

Ф. Д. Євчев, Д. І. Заболотний, А. Ф. Євчева

**ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ
ХВОРИХ ЗІ ЗЛОЯКІСНИМИ
НОВОУТВОРЕННЯМИ
ЗОВНІШНЬОГО НОСА І ВУХА
ТА ТУЛУБА**

Навчально-методичний посібник
для студентів вищих медичних навчальних закладів
III–IV рівнів акредитації

Одеса
«Астропринт»
2021

У посібнику розглядаються питання з клінічної анатомії, фізіології, морфології, методи діагностики і лікування хворих з новоутвореннями шкіри органів обличчя і тулуба. Висвітлено сучасні погляди на етіологію, патогенез, класифікації доброякісних та злоякісних новоутворень шкіри. Особливу увагу приділено першим та раннім симптомам захворювань. Визначено місце комплексної діагностики та комбінованого і комплексного лікування злоякісних пухлин шкіри зовнішнього носа і вуха.

Посібник ілюстровано кольоровими малюнками. Видання базується на досвіді діагностики та лікування понад 1000 хворих з новоутвореннями шкіри зовнішнього носа і вуха.

Посібник розраховано на студентів вищих медичних навчальних закладів освіти III–IV рівнів акредитації, лікарів-інтернів, курсантів, клінічних ординаторів, магістрів та практикуючих сімейних лікарів, лікарів отоларингологів та дерматологів.

Автори:

Євчев Федір Дмитрович — доктор медичних наук, професор Одеського національного медичного університету, заслужений лікар України, член президії Асоціації онкологів голови і шиї України;

Заболотний Дмитро Ілліч — доктор медичних наук, професор, академік НАМН України, віце-президент Національної академії медичних наук України, директор ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О. С. Коломійченка НАМН України»;

Євчева Ангеліна Федорівна — лікар-оториноларинголог, онкоотоларинголог, асистент кафедри отоларингології Одеського національного медичного університету, член Асоціації онкологів голови і шиї України

Рецензенти:

Абизов Р. А., д-р мед. наук, професор, професор кафедри оториноларингології Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика, лауреат Державної премії України в галузі науки і техніки, заслужений діяч науки і техніки України;

Попович В. І., д-р мед. наук, професор, зав. кафедри оториноларингології, офтальмології з курсом хірургії голови та шиї Івано-Франківського національного медичного університету, голова експертної групи МОЗ України за напрямом «Отоларингологія. Дитяча отоларингологія. Сурдологія»

Рекомендовано до друку на засіданні вченої ради Одеського національного медичного університету (протокол № 1 від 15.09.2020 р.)

<i>Передмова</i>	7
<i>Вступ</i>	9
<i>Перелік умовних позначень і скорочень</i>	11
<i>Розділ I</i>	
КЛІНІЧНА АНАТОМІЯ, ФІЗІОЛОГІЯ ШКІРИ ОРГАНІВ ОБЛИЧЧЯ ТА ТУЛУБА	12
1.1. Будова зовнішнього носа та особливості будови шкіри . . .	16
1.2. Будова зовнішнього вуха та особливості будови шкіри . . .	19
1.3. Загальні функції шкіри людини	24
1.4. Методи дослідження шкіри органів обличчя і тулуба здорової людини та хворих на злоякісне ураження	26
1.5. Види біопсії	29
<i>Питання для самоконтролю</i>	30
<i>Література</i>	32
<i>Розділ II</i>	
СТАТИСТИЧНІ ДАНІ ЗАХВОРЮВАНЬ ШКІРИ ЗЛОЯКІСНИМИ НОВОУТВОРЕННЯМИ	34
<i>Питання для самоконтролю</i>	36
<i>Література</i>	37
<i>Розділ III</i>	
НОВОУТВОРЕННЯ ШКІРИ ОРГАНІВ ОБЛИЧЧЯ ТА ТУЛУБА ЛЮДИНИ	38
3.1. Клінічна характеристика пухлиноподібних і доброякісних новоутворень обличчя (зовнішнього носа і вуха) та тулуба	38
<i>Питання для самоконтролю</i>	49
<i>Література</i>	51

3.2. Передракові (прикордонні) захворювання шкіри	51
<i>Питання для самоконтролю</i>	52
<i>Література</i>	53
3.3. Клінічна і морфологічна характеристика злоякісних новоутворень шкіри	53
3.4. Види та клінічний перебіг злоякісних новоутворень	57
3.5. Стадії злоякісних новоутворень	71
<i>Питання для самоконтролю</i>	78
<i>Література</i>	79

Розділ IV

ЕТИОПАТОГЕНЕЗ ЗЛОЯКІСНИХ НОВОУТВОРЕНЬ ШКІРИ ОБЛИЧЧЯ ТА ТУЛУБА ЛЮДИНИ

4.1. Фактори, що призводять до розвитку малігнізації здорової шкіри, пухлиноподібних та доброякісних новоутворень	81
4.2. Неопластична клітина шкіри: основні властивості	86
<i>Питання для самоконтролю</i>	88
<i>Література</i>	89

Розділ V

СПОСОБИ ДІАГНОСТИКИ НОВОУТВОРЕНЬ ШКІРИ ОБЛИЧЧЯ (ЗОВНІШНЬОГО НОСА, ВУХА) ТА ТУЛУБА. ДІАГНОСТИЧНІ ТЕСТИ

5.1. Схема обстеження хворого з новоутвореннями шкіри	94
5.2. Клінічні ознаки новоутворень шкіри	97
<i>Питання для самоконтролю</i>	100
<i>Література</i>	101
5.3. Диференційна діагностика злоякісних пухлин шкіри з інфекційними захворюваннями	102
<i>Питання для самоконтролю</i>	107
<i>Література</i>	108
5.4. Інші методи діагностики (мікроскопія, конфокальна інфрачервона діагностика і термодиференційний тест) . . .	109

5.5. Флуоресцентна та інша діагностика межі пухлинного ураження	110
<i>Питання для самоконтролю</i>	114
<i>Література</i>	115
5.6. Морфологічне дослідження (пункція або біопсія пухлини шкіри)	116
<i>Питання для самоконтролю</i>	118
<i>Література</i>	118
5.7. Правила складання заключного клінічного діагнозу	119
<i>Питання для самоконтролю</i>	122
<i>Література</i>	124

Розділ VI

МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ЗІ ЗЛОЯКІСНИМИ НОВОУТВОРЕННЯМИ ШКІРИ ЗОВНІШНЬОГО НОСА, ВУХА ТА ТУЛУБА

6.1. Хірургічне лікування та медикаментозна терапія	126
6.2. Променева терапія	134
6.3. Кріотерапія (органічний азот)	135
6.4. Фотодинамічна терапія (ФДТ)	137
<i>Питання для самоконтролю</i>	138
<i>Література</i>	139
6.5. Комбіноване та комплексне лікування пухлин шкіри	139
6.6. Прогноз злоякісного ураження шкіри людини	142
6.7. Рецидиви і метастазування злоякісних пухлин	145
<i>Питання для самоконтролю</i>	146
<i>Література</i>	147

Розділ VII

УСКЛАДНЕННЯ ЗЛОЯКІСНИХ НОВОУТВОРЕНЬ ШКІРИ ОБЛИЧЧЯ ТА ТУЛУБА.

7.1. Ракова інтоксикація, кровотеча та невідкладна допомога	148
<i>Питання для самоконтролю</i>	154

<i>Література</i>	156
<i>Розділ VIII</i>	
ПРОФІЛАКТИКА ЗЛОЯКІСНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ШКІРИ ЛЮДИНИ	157
<i>Питання для самоконтролю</i>	163
<i>Література</i>	164
<i>Висновки</i>	166
<i>Conclusion</i>	167
<i>Рецептура</i>	168
<i>Список літератури</i>	176
<i>Додаток</i>	183

Передмова

Сьогодні існує актуальне правило, чим раніше виявляється злоякісне захворювання, тим більше шансів на повне одужання. Світова наукова спільнота і наша клінічна практика показує, що 90 % пацієнтів, у яких було діагностовано рак першої стадії та своєчасно проведене лікування, змогли побороти тяжкий недуг і поліпшити якість життя.

Асоціація онкологів Європи й України

Посібник з захворювань шкіри зовнішнього носа і вуха та тулуба є першим виданням такого зразка в нашій країні. Його видання викликане необхідністю удосконалення нових методів діагностики та лікування хворих з поверхневими новоутвореннями шкіри обличчя та тулуба. Посібник може використовуватися для самостійної підготовки студентів, лікарів-інтернів та лікарів ЛОР-онкологів, онкодерматологів і онкологів.

Посібник складається з семи розділів.

У першому розділі подано анатомо-фізіологічні особливості шкіри в цілому, практично розглянуті усі сучасні методи дослідження шкіри органів обличчя та тулуба.

У другому розділі показані статистичні дані про захворюваність добро- і злоякісними новоутвореннями шкіри людини. Третій і четвертий розділи відображають класифікацію і можливий етіопатогенез новоутворень шкіри зовнішнього носа і вуха та тулуба. Проілюстровано різні нозологічні форми новоутворень шкіри та надано їх клінічні характеристики. У п'ятому розділі висвітлено сучасні методи діагностики новоутворень зовнішнього носа і вуха та тулуба. У шостому розділі показано сучасні методи лікування хворих із злоякісними новоутвореннями зовнішнього носа, вуха та тулуба та рецидиви. Сьомий розділ висвітлює ускладнення та профілактику злоякісних пухлин зовнішнього носа, вуха та тулуба.

Посібник є результатом досвіду клінічної, практичної діяльності Інституту отоларингології ім. проф. О. С. Коломійченка НАМН України та викладацької діяльності членів кафедри оториноларингології Одеського НМедУ на базі відділення отоларингології — хірургії голови і шиї міської клінічної лікарні № 11 Одеси.

Автори посібника висловлюють щирю подяку рецензентам за підтримку і консультації щодо написання посібника.

Автори сподіваються, що посібник допоможе студентам добре засвоїти курс пропедевтики захворювань шкіри, а лікарям — підвищити рівень діагностики і надання кваліфікованої медичної допомоги хворим з новоутвореннями шкіри зовнішнього носа, вуха та тулуба.

Посібник підготовлений відповідно до останніх, на момент видання, міжнародних рекомендацій NCCN, буде корисним для широкого кола лікарів онкологічного профілю, що спеціалізуються на діагностиці і лікуванні пухлин голови, шиї та тулуба.

Онкологія голови і шиї, яка включає захворювання органів обличчя та шиї, — клінічна дисципліна, що вивчає анатомію, фізіологію, патологію і морфологію не тільки органів обличчя, але і прилеглих до них ділянок.

Особливу увагу потрібно звернути на новоутворення шкіри обличчя (зовнішнього носа і вуха) та тулуба, тому що кількість хворих збільшується з кожним роком. Відомо, що злоякісні новоутворення носа і вуха зустрічаються значно частіше, ніж пухлини інших локалізацій, тому що зовнішній ніс та вухо є відкритими частинами тіла, які частіше піддаються дії шкідливих агентів.

Особливо слід виділити небезпечні новоутворення шкіри, які чутливі до фізичних та хімічних подразників, що призводить до малігнізації пухлинного процесу.

Сьогодні відомо, що злоякісні захворювання організму є однією з найважливіших медико-біологічних і соціально-економічних проблем у світі і зокрема в Україні (А. А. Лайко і співавтори, 2016; Ф. Д. Євчев, А. Ф. Євчева, 2018; Cancer in Ukraine, 2016).

