

DOI: <https://doi.org/10.17816/dv626353>

Клинический случай



## **В-клеточная лимфома кожи: клиническое наблюдение**

Ю.В. Карачева, А.Н. Смыкова

Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого, Красноярск, Россия

### **АННОТАЦИЯ**

В настоящее время во всём мире наблюдаются рост и увеличение заболеваемости первичными лимфомами кожи. В-клеточные кожные лимфомы составляют 25–30% первичных лимфом кожи. Среди всех лимфом кожи первичная кожная лимфома из клеток фолликулярных центров встречается в 10–11% случаев и характеризуется большими сложностями диагностики из-за схожести клинических проявлений с другими дерматозами, такими как доброкачественная лимфоплазия, саркоидоз Бека, лимфоцитарная инфильтрация Джесснера–Канофа, метастазы в кожу.

В статье представлен клинический случай В-клеточной лимфомы у женщины в возрасте 29 лет с поражением кожи лица в виде узла, изначально неверно интерпретированным как доброкачественная лимфоплазия. В течение 5 лет больная получала терапию топическими глюкокортикоидами без должного эффекта. В дальнейшем с целью дифференциальной диагностики саркоидоза с В-клеточной лимфомой было проведено гистологическое и иммуногистохимическое исследование. Гистологически в дерме выявлена нодулярная пролиферация атипичных лимфоидных клеток, имеющих в большинстве своём цитологические характеристики центроцита с примесью небольшого числа центробластов. Нодулярные пролифераты содержат примесь компактно расположенных мелких лимфоцитов. Признаков эпидермотропизма не прослеживается. При иммуногистохимическом исследовании клетки, формирующие нодулярные пролифераты, экспрессируют CD20, bc16 при индексе пролиферативной активности по экспрессии ядерного протеина K167 — 20–30%, в основе нодулярных пролифератов определяется диссоциированная сеть фолликулярных дендритных клеток, экспрессирующих CD21. Не экспрессированы клетками пролиферата bc12, CD3, CD2 и CD5; CD117 экспрессирован примесью дискретно распределённых тучных клеток. Морфологическая картина соответствует первичной кожной центрофолликулярной лимфоме. Проведено иссечение узла. Лучевая терапия не назначалась в связи с беременностью пациентки.

Данное клиническое наблюдение подчёркивает важность рассмотрения диагноза лимфомы в дифференциальной диагностике торпидных к терапии дерматологических заболеваний.

**Ключевые слова:** В-клеточная лимфома кожи; фолликулярная лимфома; первичная лимфома кожи.

### **Как цитировать:**

Карачева Ю.В., Смыкова А.Н. В-клеточная лимфома кожи: клиническое наблюдение // Российский журнал кожных и венерических болезней. 2024. Т. 27, № 3. С. 241–248. DOI: <https://doi.org/10.17816/dv626353>

DOI: <https://doi.org/10.17816/dv626353>

Case report

## B-cell lymphoma of the skin: clinical observation

Yulia V. Karacheva, Anastasia N. Smykova

Professor V.F. Voino-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University, Krasnoyarsk, Russia

### ABSTRACT

Currently, there is an increase and an increase in the incidence of primary skin lymphomas worldwide. B-cell cutaneous lymphomas account for 25–30% of primary skin lymphomas. Among all skin lymphomas, primary cutaneous lymphoma from follicular center cells occurs in 10–11% of cases and is characterized by great diagnostic difficulties due to the great similarity of clinical manifestations with other dermatoses, such as benign lymphoplasia, Beck's sarcoidosis, Jessner–Kanof lymphocytic infiltration, skin metastases.

This paper presents a clinical case of B-cell lymphoma in a 29-year-old woman with a lesion of the facial skin in the form of a node, initially incorrectly interpreted as benign lymphoplasia. For five years, the patient received therapy with topical glucocorticosteroids with no effect from. Subsequently, histological examination and immunohistochemistry were performed for the purpose of differential diagnosis of sarcoidosis with B-cell lymphoma. Histologically, there is nodular proliferation of atypical lymphoid cells in the dermis, most of which have cytological characteristics of a centrocyte with an admixture of a small number of central blasts. Nodular proliferates contain an admixture of compactly arranged small lymphocytes. There are no signs of epidermotropism. During immunohistochemical examination, cells forming nodular proliferates express CD20, bc16 with an index of proliferative activity for the expression of nuclear protein K167 — 20–30%, a dissociated network of follicular dendritic cells expressing CD21 is determined at the base of nodular proliferates. They are not expressed by bc12, CD3, CD2, CD5 proliferate cells. CD117 is expressed by an admixture of discretely distributed mast cells. The morphological picture corresponds to primary cutaneous centrofollicular lymphoma. The node was excised. Radiation therapy was not prescribed due to the patient's pregnancy.

