноидного папилломатоза кожи Готтрона // *Российский журнал кожных и венерических болезней*. 2007;10(6):1-6.
12. Галил-Оглы Г.А., Молочкова В.А., Сергеева Ю.В. *Дерматоонкология*. М.: Медицина для всех; 2005.
13. Иванов О.Л., ред. *Кожные и венерические болезни: Справочник*. М.: Медицина; 2007.
14. Беренбейн Б.А., Студинин А.А., ред. *Дифференциальная диагностика кожных болезней*. Руководство для врачей. М.: Медицина; 1989:382-3.
15. Елькин В.Д., Митрюковский Л.С., Седова Т.Г. *Избранная дерматология. Редкие дерматозы и дерматологические синдромы*. Пермь: Звезда; 2004.
16. Майбородин И.В., Нимаев В.В., Шевела А.И., Домников А.В., Павлюк Е.Г., Егоров В.А. Морфология кожи при лимфостазе и лимфоррее // *Бюллетень Сибирского отделения Российской академии медицинских наук*. 2005;(1):132-7.
17. Ламоткин И.А. *Клиническая дерматоонкология*. М.: БИНОМ. Лаборатория знаний; 2013:63-5.

REFERENCES

1. Kalamkarian AA, Mordovtsev VN, Trofimova LYa. *Clinical dermatology. Rare and atypical dermatoses*. Yerevan; 1989: 350-2. (in Russian)
2. Kubanov AA, Abramova TV, Murakhovskaya EK, Kosenkov AN, Dzyundzya AN. Gotttron's carcinoid papillomatosis (clinical observation). *Difficult Patient. Russian Journal*. 2018;16(3):59-62. (in Russian)
3. Tlish MM, Kuznetsova TG, Sycheva NL. Clinical and morphological aspects of carcinoid papillomatosis skin Gotttron. *Medical Herald of the South of Russia. Russian Journal*. 2014;(2):138-43. (in Russian)
4. Fedotov VP. Pseudocancerous states of the skin (a clinical lecture). *Dermatology. Cosmetology. Sexopathology. Russian Journal*. 2015;(1-2):45-57. (in Russian)

5. Skripkin YuK, ed. *Skin and venereal diseases*. Moscow: GEOTAR-Media; 1996:170-2. (in Russian)
6. Altmaier P. *Therapeutic reference book on dermatology and Allergology*. Moscow: GEOTAR-Media; 2003. (in Russian)
7. Kapkaev RA, Jusubaliev UA, Latypova GR. Karcinoidnyj papillomatoz kozhi Gottrona. *Herald of Venerology and Dermatology. Russian Journal*. 1999;(5):17-8. (in Russian)
8. Karacheva YuV, Guzey TN, Gladkikh LN, Larina TM. Gottron's cutaneous Carcinoid papillomatosis. *Russian Journal of Clinical Dermatology and Venerology*. 2017;16(3):29-35. (in Russian) <https://doi.org/10.17116/klinderma201716329-34>
9. Batkaev EA, Togoeva TL, Dordzhieva OV, Dudareva LA, Molodtsova YuC. Carcinoid papillomatosis of the skin Gottron. *Journal of Postgraduate Medical Education. Russian Journal*. 2010;(3):12-3. (in Russian)
10. Biczó Z, Nagy G, Fekete J. Etretinate therapy of papillomatosis cutis carcinoides. *Orv Hetil*. 1993;134(16):863-6.
11. Shubina AM, Kaplan MA, Molochkov VA, Spichenkova IS. Photodynamic therapy for Gottron's carcinoid papillomatosis. *Russian Journal of Skin and Venereal Diseases*. 2007;10(6):1-6. (in Russian)
12. Galil-Ogly GA, Molochkov VA, Sergeeva YuV. *Dermatooncology*. Moscow: Medicina Medicina for all; 2005:281. (in Russian)
13. Ivanov OL, ed. *Skin and venereal diseases: Handbook*. Moscow: Medicina; 2007. (in Russian)
14. Berenbeim BA, Sudnitsyn AA, eds. *Differential diagnosis of skin diseases*. Guide for physicians. Moscow: Medicina; 1989:382-3. (in Russian)
15. Elkin VD, Mitryukovsky LS, Sedova TG. *Selected dermatology. Rare skin diseases and dermatological syndromes*. Perm: Zvezda; 2004. (in Russian)
16. Maiborodin IV, Nimaev VV, Shevela AI, Domnikov AV, Pavl'uk EG, Egorov VA. The skin morphology during lymphostasis and lymphorrhoea. *Bulletin of Siberian Branch of Russian Academy of Medical Sciences. Russian Journal*. 2005;25(1):132-7. (in Russian)
17. Lamotkin IA. *Clinical dermatooncology*. Moscow: BINOM. Knowledge lab; 2013:63-5. (in Russian)