Рак є всесвітньою проблемою, так близько 2,9 мільйона нових випадків захворювань реєструється щорічно в розвинених країнах світу і ще понад 3 мільйони — в тих, що розвиваються (Д. И. Заболотный, 1996; Е. В. Лукач, О. М. Чепурна, В. М. Пашковський, 2017).

Сьогодні у світі спостерігається також ріст злоякісних уражень шкіри обличчя. Наприклад, в Австралії рак шкіри посідає перше місце серед білого населення, а корінні жителі хворіють на нього відносно рідше.

У Європі рак шкіри також є найбільш поширеним з усіх новоутворень. Так у Німеччині щорічно виявляється понад 200 000 нових випадків раку шкіри. Для порівняння наводимо показники онкологічної захворюваності в США: з 247 млн жителів за рік виявляють 50 000 (0,02 %) хворих (Cancer in Ukraine, 2016).

В Україні за останні 10 років загальна онкологічна захворюваність склала близько 160 тисяч хворих на рік. Щорічно вмирає від раку 100 тисяч чоловік. ЛОР-онкологічна захворюваність складає приблизно

7000 випадків (4,4 %) від всієї онкологічної патології, що виявляється, в популяції 50 млн чоловік (Ф. Д. Евчев, 2008).

За частотою раку шкіри в Україні щорічно діагностуються понад 18 000–20 000 випадків злоякісних новоутворень, що складає 44,5 випадків на 100 тис. населення. В структурі онкологічної захворюваності населення України у 2012 році рак шкіри (РШ) посідав 1 місце, що складало 10,3 %. А щорічно від злоякісних немеланомних новоутворень шкіри вмирають близько 600 хворих (Ф. Д. Евчев, 2008; Cancer in Ukraine, 2016). Майже 70 % немеланомних раків шкіри — пацієнти з діагнозом БКРШ. Як і в усьому світі, маємо неухильне збільшення показників захворюваності, зокрема старіння популяції населення супроводжується збільшенням загальної кількості ракових захворювань шкіри та зростанням навантаження ультрафіолету (Cancer in Ukraine, 2016).

Чи існує проблема діагностики та лікування раку шкіри обличчя (зовнішнього носа, вуха та іншої локалізації) в Україні?

Так, дійсно, існує така проблема, тому що основна кількість хворих звертається за консультацією та лікуванням запізно. Але при пізньому зверненні хворого може розвинути ракова хвороба, при якій лікування не завжди успішне, що відображається на тривалості та якості життя.

Відомо, що злоякісні ураження шкіри в 70 % мають локалізацію на відкритих частинах тіла, зокрема на шкірі обличчя: чолі, носі, скронях та вушних раковинах. Особливо небезпечні новоутворення шкіри, чутливі до фізичних та хімічних подразників, що призводить до малігнізації пухлинного процесу.

Сьогодні в Україні опубліковані невеликі за обсягом методичні рекомендації, лекції, уніфіковані протоколи із діагностики та лікування злоякісних новоутворень шкіри, також наукові дослідження, які можна розглядати як загальні відомості для першого ознайомлення з проблемою.

Методи діагностики новоутворень шкіри обличчя, зовнішнього носа і вуха написані давно, але не задовільняють сучасний рівень розвитку медицини (В. Ф. Антонів, Д. І. Заболотний, І. М. Прокопів, 1997).

Пропоноване видання покликане певною мірою заповнити недостатню кількість книжок українською мовою з питань клініки, діагностики і лікування новоутворень шкіри обличчя (зовнішнього носа і вуха) та тулуба.

Перелік умовних позначень і скорочень

АJCC	—	Американський спільний комітет з питань раку
БКР	—	базально-клітинний рак
ВІЛ	—	вірус імунодефіциту
ВЕ	—	веруціформна епідермодисплазія
ДНШ	—	доброякісні новоутворення шкіри
ЕКГ	—	електрокардіографія
ЕНР	—	екстранодальне розповсюдження
ЗНШ	—	злоякісні новоутворення шкіри
ЛВ	—	лімфатичні вузли
МШ	—	меланома шкіри
МКХ 10	—	міжнародна класифікація хвороб
НМРШ	—	немеланомний рак шкіри
ПЗП	—	поверхневі злоякісні пухлини
ПКР	—	плоскоклітинний рак
ПРГШ	—	поверхневий рак голови і шиї
РШ	—	рак шкіри
УСО	—	ультрафіолетове сонячне опромінення
УО	—	ультрафіолетове опромінення
УКПМД	—	уніфікований клінічний протокол медичної допомоги
ФДТ	—	фотодинамічна терапія
ФС	—	фотосенсибілізатор
ФСД	—	флуоресцентна діагностика
ШІ	—	штучна інсоляція

Розділ I

КЛІНІЧНА АНАТОМІЯ, ФІЗІОЛОГІЯ ШКІРИ ОРГАНІВ ОБЛИЧЧЯ ТА ТУЛУБА

Щоб правильно розуміти розвиток новоутворень шкіри, оцінити клінічний перебіг і їх лікувати, насамперед потрібно знати анатомічну будову й фізіологічні функції шкіри та їх особливості.

Так, шкіра людини — це орган і така своєрідна оболонка, яка оберігає, тобто захищає увесь організм людини від впливу багатьох зовнішніх негативних факторів.

А для розуміння того, які фізіопатологічні процеси відбуваються внаслідок впливу шкідливих агентів, важливо знати анатомо-фізіологічні особливості будови шкіри (В. Ф. Антонів, Д. І. Заболотний, І. М. Прокопів, 1997; А. А. Лайко і співавтори, 2016).

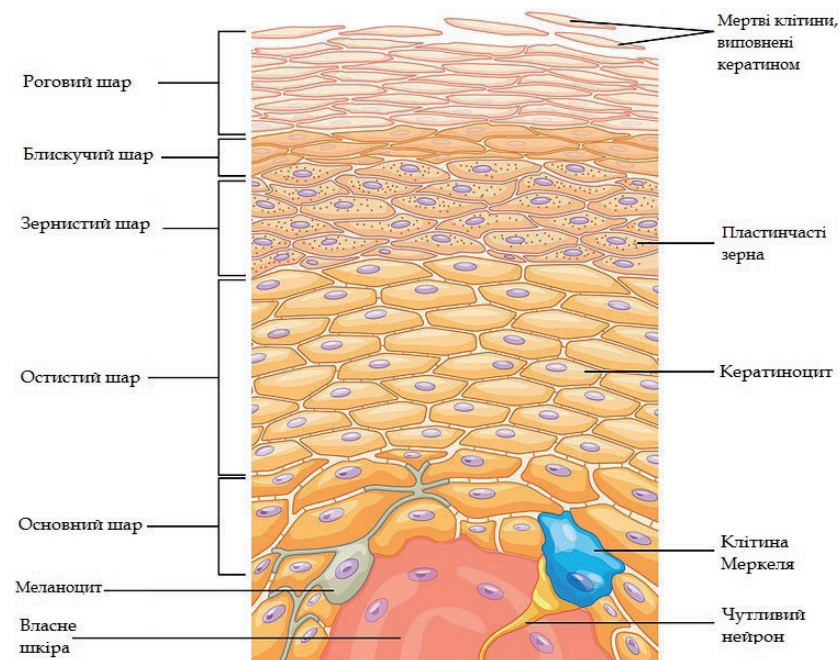
Ці знання дозволяють клініцисту зрозуміти можливий етіопатогенез захворювання, правильно і своєчасно поставити діагноз з подальшим визначенням тактики лікування.

Шкіра є одним з найбільших органів людини, площею близько 2 квадратних метрів, товщиною в межах 0,5–2 мм і вагою майже 5 % від загальної ваги тіла, її маса в дорослої людини сягає 5 кг і загальна площа — 1,5–2 м куб. Це досить складний за своєю будовою орган, робота якого тісно пов'язана з усім організмом.

Шкіра людини включає в себе три основні шари: **епідерміс, дерму і підшкірно-жировий шар**, які тісно пов'язані між собою (мал. 1).

Верхній шар шкіри людини, розташований над дермою, називається **епідерміс** і є різновидом епітеліальної тканини. Це найтонший з усіх шарів шкіри, який у свою чергу складається із багатошарових епітеліальних клітин. Епідерміс складається з п'яти шарів, які мають різноманітну структуру. Нижній шар епідермісу носить назву базальний, або зародковий, знаходиться на базальній мембрані і межує з судинами наступного шару шкіри — дерми.

Дерму пронизують кровоносні та лімфатичні судини, м'язи, рецептори, нервові волокна та їх закінчення, волосяні сумки, потові та сальні залози. Саме в базальному шарі епідермісу протікають найбільш активні процеси ділення клітин і метаболізму.



Мал. 1. Шари і структура дерми

Основним типом клітин епідермісу шкіри є кератиноцити, які включають в себе білок кератин, що виконує захисну функцію. Зовнішня частина епідермісу складається з кератинових клітин, тобто плоского епітелію. Крім кератиноцитів в епідермісі знаходяться меланоцити — клітини, що містять меланін — особливий темний пігмент, який визначає колір шкіри людини і також захищає шкірні покриви від шкідливого впливу сонця.

За базальним шаром йде шипуватий, який являє собою від трьох до восьми рядів клітин багатогранної форми, з'єднаних між собою тонкими шипоподібними відростками. Між шипоподібними відростками протікає лімфа. Саме вона несе з собою в епідерміс поживні речовини і забирає з клітин епідермісу відпрацьовані продукти, тому що кровоносні судини в епідермісі відсутні. Відразу за шипуватим шаром йде зернистий шар, який складається з декількох або одного ряду клітинок неправильної форми. Разом з базальним і шипуватим, зернистий шар утворює мальпігіїв шар шкіри.

Над ним знаходиться ще один, блискучий шар, який дуже добре розвинений на наших долонях і підшвах. Блискучий шар складається з трьох-чотирьох рядів клітин. Завершує цю складну конструкцію поверхневий, роговий шар шкіри. Він відрізняється високою щільністю і пружністю і, власне, оберігає шкіру від різних травм, переохолодження, опіків, надмірної вологи, небезпечних хімічних речовин та інших негативних факторів. Цей шар не проводить тепло, електроенергію й утворений виключно роговими лусочками. Зовнішній шар епідермісу — це мертві зроговілі клітини, вони безперервно злущуються, але товщина епідермісу не зменшується. Цей шар епідермісу постійно оновлюється за рахунок клітин нижнього шару, які мають кубічну форму й постійно діляться. Таким чином, він складається з постарілих і неживих (мертвих), позбавлених ядра клітин (мал. 1).

Ці ороговілі, постарілі клітини легко відшаровуються і замінюються молодими клітинами, які постійно мігрують з нижнього, зародкового шару епідермісу. Цей процес оновлення триває в середньому близько одного місяця, проте з віком цей процес сповільнюється.