This clinical observation highlights the importance of considering the diagnosis of lymphoma in the differential diagnosis of treatment-resistant dermatological diseases.

**Keywords:** B-cell lymphoma of the skin; follicular lymphoma; primary lymphoma of the skin.

### To cite this article:

Karacheva YuV, Smykova AN. B-cell lymphoma of the skin: clinical observation. *Russian journal of skin and venereal diseases*. 2024;27(3):241–248. DOI: <https://doi.org/10.17816/dv626353>

## АКТУАЛЬНОСТЬ

Первичные лимфомы кожи представляют собой гетерогенную группу экстра nodальных неходжкинских лимфом, которые развиваются в результате неопластической пролиферации и накопления клонов Т-лимфоцитов, НК-клеток или В-лимфоцитов [1]. Первичные лимфомы кожи занимают второе место среди экстра nodальных неходжкинских лимфом после лимфом желудочно-кишечного тракта, отличаются от nodальных неоплазий клинической картиной, течением, а также наличием специфических хромосомных транслокаций и экспрессии различных онкогенов [2, 3].

В настоящее время во всём мире наблюдаются рост и увеличение заболеваемости первичными лимфомами кожи. Так, в Европе прирост заболеваемости первичными лимфомами кожи составляет около 3%, заболеваемость первичными лимфомами кожи в США за последние 20 лет возросла с 0,5 до 1,27 случая на 100 000 населения [2, 3]. Данные о частоте встречаемости и течении заболевания у различных этнических групп свидетельствуют о том, что у коренных жителей Австралии лимфомы развиваются чаще, чем у австралийцев некоренного происхождения, а общая заболеваемость лимфоидными опухолями в Азии ниже по сравнению со странами Европы [4, 5].

Проблема диагностики первичных лимфом кожи в учреждениях кожно-венерологического профиля связана с тем, что на ранних стадиях заболевания они могут имитировать различные хронические воспалительные дерматозы, такие как рецидивирующее рожистое воспаление, пиодермии, опоясывающий лишай [1, 6].

В-клеточные кожные лимфомы (ВКЛК) составляют 25–30% первичных лимфом кожи, Т-клеточные лимфомы, напротив, являются распространёнными неоплазиями данной группы [7]. К ВКЛК относятся первичная кожная В-клеточная лимфома из клеток фолликулярного центра, первичная кожная В-клеточная лимфома маргинальной зоны и первичная кожная диффузная В-крупноклеточная лимфома, ножной тип [8].

Первичная кожная лимфома из клеток фолликулярных центров — это лимфома кожи, характеризующаяся фолликулярным ростом В-клеток зародышевого центра лимфоидного фолликула. Среди всех лимфом кожи она встречается в 10–11% случаев. Независимо от пола, её чаще выявляют в возрасте 55–56 лет. Так, в исследовании И.А. Ламоткина и соавт. [8] возрастной промежуток составил от 31 года до 65 лет (средний возраст  $51,5 \pm 13,7$  года), соотношение мужчин и женщин — 1,5:1 соответственно. Диагноз устанавливали в сроки от 1 до 5 (в среднем через  $2,9 \pm 1,4$ ) месяцев от возникновения очагов поражения и при распространении первичной опухоли в коже до стадий T1a и T2a. Средний срок наблюдения составил  $1,2 \pm 0,5$  года [8].

Клиническая картина фолликулярной лимфомы представлена, как правило, чётко очерченным единичным

синюшным узлом плотноэластической консистенции, размером 2–3 см (не более 4 см) в наибольшем измерении. Наиболее частая локализация — голова, шея и туловище. Иногда могут наблюдаться изъязвления очага поражения или множественные высыпания [8]. По данным И.А. Ламоткина и соавт. [8], для фолликулярной лимфомы характерно индолентное течение, пятилетняя выживаемость 89–96%: при единичных очагах и локализации на коже головы и шеи она составляет более 96%, при мультифокальном поражении и расположении на ногах — менее 89%.