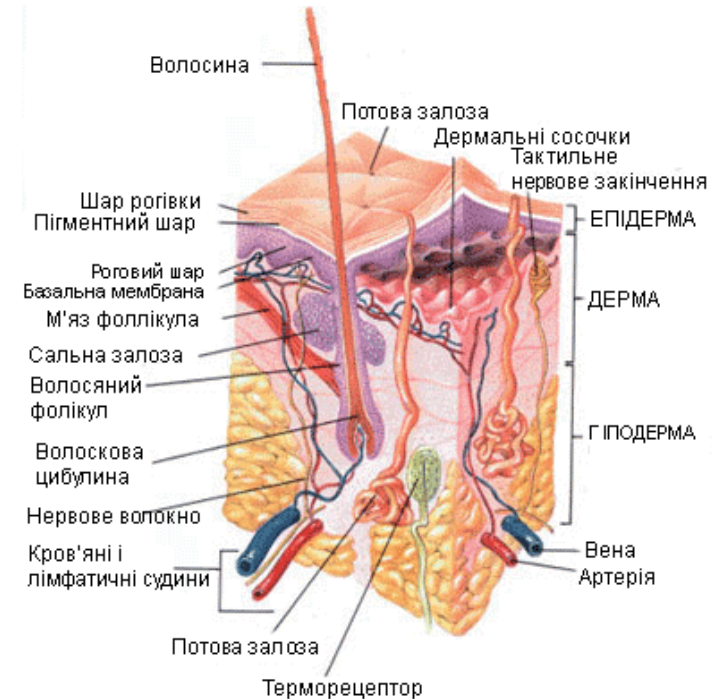
Так, до двадцятип'ятирічного віку процес оновлення клітин шкіри триває від 21 до 28 днів, далі — від 35 до 45 днів, а після досягнення п'ятдесятирічного віку — від 56 до 72 днів.

Відомо, що загалом сповільнений процес оновлення викликає вікові зміни шкіри. Але щоб їх сповільнити, важливо вчасно прибирати ороговілий шар епідермісу і тим самим звільнити місце для нових молодих клітинок. Нижній шар епідермісу — базальний, формується з базальних клітин, які в процесі постійного поділу заміщають поверхню шкіри. Базальний шар відокремлює епідерміс від дерми і підшкірного шару. Це важливо для розуміння шляху поширення пухлинного процесу шкіри, оскільки на пізніх стадіях процесу можливе його проростання через базальну мембрану.

Дерма — це середній, внутрішній шар шкіри, який фактично грає роль каркаса, що забезпечує її пружність і міцність (мал. 2).

За своїм складом дерма є сполучною тканиною, що складається з двох шарів: сосочкового і сітчастого. У сосочковому шарі дерми розташовані численні вирости, в яких знаходяться нервові закінчення і петлі капілярів.

Сітчастий шар дерми, у свою чергу, містить фолікули волосся, потові залози, нервові закінчення, кровоносні і лімфатичні судини, а також колагенові і гладком'язові волокна, які надають шкірі міцність



Мал. 2. Будова шкіри — структура дерми

і еластичність. Відповідно волокна сосочкового шару є більш ніжними і тонкими, а сітчастого шару — більш щільними. Завдяки такому багатому складу, в тому числі наявності нервових волокон, кровоносних і лімфатичних судин, дерма людини забезпечує живлення шкіри, її чутливість, утримує тепло, виконує інші важливі функції. В дермі знаходяться потові залози шкіри, які виробляють піт, що не дає шкірі перегртися і дозволяє підтримувати стабільну температуру тіла, а сальні залози виробляють шкірне сало, яке робить шкіру водонепроникною і має бактерицидні властивості. Дерма має найбільшу товщину за рахунок сосочкового та сітчастого шарів. Третій шар шкіри, самий нижній — підшкірна жирова клітковина. Вона складається з жирових скупчень, які пронизані нервовими волокнами і кровоносними судинами, а також пучків сполучної тканини.

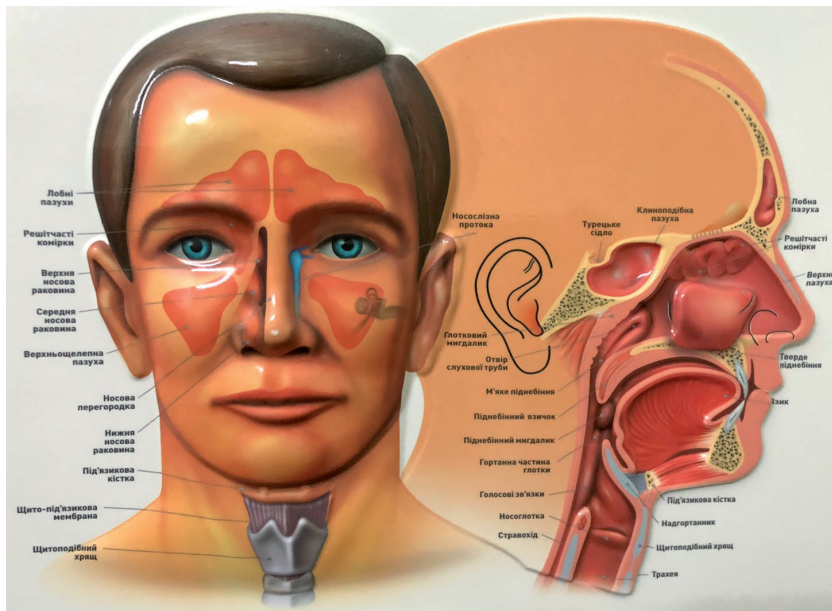
Основна функція цього шару шкіри — терморегуляція організму і захист від механічних впливів: поштовхів і ударів. Жир підшкірної

клітковини — це своєрідний запас поживних речовин, які використовуються під час голодування; він захищає організм від охолодження, пом'якшує струси й удари.

Крім того підшкірно-жирова клітковина виконує важливу роль опори для зовнішніх шарів шкіри, а також сховища поживних речовин і вітамінів А, F, E і К.

1.1. БУДОВА ЗОВНІШНЬОГО НОСА ТА ОСОБЛИВОСТІ БУДОВИ ШКІРИ

Зовнішній ніс. До верхніх дихальних шляхів відносять зовнішній ніс та приносіві пазухи, порожнину носу і далі глотка, гортань та трахею (мал. 3).

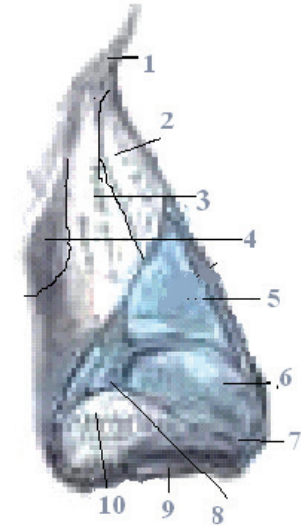


Мал. 3. Зовнішній ніс, приносіві пазухи, порожнина носа, глотка, гортань і трахея

Фізіологічними функціями порожнини носа є дихальна, захисна, нюхова та резонаторна. Зовнішній ніс (nasus externus) складається із

кісткової і фіброзно-хрящової частин, які укріті шкірою. Кісткова частина зовнішнього носа покрита надкісницею, хрящова надхрящницею.

Зовнішній ніс є найбільш помітною частиною обличчя, має відношення до характеру та краси і часто піддається дії шкідливих факторів та травм.



Мал. 4. Скелет зовнішнього носа (nasus externus):

1. Корінь носа os frontalis (radix nasi — glabella);
2. Носові кістки (os nasalia);
3. Лобний відросток верхньої щелепи;
4. Processus frontalis ossis maxillaris;
5. Слізно-носова кістка (os lacrimale);
6. Трикутний хрящ (cortilago lateralis);
7. Зовнішня ніжка (cortilago alaris major);
8. Внутрішня ніжка (cortilago alaris minor);
9. Мале хрящове крило (cortilago alaris minor);
10. Переддвір'я носа (vestibulum nasi)

Розрізняють корінь носа, дві латеральні стінки, кінчик, крила і спинку носа. Від порожнини носа зовнішній ніс відмежується крильною (sulcus alaris) і носо-губною (sulcus nasolabialis) борознами. Основу кісткової частини зовнішнього носа утворюють парні носові кістки та лобові відростки верхньої щелепи. Фіброзно-хрящова частина складається з бічних, великих та малих крильних, сесамоподібних хрящів, хряща перегородки носа, які з'єднані між собою фіброзною тканиною.

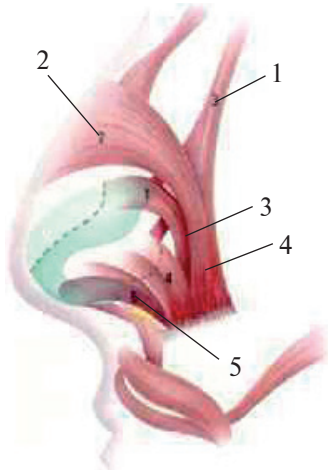
Особливості будови шкіри зовнішнього носа

Зовнішня поверхня носа вкрита **ніжною шкірою**, яка щільно з'єднана з прилеглими тканинами і багата сальними залозами, які виділяють жировий секрет. Шкіра вистеляє ніздрі і продовжується на відстань 5 мм у передній відділ носа, який носить назву присінок носа (vestibulum nasi) і поступово переходить у слизову оболонку, де немає

сальних залоз, але епітелій ще залишається багатошаровим, плоским. Крім жирових залоз у шкірі є vibrissae.

У період статевого дозрівання зовнішній ніс набуває форми тригранної призми.

М'язи зовнішнього носа: *m. levator alae nasi*, *m. depressor septi nasi* — які належать до групи мимічних м'язів. Вони звужують або розширюють ніздрі, відтягують перегородку носа вниз, надають індивідуальності рисам дитини. Із інших м'язів обличчя потрібно виділити м'яз гордеців (*m. processus nasi*), який починається на бічній поверхні носових кісток і йде вгору до лобного м'яза і шкіри лоба, що допомагає зморщувати шкіру лоба над переноссям. Усі м'язи зовнішнього носа іннервує *n. facialis*, що є рухомою іннервацією. Чутлива іннервація відбувається за рахунок *ramus ophthalmicus n. trigemini*.

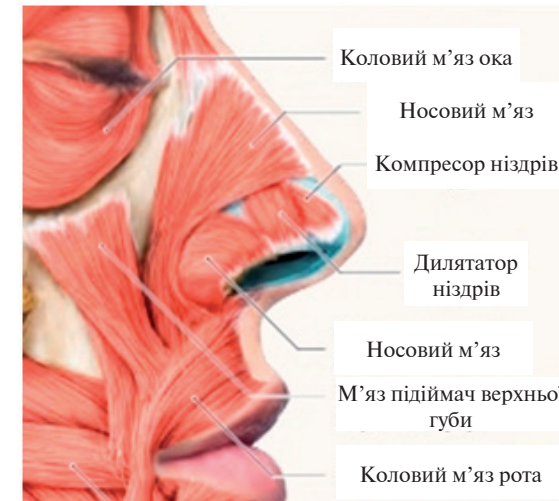


Мал. 5. М'язи зовнішнього носа:

1. Дилітатор крил носа; 2. Поперечний м'яз;
3. Поверхневий елеватор крил носа; 4. Справжній дилітатор крил носа; 5. Депресор носової перетинки

М'язи зовнішнього носа у людини носять рудиментарний характер і практичного значення не мають. Вони мають певне значення в розширенні і звуженні входу в порожнину носа

Кровопостачання зовнішнього носа здійснюється від артерії *spheno-palatina* (кінцева гілка *a. maxillaris interna*). *A. sphenopalatina* входять у ніс ззаду в однойменному каналі, який ділиться на *ramus naso-palatinus*, що забезпечує кровопостачання носової перегородки і нюхальної щілини у носовому ході, і *ramus nasalis posterior*, що забезпечує зовнішню стінку носа. *Ramus nasopalatinus* ділиться на дві гілки: верхня гілка спереду анастомозує з *a. ethmoidalis*, знизу — зі своєю ж нижньою гілкою і з артерією, яка забезпечує *septum mobile*; нижня гілка йде нижче під переднім краєм сошника, анастомозує з поперечною артерією і в *canalis incisivus* з'єднується з *a. palatina major*.



Мал. 6. М'язи зовнішнього носа та обличчя

Відтік крові відбувається через *v. facialis anterior*. Лімфатичні судини відводять лімфу в лімфатичні вузли, щоки та підщелепні.

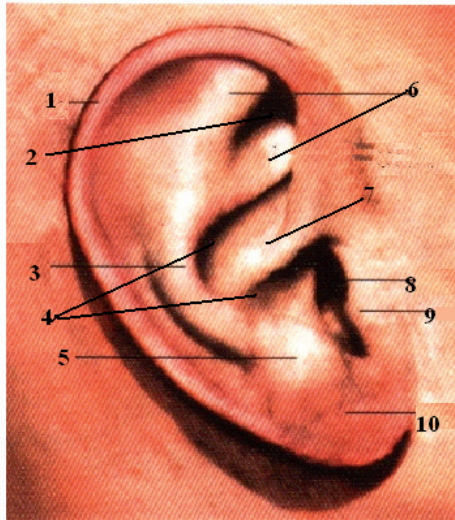
Іннервація зовнішнього носа чутлива і рухома. *N. facialis* дає рухому іннервацію, *ramus ophthalmicus n. trigemini* — чутливу іннервацію.

1.2. БУДОВА ЗОВНІШНЬОГО ВУХА ТА ОСОБЛИВОСТІ БУДОВИ ШКІРИ

Зовнішнє вухо (*auris externa*) складається з вушної раковини (скойки — *auricula*) та зовнішнього слухового проходу (*meatus acusticus externus*). *Auricula* безпосередньо переходить у *meatus acusticus externus* (мал. 7).

Вушна раковина (скойка) є дуплікатором шкіри, розташована на бічній поверхні голови між пипкуватим паростком та суглобом нижньої щелепи. Вона має вигляд неправильної лійки з багатьма підвищеннями та заглибинами, які залежать від нерівномірності хряща, що міститься в її товщі.

Розрізняють латеральну й медіальну поверхні. На латеральній поверхні, уздовж самого краю вушної раковини, тягнеться закруток —



Мал. 7. Анатомічні утворення вушної раковини:

- 1 — helix; 2 — fossa triangularis; 3 — anthelix; 4 — cavitas conchae; 5 — antitragus; 6 — crus anthelicis (верхня і задня ніжка); 7 — crus helicis (передня ніжка); 8 — tragus; 9 — meatus acusticus externus; 10 — lobulus (мочка)

helix (мал. 7), його початкова частина зветься закруткова ніжка — crus helicis. Цією ніжкою заглибина вушної раковини, що переходить у зовнішній слуховий хід, поділяється на дві частини: верхню — cymba conchae, нижню — cavitas conchae. Майже рівнобіжно із закруткою тягнеться протизакруток — antihelix, що у верхній частині закінчується двома ніжками — crura antihelix. Між ними лишається заглибина трикутника — fossa triangularis. Заглибина між закруткою та протизакруткою зветься човнуватою заглибиною — fossa navicularis. Біля свого нижнього кінця протизакруток переходить у невеликий горбочок — протикозел, antitragus, що півмісячною вирізкою — incisura intertragica — відокремлюється від другого горбка — tragus. Tragus у формі щитка частково прикриває вхідний отвір зовнішнього слухового каналу і на внутрішній поверхні в літніх людей укритий волоссям: скупчення цього волосся зветься козлова борідка — barbula tragi. Найнижча частина вушної раковини не має хрящової основи й утворена самою тільки шкіряною дуплікатурою — lobules auriculae.

Вушна раковина прикріплена до бічної поверхні голови так, що між нею й головою утворюється кут, відкритий назад, до 45° і більше. Практичне значення має позавушний рівчачок, що лежить біля самого прикріплення вушної раковини і може зарівнюватися при захворюванні зовнішнього вуха та пипкуватого паростка.

Особливості будови шкіри зовнішнього вуха. Основу раковини складає еластичний хрящ товщиною 0,5–1 мм, який з обох боків укритий шкірою, причому на передній поверхні раковини шкіра прилягає дуже щільно до тканин, тоді як на задній поверхні раковини шкіра пухко прилягає до тканини еластичного хряща і тому легко зміщується. Така особливість має значення в розвитку отематоми, яка утворюється тільки на передній поверхні вушної раковини при травмах. Вушна часточка раковини (lobules auriculae) складається тільки з шару жирової тканини, вкритою шкірою. Зовнішній слуховий хід (meatus acusticus externus) у новонароджених і немовлят має щілино-подібну форму, тому що його верхня стінка майже повністю прилягає до нижньої.

Зовнішній слуховий хід (meatus acusticus externus) складається з двох відділів: зовнішнього або болончасто-хрящового, і внутрішнього, або кісткового. Обидві частини з'єднані фіброзною зв'язкою. Початок слухового ходу відповідає найглибшій частині cavitas conchae, а кінець зтягнений барабанною болонною. Слуховий хід спрямований медіально, але на цьому шляху утворює кілька скривлень, що їх вивчати можна на фронтальних та горизонтальних розпилах.

На фронтальному розпилі (мал. 8а) видно, що слуховий хід спершу йде горизонтально вглиб і вгору, потім спускається вниз. Медіальний кінець зовнішнього слухового ходу, біля самої барабанної болони, утворює заглибину, що зветься sinus meatus acustici externi. Це місце треба визначити тому, що сюди можуть потрапляти дрібні сторонні тіла, які дослідник може не помітити, а також тому, що тут можуть бути патологічні процеси, що їх дуже важко виявляти.

На горизонтальному розпилі (мал. 8б) видно, що слуховий хід спершу йде медіально й наперед, далі повертає назад, утворюючи з першим відтинком кут 100–110°, а після того знову повертає наперед. Перші два скривлення належать болончасто-хрящовому відділу слухового ходу, а третє — кістковому.

Прозір слухового ходу не скрізь однаковий. На початку він широкий, а далі поступово вужчає і на межі болончасто-хрящової та кісткової частин він утворює різке звуження, що зветься вузина, або шийка — isthmus meatus acustici externi. Починаючи звідси, слуховий хід знову ширшає до барабанної болони. Практичне значення вузини має, коли є стороннє тіло. Коли, не вмюючи, намагаються дістати сто-

ронне тіло, воно звичайно проштовхується за межі вузини — isthmus a, і тоді дістати стороннє тіло стає дуже важко.

У слуховому ході розрізняють чотири стінки: передню, задню, верхню та нижню. Завдовжки вони неоднакові, бо барабанна болона, замикаючи зовнішній слуховий хід, стоїть похило до горизонтальної та сагітальної площини.

Передня стінка слухового ходу межує з суглобом нижньої щелепи. Дві третини суглобової заглибини припадають на кісткову частину і одна третина — на хрящову. Через те запальні процеси в передній стінці слухового ходу утруднюють жування, пов'язане з рухами суглобової голівки щелепи. Травми, діючи на нижню щелепу, можуть спричинити перелам передньої стінки слухового ходу. Завдовжки передня стінка — приблизно 26 мм.

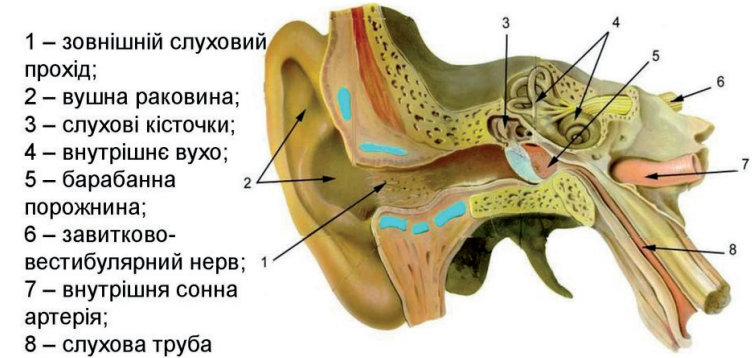
Задня стінка слухового ходу становить разом з тим передню стінку пипкуватого паростка. Жили зі слухового ходу проходять крізь цю стінку в пипкуватий паросток, — отже при мастоїдиті ця стінка часто втягується в запальний процес. Завдовжки задня стінка дорівнює приблизно 22 мм.

Верхня стінка в кістковому відділі утворена горизонтальною частиною луски вискової кістки — отже межує з середньою черепною заглибиною. Вона складається з двох пластин компактної кісткової речовини, між ними є прошарок губчастої речовини, а іноді й пневматичні клітини. Тільки верхня пластина межує з середньою черепною заглибиною, нижня — уривається коло барабанної порожнини. Завдовжки горішня стінка має приблизно 21 мм.

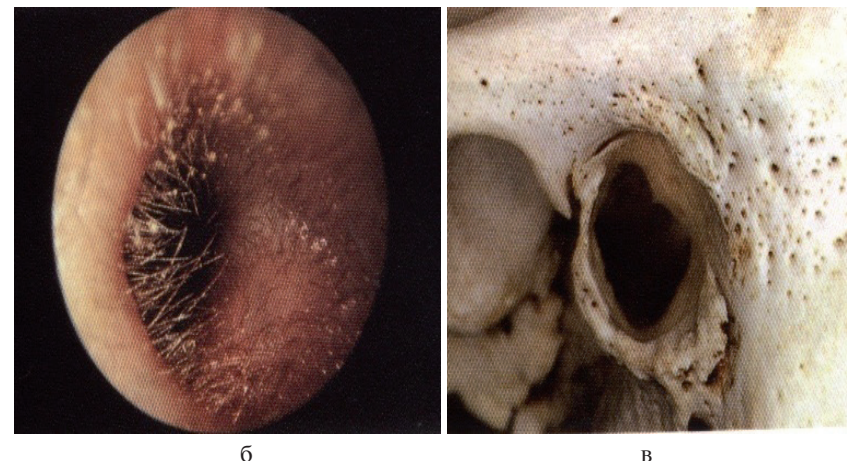
Нижня стінка слухового ходу межує з коловушною залозою. У болончасто-хрящовому відділі її є дві щілини — *incisurae Santorini*, які полегшують нагнійним процесам з коловушної залози перехід на слуховий хід. Завдовжки нижня стінка дорівнює приблизно 27 мм. Отже, вона — найдовша стінка слухового ходу.

Зовнішній слуховий хід вкритий шкірою, яка в перетинчасто-хрящовій частині товста, має багато волосся, сальні і сірчані залози, які за своєю будовою є видозміненими потовими залозами і виділяють сірку. Шкіра кісткової частини є дуже тонкою (до 0,1 мм), не має підшкірної жирової клітковини, волосся та залози є зовнішнім шаром барабанної перетинки (мал. 8, 8а, б).