Диагноз устанавливают случайно, после удаления псевдолимфомы кожи или базалиомы и получения результатов гистологического и иммуногистохимического исследования. В некоторых случаях диагноз лимфомы кожи позволяет заподозрить цитологическое исследование. Диагноз, как правило, устанавливают на ранних стадиях T1aNOMO и T2aNOMO [8].

Гистологически для лимфомы из клеток фолликулярного центра характерно наличие густого пролиферата в нижних отделах дермы с распространением в гиподерму. Среди клеток пролиферата видны фолликулярные структуры со слабовыраженной мантийной зоной или её отсутствием. Чётко отграниченная маргинальная зона обычно отсутствует. Фолликулы содержат центроциты и центробласты в различных соотношениях. В межфолликулярных зонах — скопления реактивных мелких лимфоцитов, гистиоцитов с примесью некоторого количества эозинофилов и плазмоцитов. При изъязвлении опухоли возможна её инфильтрация в дерму, подкожно-жировую клетчатку и скелетные мышцы [9].

В-клеточные лимфомы кожи различаются по степени злокачественности. ВКЛК низкой степени злокачественности (ВКЛК I) представлена узловой и бляшечной формой. Возникает заболевание в любом возрасте, и малигнизация происходит через 20–30 лет от начала процесса. Для узловой формы характерно формирование одного или нескольких узлов диаметром до 3 см розово-бурого цвета, плотно-эластичной консистенции, с гладкой поверхностью, со временем увеличивающихся в размере и количестве. Для бляшечной формы типичны желтовато-розовые или бурые пятна крупного размера, которые в дальнейшем трансформируются в бляшки и узлы [10]. ВКЛК средней степени злокачественности (ВКЛК II) представлена плотными узлами багрового цвета с первоначальной локализацией на голове и шее и дальнейшей диссеминацией по телу, с нарастанием злокачественности через 2–3 года от начала заболевания [10]. ВКЛК высокой степени злокачественности (ВКЛК III) отличается быстрым прогрессированием процесса с диссеминацией глубоко расположенных подкожных узлов в течение полугода с летальным исходом через 1–2 года [10].

Несмотря на то, что ВКЛК представлены меньшинством среди первичных лимфом кожи, они требуют настороженности дерматологов и онкологов в плане

дифференциальной диагностики с доброкачественными лимфоплазиями и другими дерматозами, сопровождающимися появлением узлов. Клиническая картина ВКЛК однородна и характеризуется узлами и бляшками красно-фиолетового цвета на коже головы, туловища и конечностей [9]. Узлы не сопровождаются шелушением ввиду отсутствия при данной форме неоплазии эпидермотропизма опухолевого инфильтрата. Наиболее часто В-клеточные лимфомы приходится дифференцировать с доброкачественной лимфоплазией, саркоидозом Бека, лимфоцитарной инфильтрацией Джесснера–Канофа, метастазами. Наблюдение за больными на ранних этапах развития заболевания осуществляется в дерматологических учреждениях, при этом первоначальные диагнозы имеют, как правило, широкий спектр нозологических форм дерматозов, не всегда совпадают с окончательным диагнозом [1].

Лечение зависит от распространённости поражения и чаще всего ограничивается иссечением, в некоторых случаях дополнительно выполняют лучевую терапию. Единичные узлы иссекают в пределах здоровых тканей. Оперативное лечение иногда сочетается с предоперационной или послеоперационной близкофокусной рентгенотерапией. При первом варианте проводят 5 сеансов лучевой терапии по 340 рад, отмечают уменьшение опухоли и удаляют её. При втором варианте после иссечения узла в месте удаления выполняют близкофокусную рентгенотерапию в суммарной дозе 5100 рад.

ВКЛК из клеток фолликулярного центра характеризуется индолентным течением с пятилетней выживаемостью 95%. Часто после лечения через 1–2 года пациентов снимают с наблюдения [10, 11].