Так, для абластичного хірургічного видалення злоякісного новоутворення шкіри зовнішнього вуха важливі знання кровопостачання



Мал. 8, а. Вухо: зовнішнє, середнє, внутрішнє: фронтальний розпил



Мал. 8, б, в. Вухо: зовнішнє, середнє, внутрішнє:
б) зовнішній слуховий прохід; в) кісткове утворення, вкрите шкірою (волосся)

та відтоку лімфи. Кровопостачання зовнішнього вуха (вушної раковини та зовнішнього слухового ходу) здійснюється від гілок зовнішньої сонної артерії (a. temporalis superficialis, a. auricularis posterior, a. auricularis profunda). Від a. temporalis superficialis відходять ramus lobuli, ramus heliсis, ramus tragicus, які постачають кров на передню поверхню вушної раковини. Задня вушна артерія відходить від зовнішньої сонної артерії над верхнім краєм заднього черевця двочеревцевого м'язу. Артерія йде косо назад, віддаючи aa. perforans inferior,

media, superior, з яких кров постачається в задню поверхню вушної раковини і шкіру соскоподібної ділянки. Кровообіг кісткового відділу зовнішнього слухового ходу здійснюється з а. tympanica.

Вени виливають свою кров у v. temporalis superficialis, v. jugularis externa, maxillaris interna й частини в plexus pterygoideus.

Лімфа від задніх частин вушної раковини та задньої стінки зовнішнього слухового ходу надходить у лімфатичні вузли на соскоподібному відростку. Далі відтік лімфи відбувається у верхні глибокі шийні лімфатичні вузли, розташовані під m. sternocleidomastoideus. Інший можливий лімфовідтік із задніх частин вушної раковини і зовнішнього слухового ходу безпосередньо в глибокі шийні лімфатичні вузли, обминаючи заушні. Нарешті, відтік лімфи від передніх частин вушної раковини і зовнішнього слухового ходу відбувається в лімфовузли, розташовані перед козелком, і частково — у лімфовузли привушної слинної залози. Однак можливий також відтік лімфи і безпосередньо у верхні глибокі шийні лімфатичні вузли.

Іннервація зовнішнього вуха. Нерви вушної раковини походять з n. facialis (рухові) та n. auriculo-temporalis і n. auricularis magnus (чутливі). У слуховому ході, крім того, розгалужується ще г. auricularis n. vagi, подразнення цього нерва спричиняє кашель.

1.3. ЗАГАЛЬНІ ФУНКЦІ ШКІРИ ЛЮДИНИ

За життя шкіра людини змінюється приблизно 1000 разів. Шкіра лущиться, очищуючись від пилу, речовин, що виділяються з залоз, та мікробів. Епідерміс шкіри утримує левову частку всіх мікробів, що атакують людське тіло. Але ось що дивно: незалежно від постійного її оновлення, зовнішність з роками змінюється але забарвлення шкіри залишається незмінним.

Функції шкіри — захисна, включає в себе обмінну, терморегуляторну, рецепторну та секреторну:

— **Обмінна** — у шкірі утворюються деякі біологічно активні речовини, зокрема вітамін D, виділяються продукти обміну речовин (водо- та газообмін, виводиться надлишок солей).

— **Терморегуляторна** — врівноваження процесів утворення і віддачі тепла організмом. Завдяки цьому температура тіла здорової людини залишається відносно сталою (36,6°C). Якщо температура досить тіла

довго буде підвищуватися на 2–3 °C, то людина може померти. Головне джерело тепла в нашому тілі — робота внутрішніх органів. Тепло від них розноситься кров'ю і рівномірно розподіляється по всьому тілу, але це досить повільний шлях розсіювання. При виникненні надлишку тепла воно виділяється з організму в навколишнє середовище через шкіру з повітрям. Кровоносні судини шкіри розширюються. Це збільшує надходження крові до шкіри, передачу тепла і збільшує потовиділення. При зниженні температури організму кровоносні судини звужуються. Це веде до зменшення припливу крові до шкіри та віддачі тепла. Підшкірна клітковина завдяки малій теплоємності перешкоджає віддачі тепла організмом зовнішньому середовищу (теплоізоляція) і є також джерелом енергії.

— **Рецепторна** — шкіра є дуже важливим органом чуття. Механізм чуття: при доторканні до предметів поверхнею епідермісу дотик фіксується рецепторами, які знаходяться всередині шкіри, і передається в мозок. Рецептори шкіри сприймають коливання температури: холод, тепло, тиск, а вільні нервові закінчення — біль. У середньому на 1 куб. см шкіри припадає до 5000 чутливих закінчень, 200 больових, 12 холодних, 2 теплових рецепторів і 25 рецепторів, що реагують на тиск. Нервові рецептори в шкірі розподілені нерівномірно. Найбільшою чутливістю до дотиків має шкіра на кінчиках пальців, потім йде кінчик носа і середина долоні. Таким чином, шкіра є величезним складним рецепторним полем, мільйони чутливих закінчень якого постійно «спілкуються» з мозком.

— **Секреторна** — сальні залози виділяють жир для змащення шкіри та волосся. На відміну від потових, сальні залози розгалужені, а їх протоки відкриваються у волосяний фолікул. Більшість сальних залоз розташована на голові, обличчі, верхній частині спини. Їх секрет містить жироподібні речовини. Вони потрапляють на волосся та поверхню шкіри й пом'якшують її. Водонепроникний шар, утворений цими речовинами, захищає шкіру від пилу та мікроорганізмів, а також перешкоджає її висиханню. За добу сальні залози виділяють близько 20 г секрету.

У людини приблизно 2 мільйони потових залоз. За добу в дорослої людини у стані відносного спокою виділяється 500 мл поту. Середня доросла людина з кожним літром поту втрачає 540 калорій. Чоловіки потіють приблизно на 40 % більше, ніж жінки.

Шкіра значною мірою захищає організм від радіації. Інфрачервоні промені майже цілком затримуються епідермісом, ультрафіолетові

частково. Шкіра містить меланін, якій захищає людину від надмірного ультрафіолетового випромінювання.

Крім того, шкіра є захисником для внутрішніх органів тіла, виконує функцію «амортизатора», що дозволяє робити будь-які фізичні вправи, не пошкоджуючи внутрішні органи.

Однак, крім захисної функції, шкіра бере участь у процесі насичення організму киснем, вологою і поживними речовинами.

Тому існування тіла без шкіри неможливе, оскільки в організмі не змогла б утримуватися вода. У шкірі відбувається обмін вуглеводів, білків, жирів, вітамінів і солей. Завдяки цьому складному процесу організм отримує необхідні поживні речовини. За інтенсивністю обміну шкіра трохи поступається печінці. Підшкірний шар є потужним складом поживних речовин, які організм витрачає у разі потреби. Також через шкіру здійснюється обмін газів між тілом і навколишнім середовищем. Ця здатність не менш важлива, ніж дихання через легені. Шкіра поглинає сонячні промені, виробляючи вітамін D, необхідний для кісток. Тобто без діяльності шкіри та виробництва нею вітаміну D наші кістки розкришилися б ще у підлітковий період.

Таким чином, шкіра людини водонепроникна, пориста, здатна всотувати одні необхідні хімічні елементи і не пропускати інші, має антибактеріальну і протигрибкову функцію, вона еластична, гнучка, чутлива, самозмащувальна і самовідновлююча. Шкіра виробляє вітаміни, пахучі речовини, може розпізнавати температуру, вібрацію й тиск.

1.4. МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ШКІРИ ОРГАНІВ ОБЛИЧЧЯ І ТУЛУБА ЗДОРОВОЇ ЛЮДИНИ ТА ХВОРИХ НА ЗЛОЯКІСНЕ УРАЖЕННЯ

Новітній розвиток медицини спонукає до постійного обстеження шкіри людини у зв'язку з розповсюдженням дії шкідливих факторів і поширенням захворюваності не тільки у всьому світі, але і в Україні. Тому слід підкреслити дію шкідливих факторів, які можуть впливати на розвиток захворювань шкіри не тільки відкритих ділянок тіла людини, але і всього тулуба.

Відомо, що вікові інволютивні зміни шкіри обличчя та тулуба є однією з давніх і важливих медико-соціальних проблем, які також можуть призвести до розвитку злоякісних новоутворень шкіри.

Тому сьогодні важливо визначити план (схему) обстеження шкіри у випадках підозри на новоутворення з урахуванням вимог доказової медицини. При дослідженні шкіри слід дотримуватися послідовності: визначити стан волосяного покриву (волосся), потім вивчати фізіологічні властивості шкіри — колір, еластичність, вологість, запах, температуру, характер їх порушень, і нарешті виявляти патологічні зміни в шкірі та підшкірної клітковини — порушення цілісності шкіри, збільшення об'єму, шкірні висипи.

На наш погляд, **схема обстеження шкіри** обличчя і тулуба здорової та хворої людини повинна бути однаковою і складатися **із трьох етапів**: з самоогляду, огляду сімейного лікаря та огляду онколога.

Самоогляд. Дуже важливо, коли людина самостійно проявляє онкологічну настороженість, спостерігає за змінами на шкірі обличчя та тулуба і своєчасно звертається до сімейного лікаря, щоб прийняти правильне рішення щодо діагностики або своєчасного огляду онколога (за необхідністю).

Обстеження у сімейного лікаря

Для цього потрібен збір персонального анамнезу, який складається з запитань, пов'язаних з конкретним новоутворенням, тобто із даних його розвитку та змін.

В першу чергу потрібно визначити **скарги** людини, які можуть свідчити про початок захворювання шкіри. Найявніші суб'єктивних відчуттів (свербіж шкіри, печіння, поколювання або хворобливість, кровоточивість, утворення кірок). Також важливі зміни її кольору та еластичності, потовиділення та тургору (щільності) шкіри. При наявності будь-яких визнаних змін шкіри слід враховувати функцію симпатичної та парасимпатичної нервової системи. Належить пам'ятати, що від суттєвих порушень нервової системи можуть проявлятися ці клінічні симптоми. Але пролонгована дія шкідливих та небезпечних факторів також може призвести до розвитку злоякісного ураження.

Схема обстеження шкіри

Комплексні дії у вигляді самоогляду, збір анамнестичних даних і огляд сімейного лікаря, спрямовані на виявлення злоякісних новоутворень та меланоми шкіри. Друга група запитань повинна охоплювати особливості персонального і сімейного анамнезу: персональний анамнез меланоми або НМРШ — чи було таке або подібне захворювання та сімейний анамнез меланоми чи НМРШ.

Потім визначити кількість епізодів сонячних опіків і за якій час, особливо в дитячому віці, та наявність несприятливих професійних факторів (хронічна УФ-експозиція, контакт із канцерогенами), а також наявність імуносупресивних чи інших коморбідних станів.

Далі потрібно провести візуальний (фізикальний) огляд людини. При зверненні пацієнта до лікаря загальної практики необхідно проводити огляд усього шкірного покриву та видимих слизових оболонок.

Також потрібно визначити і мати на увазі фототип пацієнта: колір шкіри, очей, волосся, наявність ефелідів. Під час огляду необхідно звернути увагу на всі новоутворення шкіри пацієнта, а не тільки на ті, які тим чи іншим чином непокоять хворого.

Після огляду проводять інструментальні дослідження: дерматоскопія — ЕКГ. Обов'язкове проведення лабораторних досліджень: загальний аналіз крові та сечі, обстеження на вірусний гепатит і ВІЛ. Також рентгенографія органів грудної клітин в 2 проєкціях; УЗД лімфатичних вузлів шиї, аксилярних, пахових лімфатичних вузлів, червоної порожнини (печінки, селезінки), органів малого тазу.

І тільки після цього детального обстеження показана консультація спеціалістів за необхідністю.

Коли обов'язково потрібен огляд та консультація онколога?

Пацієнти з клінічними або дерматологічними ознаками раптової зміни шкірного покриву у вигляді: збільшення площі й висоти новоутворення; посилення інтенсивності пігментації, особливо якщо вона нерівномірна; виникнення пігментного віночка навколо меланоцитарного невуса, поява елементів сателітів; реакція запалення в новоутворенні; свербіж, біль та інші суб'єктивні відчуття; ерозування і кровоточивість — всі ці ознаки вимагають **обов'язкової консультації в онколога**.

Огляд у онколога

Таким чином, при наявності цих симптомів дійсно потрібно звертатися до онколога, і особливо коли є об'єктивні та суб'єктивні ознаки невідомої захворюваності шкіри.

Будь-які види скарг та поява шкірного новоутворення можуть імітувати злоякісну пухлину. Так, вроджені невуси (та інші) часто мають асиметричну форму і великий розмір, тому потрібно в'яснити причину і час виникнення пігментованої його частки. Ці ознаки можуть свідчити про невідкладність лікарської допомоги. Але потрібно про-

вести додаткові об'єктивні клінічні і морфологічні дослідження у вигляді дерматоскопії, термодиференційного тесту та морфологічного диференціювання, щоб визначитися з лікувальною тактикою. Ці дослідження проводить лікар-онколог.

В яких випадках необхідне спостереження за новоутворенням

Обов'язкове спостереження за клінічним перебігом ознак усіх новоутворень повинен вести сімейний лікар. Особливо сімейному лікарю потрібно проводити спостереження при: зміні кольору новоутворення шкіри, його форми і розміру.

Відомо, що інколи меланома шкіри може виникнути із вродженого невуса, тому при зміні відомих ознак потрібне спостереження та обов'язкова консультація онколога.

Тактика онколога при наявності зміни клінічних ознак новоутворення шкіри

При наявності хоча б однієї з таких ознак та раптової зміні клінічних ознак новоутворення шкіри зовнішнього носа, вуха та тулуба лікар-онколог повинен провести невідкладне хірургічне тотальне видалення або біопсію при екзофітному рості із подальшою патоморфологічною верифікацією. Після морфологічного висновку потрібно визначити тактику лікування або спостереження. Усі об'єктивні методи обстеження патологічних уражень шкіри висвітлено у розділі V.

Таким чином, обстеження шкіри людини повинно починатися з самоогляду, потім за участю сімейного лікаря та при необхідності онколога.

Сьогодні при появі підозри на пухлинне захворювання органів обличчя та тулуба показане детальне обстеження в онколога із морфологічним дослідженням або імуногістохімічне за допомогою біопсії новоутворення.

1.5. ВИДИ БІОПСІЇ

Сьогодні відомі види біопсії, які можливо використовувати для забору матеріалу, необхідного для кінцевої діагностики новоутворення шкіри зовнішнього носа і вуха та тулуба. Це ексцизійна, інцизійна, панч-біопсія і поверхнева (shave-біопсія).

Екцизійна біопсія (повне видалення новоутворення). Вона безпечна і виконується в більшості випадків з відступом 2–3 мм від краю новоутворення і захоплює частину підшкірно-жирової клітковини.

Інцизійну (часткову) біопсію — проводять при дуже великих екзофітних новоутвореннях шкіри шляхом висічення частини новоутворення з підшкірно-жировою клітковиною або без неї. Але розмір ділянки новоутворення, що висікається, повинен бути достатнім для проведення гістологічного дослідження.

Панч-біопсію проводять при новоутвореннях шкіри особливої локалізації, зокрема при раптовій появі поздовжньої меланоніхії, для виключення аврально-лентигонозної меланоми або хвороби Боуена (матриця нігтя також викликає поздовжню меланоніхію). Проводять біопсію 3–4-мм пробійником-панчем.

Поверхнева біопсія (shave, зрізання, кюретаж та ін.). Може використовуватись при передракових станах шкіри, доброякісних новоутвореннях. Але неприпустима для пігментних новоутворень шкіри, оскільки не дає можливості визначення глибини пухлинної інвазії.

Перші два види біопсії найефективніші та потрібні для визначення та підтвердження клінічного діагнозу злоякісного новоутворення зовнішнього носа, вуха та тулуба.

Питання для самоконтролю

1. Основні функції шкіри людини.
 - А) Захисна, обмінна, терморегуляторна, рецепторна та секреторна.
 - Б) Розпізнавання температури, вібрації й тиску.
 - В) Виконує кровопостачаючу функцію.
 - Г) Забезпечує організм киснем.
2. Будова (шари) шкіри людини.
 - А) Епідерміс, дерма і підшкірно-жировий шар.
 - Б) Епідерміс, дерма.
 - В) Епідерміс і підшкірно-жировий шар.
 - Г) Дерма і підшкірно-жировий шар.
3. Шари епідермісу.
 - А) Два: шипуватий, зернистий.
 - Б) Чотири: базальний (зародковий), шипуватий, зернистий, мальпігієвий.
 - В) Один: базальний (зародковий)

Г) П'ять: базальний (зародковий), шипуватий, зернистий, мальпігієвий, блискучий.

4. Клітини епідермісу.
 - А) Кератиноцити, меланоцити.
 - Б) Кератиноцити.
 - В) Шипуваті.
 - Г) Зернисті.
5. Шари дерми.
 - А) Сосочковий, сітчастий.
 - Б) Колагеновий.
 - В) Потові.
 - Г) Сальні.
6. М'язи зовнішнього носа.
 - А) m. levator alae nasi, m. depressor septi nasi, m. processus nasi.
 - Б) m. levator alae nasi.
 - В) m. processus nasi.
 - Г) m. depressor septi nasi.
7. Кровопостачання шкіри зовнішнього носа.
 - А) a. carotis interna.
 - Б) a. sphenopalatina (кінцева гілка a. maxillaris interna).
 - В) a. carotis externa.
 - Г) a. facialis.
8. Іннервація шкіри зовнішнього носа.
 - А) n. facialis, ramus ophthalmicus n. trigemini.
 - Б) n. facialis.
 - В) n. lingualis.
 - Г) ramus ophthalmicus n. trigemini.
9. Кровопостачання зовнішнього вуха.
 - А) a. carotis interna, a. externa.
 - Б) a. externa (a. temporalis superficialis (ramus lobuli, helialis, tragicus), a. auricularis profunda).
 - В) a. externa, a. facialis.
 - Г) a. carotis interna, a. auricularis profunda.
10. Іннервація зовнішнього вуха.
 - А) n. facialis, n. auriculo temporalis. n. auricularis magnus, r. auricularis n. vagi.

- Б) n. facialis, n. auricularis magnus.
 - В) n. vagi, n. facialis.
 - Г) n. vagi, n. auriculo temporalis.
11. Види біопсії.
- А) Екцизійна, інцизійна, тотальна.
 - Б) Екцизійна, інцизійна, панч-біопсія і поверхнева (shave-біопсія).
 - В) Поверхнева і тотальна.
 - Г) Панч-біопсія і поверхнева.
12. Які види біопсії найінформаційніші?
- А) Екцизійна, інцизійна і тотальна.
 - Б) Екцизійна, інцизійна, панч-біопсія і поверхнева (shave-біопсія).
 - В) Поверхнева і тотальна.
 - Г) Екцизійна, тотальна.
13. Схема обстеження хворої шкіри.
- А) Самоогляд, анамнез, обстеження у сімейного лікаря та спостереження.
 - Б) Самоогляд, анамнез, спеціальні методи обстеження.
 - В) Анамнез і об'єктивні методи обстеження.
 - Г) Все вищевказане.

Правильні відповіді: 1 (А), 2 (А), 3 (Г), 4 (А), 5 (А), 6 (А), 7 (Б), 8 (А), 9 (Б), 10 (А), 11 (Б), 12 (А), 13 (Г).

Література

1. Заболотный Д. И. Новообразования уха: клиника, диагностика, лечение (обзор авторефератов диссертаций) // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. — 1996. — № 1. — С. 1–12.
2. Пачес А. И. Опухоли головы и шеи. — Москва: Медицина, 2000. — 480 с.
3. Ламоткин И. А. Клиническая дерматоонкология. Атлас. — М.: Бинном, 2011. — 504 с.

Додаткова література

1. Анисимов В. В., Горделадзе А. С., Барчук А. С. и др. Меланома кожи: Атлас клинико-морфологической диагностики. — СПб.: Наука, 1999. — 107 с.
2. Анищенко И. С., Важенин А. В. Плоскоклеточный рак кожи: клиника, диагностика, лечение. — Челябинск, 2000. — 92 с.

СТАТИСТИЧНІ ДАНІ ЗАХВОРЮВАНЬ ШКІРИ
ЗЛОЯКІСНИМИ НОВОУТВОРЕННЯМИ

Відомо, що злоякісні захворювання є однією з найважливіших сучасних медико-біологічних та соціально-економічних проблем у світі і зокрема в Україні. Особливо вікові інвалютивні зміни шкіри обличчя (зовнішнього носа і вуха) та тулуба є однією з давніх і важливих медико-соціальних проблем.

Сьогодні проблема раку шкіри вимагає поліпшення ранньої діагностики, а також розробки комплексної програми діагностики, лікування та профілактики цієї групи злоякісних новоутворень і впровадження просвітницьких програм для населення країни.

Статистичні дані свідчать, що хронічні дерматити і старечий (віковий) дискератоз переростають в злоякісне новоутворення в 5–10 % випадків, тоді як інші доброякісні захворювання — значно рідше.

Так, одна із найзлоякісніших пухлин шкіри людини є меланома, яка в структурі всіх злоякісних новоутворень шкіри (ЗНШ) становить близько 10 % питомої ваги, проте на неї припадає понад 80 % смертності в цій групі (Лемехов В. Г., 2001).

Сьогодні кількість уперше зареєстрованих випадків меланоми щороку зростає. За даними ВООЗ, щороку в усьому світі реєструється понад 200 тисяч випадків меланоми шкіри і приблизно 65 тисяч смертей, пов'язаних з меланомаю (Jemal A. et al., 2007; Thiers B., 2011).

Захворюваність на меланому залишається одним з найбільш швидко зростаючих серед усіх типів раку в усьому світі. Проведені дослідження в Європі, Сингапурі, Канаді та Сполучених Штатах Америки показали, що захворюваність продовжує зростати, особливо серед світлошкірої расової групи, на 3–7 % за рік (Linou E. et al., 2009).

У світі найвищі показники захворюваності спостерігаються серед чоловіків європеїдної раси у віці 65 років і старших (120,6 на 100 тис. населення), за ними йдуть жінки віком понад 65 років (46,9 на 100 тис. населення) (Darrell S. Rigel et al., 2012).

Питома вага злоякісних новоутворень шкіри становить 30 % від усіх виявлених на профілактичних оглядах новоутворень (Корвін С. І. зі спів., 2010). Питома вага ЗНШ за 80 років зростає у 395 разів.

В останні роки спостерігається зростання кількості поверхневих епітеліальних злоякісних новоутворень голови і шиї в усіх країнах світу. Двома найбільш розповсюдженими карциномами є базальноклітинна і плоскоклітинна [Kunte C., Konz B., 2012].