В данной работе мы представляем клинический случай ВКЛК у женщины 29 лет с поражением кожи лица в виде узла, изначально неверно интерпретированного как доброкачественная лимфоплазия. Представленное наблюдение подчёркивает важность рассмотрения диагноза лимфомы в дифференциальной диагностике торпидных к терапии дерматологических заболеваний.

## ОПИСАНИЕ СЛУЧАЯ

### О пациенте

Больная П., 29 лет, в 2017 году обратилась к дерматологу Красноярского краевого кожно-венерологического диспансера № 1 с жалобами на наличие образования кожи лба, появление которого ни с чем не связывала. Дерматологом была клинически диагностирована доброкачественная лимфоплазия. В соответствии с выставленным диагнозом назначена топическая гормональная терапия. На протяжении 5 лет, несмотря на отсутствие эффекта от проводимой терапии, больная не обращалась повторно за медицинской помощью. В сентябре 2022 года по направлению из женской консультации, где

наблюдалась по поводу беременности, была представлена на кафедре дерматовенерологии Красноярского государственного медицинского университета.

*При осмотре:* на коже лба слева локализуется узел бордово-красного цвета подковообразной формы, размером 3×2 см, безболезненный, плотноэластичной консистенции, с гладкой поверхностью (рис. 1).

Хроническую соматическую патологию отрицает.



**Рис. 1.** Больная П., 29 лет. На коже лба слева локализуется узел бордово-красного цвета подковообразной формы, размером 3×2 см, безболезненный, плотноэластичной консистенции, с гладкой поверхностью.

**Fig. 1.** Patient P., 29 years old. A horseshoe-shaped burgundy-red nodule of 3×2 cm in size, painless, dense-elastic consistency, with a smooth surface was located on the skin of the forehead on the left side.

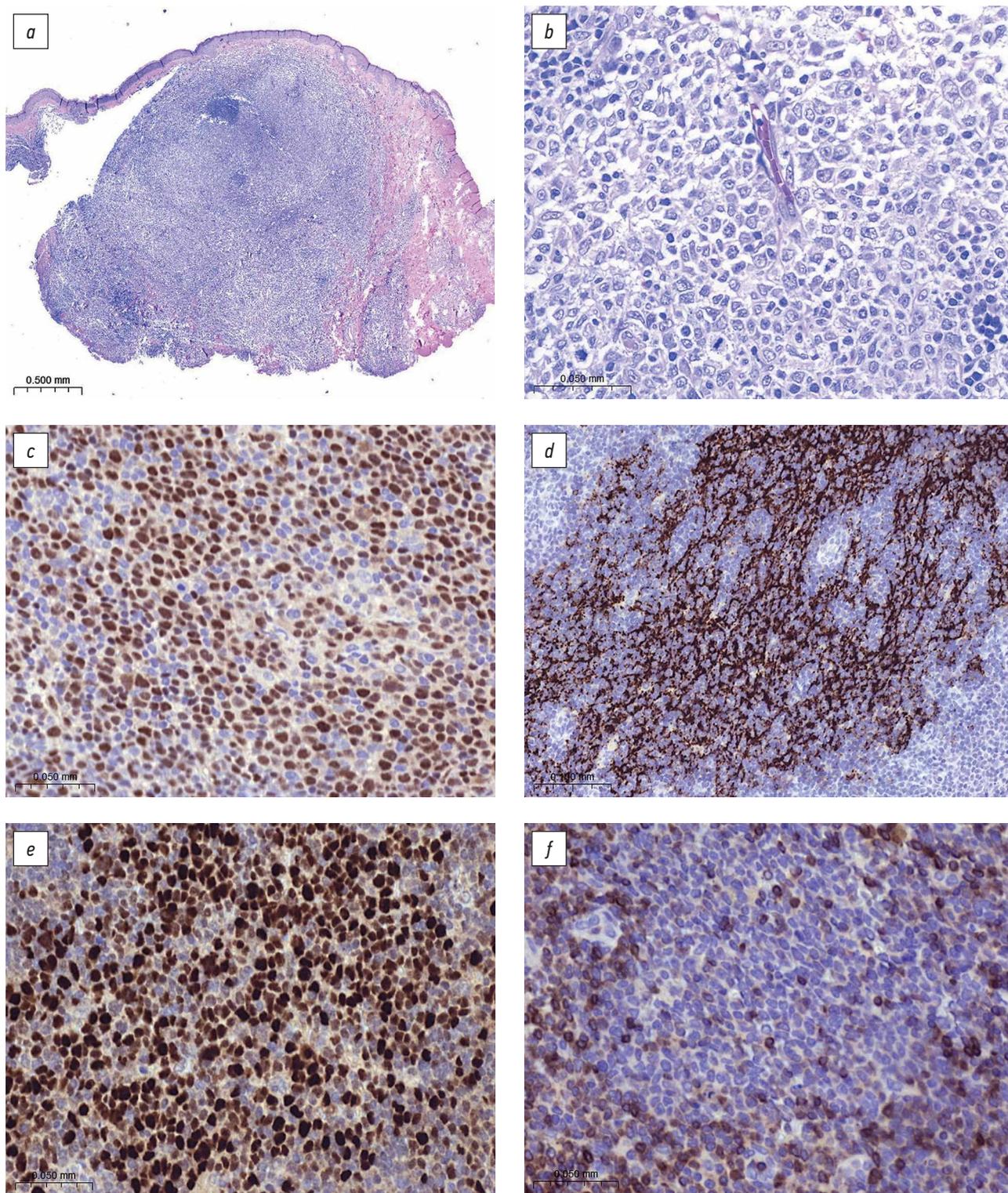
### Результаты физикального, лабораторного и инструментального исследования