Так, у США захворюваність на НМРШ становить приблизно 450 випадків на 100 тис. населення. У 2018 році в США було зареєстровано понад 5 млн випадків захворюваності на немеланомні (НМРШ) раки шкіри.

Базальноклітинний і плоскоклітинний раки шкіри (БКРШ і ПКРШ) часто об'єднують терміном «немеланомні раки шкіри» (НМРШ); вони є найбільш частими пухлинами у представників європеїдної раси. Реальний рівень захворюваності на НМРШ перевищує офіційні цифри, тому що діагностовані випадки не завжди фіксуються в національних канцер-реєстрах.

Передбачувана частота НМРШ неухильно зростає з 1970 року. Цей ріст захворюваності можна пояснити збільшенням часу перебування населення на сонці, а також використанням штучних джерел ультрафіолетового (УФ) опромінення для засмаги.

Середнє збільшення НМРШ у США, Австралії, Канаді та Європі, за оцінками експертів, становить 3–8 % на рік у представників білої раси (Levi F. et al., 2011). Частота БКРШ у США становить приблизно 146 на 100 тис. осіб. В Австралії, де рівень УФ-випромінювання є одним з найвищих на планеті у зв'язку зі збідненням озонового шару, частота БКРШ становить приблизно 788 на 100 тис. осіб (Tung R., 2009).

В Україні у 2012 році в структурі онкологічного захворювання населення поверхневий рак голови і шиї (ПРГШ) займав 1 місце, що складало 10,3 % випадків. Так, щорічно в Україні діагностуються понад 20000 випадків поверхневих злоякісних новоутворень голови і тулуба, що складає 44,5 випадка на 100 тис. населення [Cancer in Ukraine, 2015–2016; Романова О. А., 2012; Евчев Ф. Д., Евчева А. Ф., 2018].

У 2017 р. в Україні було зареєстровано понад 3 тис. нових випадків меланоми та близько 1 тис. смертельних випадків, зумовлених цією пухлиною. В середньому в Україні захворюваність на меланому становить 6,18 випадків на 100 тис. населення.

Сьогодні в Україні біля 100 нових випадків на 100000 населення [Cancer in Ukraine, 2015–2016, Евчев Ф. Д., Евчева А. Ф., 2018].

Розроблені методичні рекомендації призначені для сімейних лікарів і мають на меті покращення якості первинної діагностики новоутворень та пухлин шкіри, впровадження в практику сімейного лікаря чіт-

кого маршруту пацієнта з підозрою на злоякісне новоутворення шкіри, в тому числі з використанням сучасних можливостей телемедицини.

Таким чином, аналізуючи статистичні дані захворювання в Україні, можливо виділити основні типи злоякісного ураження шкіри, яке називають — білий рак. Ці злоякісні пухлини, які розвиваються в основному з кератиноцитів епідермісу і виявляються у двох видах: як базальноклітинна карцинома і плоскоклітинний рак. І найбільш злоякісною пухлиною шкіри людини є меланома, яка в структурі всіх злоякісних новоутворень шкіри становить близько 10 % питомої ваги, що припадає понад 80 % смертності в цій групі.

Питання для самоконтролю

1. Інвалютивні зміни шкіри це:
А) Хронічний кератоз шкіри.
Б) Вікові зміни.
В) Біологічні зміни шкіри протягом життя.
2. Що спостерігається останніми роками з кількістю поверхневих злоякісних новоутворень?
А) Зменшення епітеліальних злоякісних новоутворень.
Б) Зростання епітеліальних злоякісних новоутворень голови і шиї в усіх країнах світу.
В) Стабільно зберігаються показники.
3. Про що свідчить статистика захворюваності шкіри?
А) Статистичні дані свідчать, що хронічні дерматити і старечий (віковий) дискератоз переростають в злоякісне новоутворення в 5–10 % випадків.
Б) Про зростання злоякісних захворювань шкіри.
В) Усі захворювання.
4. Які злоякісні пухлини шкіри мають найбільшу високу смертність?
А) Меланоми.
Б) БКРШ.
В) ПКРШ.
5. Який відсоток складають в Україні та яке місце посідають злоякісні захворювання шкіри?
А) Поверхневий рак голови і шиї (ПРГШ) займає I місце, що складає 10,3 % випадків.

Б) Друге місце, після меланоми.

В) ПРГШ і меланома.

6. Скільки злоякісних утворень шкіри за рік діагностується в Україні?
А) Щорічно в Україні діагностується понад 20000 випадків поверхневих злоякісних новоутворень голови і тулуба, що складає 44,5 випадків на 100 тис. населення.
Б) Майже 10000 випадків.
В) Майже 5000 випадків.

Правильні відповіді: 1 (В), 2 (Б), 3 (А), 4 (А), 5 (А), 6 (А).

Література

1. Антонів В. Ф., Заболотний Д. І., Прокопів І. М. Новоутворення вуха (клініка, діагностика, лікування). — К.: Здоров'я, 1997. — 1984 с.
2. Онкологія: підручник / Г. В. Бондар, Ю. В. Думанський, О. Ю. Попович та ін.; за ред. Г. В. Бондаря, Ю. В. Думанського, О. Ю. Поповича.
3. Cancer in Ukraine, 2015–2016. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби // Бюлетень національного канцер-реєстру України. — 2017. — Вип. 18.

НОВОУТВОРЕННЯ ШКІРИ ОРГАНІВ ОБЛИЧЧЯ ТА ТУЛУБА ЛЮДИНИ

Дані світової літератури показують, що пік захворюваності на рак шкіри припадає на вік 60–70 років, але дані останніх років свідчать про його омолодження у зв'язку з поширенням пролонгованої дії екзогенних та ендогенних факторів (Ламоткин И. А., 2011; Евчев Ф. Д., Евчева А. Ф., 2018; Анищенко И. С., Важенин А. В., 2020). В Україні за даними Національного канцер-реєстру України щороку реєструється понад 20 тисяч нових випадків захворювання на немеланомний рак шкіри.

Стандартизований показник захворюваності на цю патологію в Україні серед чоловіків складає 40,6 на 100 тис. населення і займає першу позицію серед усіх злоякісних новоутворень, а серед жінок — 49,7 на 100 тис. населення і посідає другу сходинку після раку молочної залози. Майже 70 % немеланомних раків шкіри — пацієнти з діагнозом «базальноклітинний рак шкіри».

В Україні, як і в усьому світі, маємо неухильне збільшення показників захворюваності, зокрема старіння популяції населення супроводжується збільшенням загальної кількості ракових захворювань шкіри у зв'язку із зростанням навантаження ультрафіолету. Так, практичні спостереження показали, що кількість хворих з пухлиноподібними новоутвореннями шкіри різного походження за останні роки не тільки зберігається але і збільшується, тому є загроза того, що за певних умов можуть змінюватися їх морфологічна структура та клінічній перебіг.

3.1. КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПУХЛИНОПОДІБНИХ І ДОБРОЯКІСНИХ НОВОУТВОРЕНЬ ОБЛИЧЧЯ (ЗОВНІШНЬОГО НОСА І ВУХА) ТА ТУЛУБА

Термін «пухлиноподібний» означає тільки клінічну характеристику процесу, а «пухлина» — морфологічну і відрізняється від неї своїми біологічними властивостями.

Пухлиноподібні процеси внесені до міжнародної класифікації, оскільки їх часто доводиться диференціювати зі злоякісними пухлинами. Тому на пухлиноподібні новоутворення потрібно звертати особливу увагу, бо вони схильні до малігнізації, можуть проявляти агресивний ріст (перебіг), при подразненні можуть призводити до анаплазії. До них належать келоїд, шкірний ріг, атерома, себорейний кератоз, віковий кератоз вухної раковини і кісти вухної раковини та інші.

Клінічні спостереження показали, що кількість хворих з пухлиноподібними новоутвореннями шкіри різного походження за останні роки збільшилася, тому є загроза того, що за певних умов можуть змінюватися їх морфологічна структура та клінічній перебіг.

Пухлиноподібні новоутворення — це високодиференційовані пухлини, для яких характерний повільний ріст, вони ніколи неінфільтрують навколишні тканини (в більшості випадків мають псевдокапсулу) і не метастазують. Новоутворення ростуть без залучення до процесу навколишніх здорових клітин і тканин. Клітини доброякісних пухлин подібні до нормальних, але можуть досягати великих розмірів, стискаючи навколишні тканини, судини і в деяких випадках призводячи організм до загибелі.

До пухлиноподібних відносять: келоїд, шкірний ріг, атерому, себорейний кератоз, віковий кератоз і кісти зовнішнього носа. На пухлиноподібні новоутворення потрібно звертати особливу увагу, тому що вони схильні також до малігнізації.

Келоїд — сполучнотканинне новоутворення шкіри зовнішнього носа і вуха, що належить до фіброматозів (Смолянников А. В., 1976; Апатенко А. К., 1977). Ці новоутворення можуть з'являтися після механічної або термічної травми (мал. 9).

Об'єктивно келоїд виглядає як розростання тканини у вигляді еластичних новоутворень різного розміру, частіше на вухній раковині.

Морфологічна структура — надмірне розростання грубоволокнистої сполучної тканини з гіалінозом пучків колагенових волокон у дермі та глибше.

Себорейний кератоз (мал. 10) у вигляді гіперкератозу клітин зроговілого плоского епітелію. Діагностика цих захворювань проста (анамнез, візуально). Лікування хірургічне або комплексне (хірургічне + кріотерапія) за межами зони новоутворення, тому що ці новоутворення виходять за межі зони, а в деяких випадках проводиться хірургічне втручання з реконструкцією зони ураження без кріотерапії.



Мал. 9. Келоїд задньої поверхні мочки вуха



Мал. 10. Себорейний кератоз вухної раковини

Ми проводимо і рекомендуємо проводити хірургічне втручання з кріотерапією, через 3 тижні після хірургічного втручання, що призводить до нормального розвитку тканини, у якій неможливо формування келоїду.

Лікування себорейного кератозу — кріотерапія.

Прогноз обох захворювань — задовільний.

Шкірний (віковий) ріг — новоутворення розповсюджене після 60 років у вигляді гіперкератозу клітин зроговілого плоского епітелію (мал. 11). Причиною може бути пролонгована різними подразниками шкіри дія, ці подразники призводять до нагромадження зроговілих клітин плоского епітелію. Діагностика дуже проста. Лікування хірургічне або кріотерапія. Прогноз для життя — задовільний.

Атерома — гіперплазія або гіпертрофія сальної залози, частіше локалізується на вухній раковині іноді розповсюджується на соскоподібний відросток (мал. 12, 13), але може розвинути на обличчі у людини з гіперсекрецією сальних залоз. Новоутворення має круглу форму, часто спостерігаються множинні атероми, наприклад, вуха і волосистої частини голови. Це новоутворення передається у спадок. Вміст атероми сальний. Дуже часто трапляється нагноєння внаслідок травми і виникає гнійний ексудат. Гістологічна структура — представлена секретом сальної залози в капсулі. Діагностика також проста.



Мал. 11. Віковий кератоз шкіри вухної раковини



Мал. 12. Атерома — гіперплазія або гіпертрофія сальної залози

Лікування — хірургічне видалення з капсулою, інакше буде рецидив. Як правило, антибіотики не призначають. Ускладнення — нагноєння і рецидив при порушенні радикалізму. Прогноз — задовільний.