*Результаты скринингового обследования* — без патологии. Заключение: рекомендована биопсия узла с целью дифференциальной диагностики саркоидоза и ВКЛК.

*Результат гистологического исследования:* в дерме, в сосочковом и сетчатом слоях — плотный лимфоидный инфильтрат; ядра с полиморфизмом и митозами. Заключение: «В-клеточная лимфома». Рекомендовано иммуногистохимическое исследование с иммунофенотипированием клеток инфильтрата.

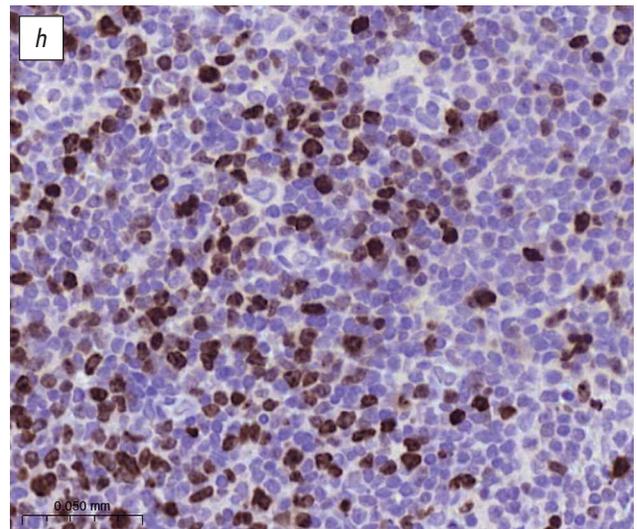
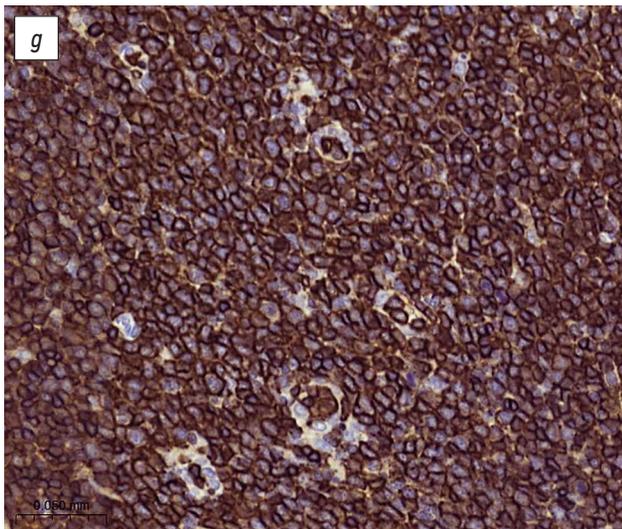
Пациентка незамедлительно направлена в онкодиспансер, где было проведено иссечение узла с последующим иммуногистохимическим исследованием.

*Результат иммуногистохимического исследования* от 19.10.2022 (рис. 2): материал представлен биоптатом



**Рис. 2.** Результаты гистологического и иммуногистохимического исследования: *a* — обзорный вид препарата кожи с нодулярным пролифератом опухолевых лимфоидных клеток; *b* — преимущественно центроцитарный состав нодулярных опухолевых пролифератов с примесью небольшого числа центробластов; *c* — ядерная экспрессия клетками опухоли *bcl6*; *d* — дислоцированная сеть фолликулярных дендритных клеток, экспрессирующих *CD23*, в основе опухолевых пролифератов; *e* — ядерная экспрессия клетками опухоли *LMO2*; *f* — опухолевые клетки не экспрессируют *bcl2*; *g* — экспрессия клетками опухоли *CD20*; *h* — экспрессия клетками опухоли ядерного протеина *Ki67*.

**Fig. 2.** Results of histological and immunohistochemical examination: *a* — overview view of skin preparation with nodular proliferate tumour lymphoid cells; *b* — predominantly centrocytic composition of nodular tumour proliferates with admixture of a small number of centroblasts; *c* — nuclear expression of *bcl6* by tumour cells; *d* — dislocated network of follicular dendritic cells expressing *CD23* at the base of tumour proliferates; *e* — nuclear expression of *LMO2* by tumour cells; *f* — tumour cells do not express *bcl2*; *g* — expression of *CD20* by tumour cells; *h* — expression of *Ki67* nuclear protein by tumour cells.



**Рис. 2.** Окончание.  
**Fig. 2.** Ending.

кожи, в дерме определяется нодулярная пролиферация атипичных лимфоидных клеток, имеющих большей частью цитологические характеристики centrocyta с примесью небольшого числа centroblastov. Нодулярные пролифераты содержат примесь компактно расположенных мелких лимфоцитов. Признаков эпидермотропизма не прослеживается. При иммуногистохимическом исследовании клетки, формирующие нодулярные пролифераты, экспрессируют CD20; bc16 при индексе пролиферативной активности по экспрессии ядерного протеина K167 — 20–30%; в основе нодулярных пролифератов определяется диссоциированная сеть фолликулярных дендритных клеток, экспрессирующих CD21. Не экспрессированы клетками пролиферата bc12, CD3, CD2, CD5. CD117 экспрессирован примесью дискретно распределённых тучных клеток. Заключение: «Морфологическая картина соответствует первичной кожной centrofollicularной лимфоме».

### Лечение и последующее наблюдение

Больной проведено оперативное лечение с иссечением узла в пределах здоровых тканей. В связи с наличием на момент операции у пациентки беременности сроком 30 недель лучевая терапия не проводилась.

Послеоперационный период протекал без осложнений с формированием рубца (рис. 3).

### ОБСУЖДЕНИЕ

Представленный клинический случай подтверждает сложности клинической диагностики первичной кожной лимфомы из клеток фолликулярных центров, описываемые разными исследователями [1, 8]. Первоначально на амбулаторном приёме неверно диагностируется различная патология кожи: доброкачественная лимфоплазия, саркоидоз Бека, лимфоцитарная



**Рис. 3.** Послеоперационный рубец на коже лба в результате иссечения опухоли.

**Fig. 3.** Postoperative scar on the forehead skin as a result of tumour excision.

инфильтрация Джесснера–Канофа или метастазы в кожу при локализации опухоли во внутренних органах [1]. Представленной нами пациентке также изначально была диагностирована доброкачественная лимфоплазия, а назначенная топическая гормональная терапия не дала положительного эффекта. Срок с момента появления первых высыпаний до постановки верного диагноза составил более 5 лет. Учитывая, что ВКЛК относятся к злокачественным новообразованиям, увеличение периода времени без адекватной терапии может привести к диссеминации процесса и нарастанию злокачественности [8].

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, проблема первичных кожных лимфом является одной из важнейших и приоритетных проблем современной медицины как в связи с их высокой распространённостью, так и чрезвычайной сложностью диагностики и лечения, требующих учёта многих факторов и использования широкого спектра современных методов обследования — гистологических, иммунологических, молекулярно-генетических. В ситуации резистентных к терапии кожных высыпаний структура дифференциального диагноза, несомненно, должна включать поиск лимфопролиферативных заболеваний. Наш клинический случай в очередной раз подчёркивает важность диагностической биопсии кожи при торпидных дерматологических заболеваниях.

## ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

**Источник финансирования.** Авторы заявляют об отсутствии внешнего финансирования при подготовке рукописи.

**Конфликт интересов.** Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

**Вклад авторов.** Авторы подтверждают соответствие своего авторства международным критериям ICMJE (все авторы внесли существенный вклад в разработку концепции, проведение исследования и подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию перед публикацией). Наибольший вклад распределён следующим образом: Ю.В. Карачева — сбор данных, написание черновика рукописи,

научная редакция рукописи, рассмотрение и одобрение окончательного варианта рукописи; А.Н. Смыкова — написание черновика рукописи, техническая редакция, дизайн, вёрстка.

**Информированное согласие на публикацию.** Пациентка добровольно подписала информированное согласие на публикацию персональной медицинской информации в обезличенной форме в журнале «Российский журнал кожных и венерических болезней», а также на передачу электронной копии подписанной формы информированного согласия сотрудникам редакции журнала.

## ADDITIONAL INFORMATION

**Funding source.** This publication was not supported by any external sources of funding.

**Competing interests.** The authors declare that they have no competing interests.

**Authors' contribution.** All authors made a substantial contribution to the conception of the work, acquisition, analysis, interpretation of data for the work, drafting and revising the work, final approval of the version to be published and agree to be accountable for all aspects of the work. Yu.V. Karacheva — data collection, writing a draft of the manuscript, scientific revision of the manuscript, consideration and approval of the final version of the manuscript; A.N. Smykova — writing a draft of the manuscript, technical revision, design, layout.

**Consent for publication.** Written consent was obtained from patients for publication of relevant medical information and all associated images in the manuscript.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Куклин И.А., Кохан М.М., Демидов С.М. Первичные лимфомы кожи // *Лечащий врач*. 2018. № 5. С. 27–29. EDN: XQSAHR
2. Eder J., Kern A., Moser J., et al. Frequency of primary cutaneous lymphoma variants in Australia: Retrospective data from a dermatology referral centre between 2006 and 2013 // *Eur Acad Dermatol Venereol*. 2015. Vol. 29, N 8. P. 1517–1523. doi: 10.1111/jdv.12907
3. Blaizot R., Ouattara E., Fauconneau A., et al. Infectious events and associated risk factors in mycosis fungoides/Sézary syndrome: A retrospective cohort study // *Br J Dermatol*. 2018. Vol. 179, N 6. P. 1322–1328. doi: 10.1111/bjd.17073
4. Потекаев Н.Н., Хамаганова И.В., Алмазова А.А., и др. Проблемы эпидемиологии, диагностики и организации медицинской помощи пациентам с лимфомами кожи // *Клиническая дерматология и венерология*. 2013. Т. 11, № 4. С. 4–7. EDN: RBMEGT
5. Zhang X., Condon J.R., Rumbold A.R., et al. Estimating cancer incidence in Indigenous Australians // *Aust NZ J Public Health*. 2011. Vol. 35, N 5. P. 477–485. doi: 10.1111/j.1753-6405.2011.00762.x
6. Буланова Н.В., Семочкин С.В. Трудности диагностики ALK-негативной анапластической крупноклеточной лимфомы, ма-

нифестировавшей с поражения кожи // *Российский журнал кожных и венерических болезней*. 2022. Т. 25, № 6. С. 25–32. EDN: DYLDIB doi: 10.17816/dv115012

7. Denisjuk N., Kerl K., Cozzio A. Primary cutaneous B-cell lymphoma // *J Deutschen Dermatologischen Gesellschaft*. 2012. Vol. 10, N 1. P. 12–22; quiz 23. doi: 10.1111/j.1610-0387.2011.07852.x

8. Ламоткин И.А., Рукавицын А.О., Гладыко В.В., и др. В-клеточные лимфомы кожи: 20-летний опыт наблюдения и лечения // *Российский журнал кожных и венерических болезней*. 2017. Т. 20, № 5. С. 260–266. EDN: YLWZAS doi: 10.18821/1560-9588-2017-20-5-260-266

9. Ламоткин И.А. *Онкодерматология. Атлас*. Учебное пособие. Москва: Лаборатория знаний, 2017. 878 с.

10. Пальцев М.А., Потекаев Н.Н., Казанцева И.А., и др. *Клинико-морфологическая диагностика заболеваний кожи (атлас)*. Москва: Медицина, 2004. 428 с.

11. Lauren P. Diagnosis and management of cutaneous B-cell lymphoma // *Dermatologic Clin*. 2015. Vol. 33, N 4. P. 835–840. doi: 10.1016/j.det.2015.05.003

## REFERENCES

1. Kuklin IA, Kohan MM, Demidov SM. Primary lymphomas of the skin. *Practitioner*. 2018;(5):27–29. EDN: XQSAHR
2. Eder J, Kern A, Moser J, et al. Frequency of primary cutaneous lymphoma variants in Australia: Retrospective data from a dermatology referral centre between 2006 and 2013. *Eur Acad Dermatol Venereol*. 2015;29(8):1517–1523. doi: 10.1111/jdv.12907
3. Blaizot R, Ouattara E, Fauconneau A, et al. Infectious events and associated risk factors in mycosis fungoides/Sézary syndrome: A retrospective cohort study. *Br J Dermatol*. 2018;179(6):1322–1328. doi: 10.1111/bjd.17073
4. Potekaeв NN, Khamaganova IV, Almazova AA, et al. The problems of epidemiology, diagnosis, and organization of medical care for patients with cutaneous lymphomas. *Russ J Clin Dermatol Venereol*. 2013;11(4):4–7. EDN: RBMEGT
5. Zhang X, Condon JR, Rumbold AR, et al. Estimating cancer incidence in Indigenous Australians. *Aust NZ J Public Health*. 2011;35(5):477–485. doi: 10.1111/j.1753-6405.2011.00762.x
6. Bulanova NV, Semochkin SV. Difficulties in diagnosing ALK-negative anaplastic large cell lymphoma manifesting from a skin lesion. *Russ J Skin Venereal Dis*. 2022;25(6):25–32. EDN: DYLDIB doi: 10.17816/dv115012
7. Denisjuk N, Kerl K, Cozzio A. Primary cutaneous B-cell lymphoma. *J Deutschen Dermatologischen Gesellschaft*. 2012;10(1):12–22; quiz 23. doi: 10.1111/j.1610-0387.2011.07852.x
8. Lamotkin IA, Rukavitsyn AO, Gladko VV, et al. Skin B-cell lymphomas: 20 years experience in observation and treatment. *Russ J Skin Venereal Dis*. 2017;20(5):260–266. EDN: YLWZAS doi: 10.18821/1560-9588-2017-20-5-260-266
9. Lamotkin IA. *Oncodermatology. Atlas*. Textbook. Moscow: Laboratoriya znanii; 2017. 878 p. (In Russ).
10. Fingers MA, Potekaeв NN, Kazantseva IA, et al. *Clinical and morphological diagnosis of skin diseases (Atlas)*: Textbook. Moscow: Meditsina; 2004. 428 p. (In Russ).
11. Lauren P. Diagnosis and management of cutaneous B-cell lymphoma. *Dermatologic Clin*. 2015;33(4):835–840. doi: 10.1016/j.det.2015.05.003

## ОБ АВТОРАХ

\* **Смыкова Анастасия Николаевна**, канд. мед. наук;  
адрес: Россия, 660022, Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 1;  
ORCID: 0000-0001-5846-4244;  
eLibrary SPIN: 2226-9685;  
e-mail: smykova.a@mail.ru

**Карачева Юлия Викторовна**, д-р мед. наук, доцент;  
ORCID: 0000-0002-7025-6824;  
eLibrary SPIN: 4789-9178;  
e-mail: julkar19@yandex.ru

\* Автор, ответственный за переписку / Corresponding author

## AUTHORS' INFO

\* **Anastasia N. Smykova**, MD, Cand. Sci. (Med.);  
address: 1 Partizan Zeleznyak street, 660022 Krasnoyarsk, Russia;  
ORCID: 0000-0001-5846-4244;  
eLibrary SPIN: 2226-9685;  
e-mail: smykova.a@mail.ru

**Yulia V. Karacheva**, MD, Dr. Sci. (Med.), Associate Professor;  
ORCID: 0000-0002-7025-6824;  
eLibrary SPIN: 4789-9178;  
e-mail: julkar19@yandex.ru