Кіста — пухлиноподібне новоутворення вродженого характеру або набута кіста. Вроджена кіста виникає унаслідок незарощеного характеру першої зябрової щілини, локалізується частіше на обличчі біля козелка та в слуховому проході (верхня стінка хрящево-перетинчастої частини).

Внутрішня поверхня вродженої кісти вкрита циліндричним епітелієм. Набуті (вторинні) кісти поділяють на ретенційні та посттравматичні.

Ретенційна кіста формується в результаті закупорки сальної або потової залози (мал. 14). Вміст відповідає функції закупореної залози — сальний, слизовий тощо. Внутрішня поверхня ретенційної кісти вкрита кубічним епітелієм. Посттравматичні кісти формуються після ушкодження шкіри. При травмах відшаровується епідерміс внаслідок гематоми. Вмістом такої кісти є епідермальні маси та трансудат, локалізація — передня поверхня вухної раковини. Стінки посттравматичної кісти зовні є охрястя та оголена поверхня хряща.

Діагностика відносно проста. Лікування — хірургічне. Ускладнення — нагноєння і рецидив при порушенні радикалізму. При видаленні, коли залишається частина капсули, виникає рецидив. Прогноз — задовільний.



Мал. 13. Атерома вухної раковини з розповсюдженням на соскоподібний відросток



Мал. 14. Кіста зовнішнього слухового каналу

Доброякісна пухлина характеризується теж повільним ростом, вона не інфільтрує навколишні тканини (в більшості випадків має псевдокапсулу і не метастазує). Але, ці пухлини можуть досягати дуже великих розмірів. Клітини доброякісної пухлини високодиференційовані і певною мірою подібні до нормальних.

До доброякісних новоутворень шкіри відносять: бородавки і конділоми; невуси (родимки і родимі плями); папіломи; пухлини із потових залоз — сирингіоми, із сальних залоз — аденоми і атероми; із кровоносних судин — гемангіоми; із лімфатичних судин — лімфангіоми; зі сполучної тканини — фіброми; із м'язової тканини — лейоміоми і ліпоми; із жирової тканини; нейрогенні пухлини з нервових вузлів і волокон та інші.

Так, бородавки, конділоми і папіломи викликаються вірусом папіломи людини. Деякі види папілом виникають при хронічних запаленнях шкіри та слизових оболонок. Невуси бувають вродженими або набутими, з'являються в будь-якому віці.

Доброякісні новоутворення шкіри можуть також виникати при травмах, при рентгенівському та сонячному опроміненні, при впливі на шкіру деяких агресивних речовин та при довготривалих шкірних хворобах. Не останню роль відіграє спадковий фактор. Клітини доброякісної пухлини високодиференційовані, зростання — повільне, проростання в навколишні тканини не спостерігається.

Клінічна характеристика доброякісної пухлини

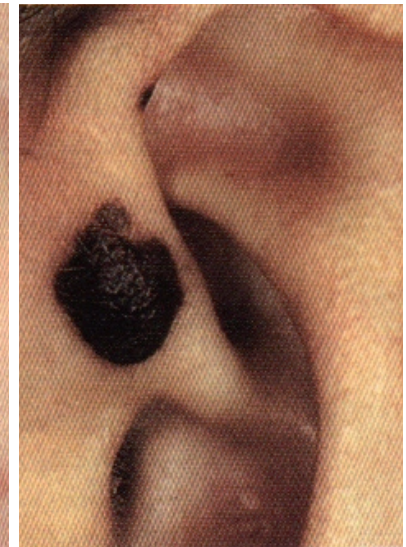
Доброякісна пухлина, як і пухлиноподібні новоутворення, характеризується повільним ростом, вона не інфільтрує навколишні тканини (в більшості випадків мають псевдокапсулу) і не метастазує.

Деякі пухлини можуть досягати дуже великих розмірів, стискаючи навколишні тканини і судини, вони здатні призвести організм до загибелі. Клітини доброякісної пухлини високодиференційовані і певною мірою подібні до нормальних, але можуть повільно вrostати в навколишні тканини. До них слід віднести: папілому, невуси, аденому сірчаної залози (церумінома), гемангіому і ліпому.

Папілома це пухлина, що розвивається з плоского або перехідного епітелію (мал. 15). Папілома виступає над поверхнею шкіри і може повільно вrostати в навколишні тканини, схильна до малігнізації (Касьяненко І. В. і співавт., 1992).



Мал. 15. Папілома зовнішнього слухового каналу



Мал. 16. Невус шкіри вухної раковини

Невуси — це вроджені плями, за міжнародною класифікацією належать до пухлиноподібних новоутворень, але більшість дослідників вважають їх доброякісними пухлинами. Невуси можуть бути вродженими і набутими. В основі їх виникнення лежать вади розвитку шкі-

ри, зокрема меланобластів (мал. 16). Діагностика проста, лікування хірургічне або кріодеструкція.

Фіброма вушної раковини — це доброякісне новоутворення, яке в більшості випадків має псевдокапсулу, рецидивує, але не метастазує (мал. 17). На малюнку 17 показана рецидивуюча фіброма шкіри вушної раковини після хірургічного видалення.



Мал. 17. Рецидив фіброми вушної раковини



Мал. 18. Стан після операції

Пухлина з екзофітним ростом на поверхні шкіри вушної раковини на широкій основі, щільної консистенції.

Діагностика проста. Лікування тільки хірургічне за правилами радикалізму.

Прогноз задовільний, але при порушенні принципу радикалізму можливі рецидиви.

Аденома сірчаної залози (церумінома) — нагромадження залозистих структур, які вистелені двома шарами епітелію. Тканина залози розділена на окремі частини сполучнотканинною стромою. Пухлина не має капсули, при наявності біфазової структури, що характерно для плеоморфної аденоми (змішаної пухлини), яка може локалізуватися в зовнішньому слуховому проході (мал. 19, а, б).

Діагностика проста, але слід диференціювати із злоякісними пухлинам.

Лікування тільки хірургічне. Прогноз задовільний.



а б
Мал. 19. Аденома сірчаної залози (церумінома)

Гемангіома (ангіома, гамартома) обличчя та тулуба — доброякісна судинна пухлина, яка виникає внаслідок неправильного формування ембріональних тканинних комплексів, тобто пов'язана з вадами формування судинної системи. Може бути: артеріальною, капілярною, венозною, кавернозною та змішаною. Спостерігається у шкірі, підшкірній клітковині, м'язах, кістках, внутрішніх органах. У стінках судин не має еластичних і м'язових волокон (мал. 20, 21, а, б). Вони утворені переважно з ендотелію. Форми гемангіоми та їх об'єктивна семіотика показують, що це судинна пухлинна.

Існують два види гемангіом — вроджені, сформовані під час внутрішньоутробного розвитку, і набуті. Набуті у ранньому дитячому віці нерідко називають дитячими. За структурою розрізняють одиничні і множинні гемангіоми (гемангіоматоз). За утворенням вони бувають місцевими та сегментарними. Місцеві гемангіоми ростуть із однієї точки, відрізняються рівними краями та порівняно невеликими розмірами. Сегментарні — великі, з «рваним» краєм, нерідко розвиваються у рамках поєднаних патологій грудної клітки, аорти, тазу і хребта, вад серця і т. д.

1. Проста гемангіома походить з капілярів, розташовується на поверхні шкіри, має чіткі межі, плоску, бугристо-вузлову, бугристо-



Мал. 20. Капілярна гемангіома

сплощену поверхню; червоний або червоно-синюшний колір. Проста гемангіома блідне при натисканні на пляму, а потім знову відновлює свій колір.

2. Печериста або кавернозна гемангіома зустрічається частіше у дітей, розташована підшкірно у вигляді бугристо-вузлового новоутворення. Вона має м'яко-еластичну консистенцію і складається з порожнин — каверн, заповнених кров'ю. Зверху печериста гемангіома покрита синюшного

відтінку шкірою. При натисканні на вузол, внаслідок відтоку крові, гемангіома блідне і зменшується в розмірі та при напруженні і кашлі — напружується і збільшується в розмірі (еректильний симптом, обумовлений припливом крові в кавернозні порожнини).

1. Комбінована гемангіома має ознаки простої і кавернозної пухлини, має шкірну і підшкірну частини. Клінічні прояви залежать від переважання капілярного або печеристого компонента.

2. Змішана гемангіома має складну будову і містить елементи судинної та інших тканин (сполучної, нервової, лімфоїдної). До гемангіом змішаного типу належать: ангіофіброми, ангіоневриноми, гемлімфангіоми та ін.

Чим небезпечна гемангіома?

При несвоечасному лікуванні можуть розвинутися ускладнення, які спричиняють загрозу для життя та здоров'я людини:

- проростання у навколишні органи і тканини з їх подальшим руйнуванням;
- руйнування кісткових та м'язових тканин;
- здавлювання спинного мозку;
- виразкою, приєднанням інфекції;
- перетворення на злоякісну;
- розвиток патології судинної системи;
- косметичні дефекти.

Діагностика проста. Лікування хірургічне, гормонотерапія (склерозуюча терапія), електрокоагуляція і кріотерапія.

Хірургічне лікування полягає у розсіченні гемангіоми. Видалення глибоко розміщених та великих гемангіом пов'язане з ризиком масованої кровотечі, тому з профілактичною метою роблять попередню перев'язку артерій, що живлять пухлину, прошивання та обшивання гемангіом.



а

б

Мал. 21 (а, б). Гемангіома зовнішнього носа та долоні руки

Для лікування гемангіоми немовлят (infantile hemangioma) у Європі широко застосовується безопераційне лікування пропранололом (анаприліном), з дозуванням 2 мг/кг ваги дитини. Механізм впливу препарату на гемангіому не з'ясований, проте препарат має високу ефективність.

Прогноз — при несвоечасному лікуванні незадовільний.

САРКОМА КАПОШІ (ангіосаркома)

Саркома Капоші (ангіосаркома Капоші) — це багатоголишева злоякісна пухлина, яка вражає весь організм, походить з ендотелію судин і має різний клінічний перебіг.

Найчастіше хвороба проявляється новоутвореннями шкіри, але здатна торкатися слизових оболонок, лімфатичної системи та внутрішніх органів (насамперед легенів та шлунково-кишкового тракту).

Виділяють чотири клінічні форми саркоми Капоші: класична (європейська), імуносупресивна, ендемічна (африканська) і епіде-

мічна (асоційована зі СНІДом). Зазвичай у пухлини пурпурне забарвлення, але іноді колір має різні відтінки: червоний, фіолетовий або бурий. Пухлина може бути плоскою або злегка підніматися над шкірою та являє собою безболісні плями або вузлики. Саркома Капоші часто поєднується з пошкодженням слизової піднебіння, лімфовузлів.

Перебіг захворювання повільний. Виявлення саркоми Капоші при ВІЛ-інфекції дає підставу для постановки діагнозу СНІД. Саркома м'яких тканин характеризується малосимптомною течією і схожою клінічною картиною з доброякісними пухлинами та непухлинними захворюваннями.

Діагностика. Проводиться повний огляд шкіри, а також слизових ротової порожнини та статевих органів. При наявності відмітки на шкірі саркому Капоші в LISOD діагностують за допомогою біопсії. Зразок тканини з відміткою направляють до провідних патоморфологічних лабораторій Ізраїлю та Німеччини, де достовірно визначають, про який тип пухлини йдеться.

Прогноз незадовільний.

Ліпома шиї та інші локалізації тулуба. Це доброякісна пухлина із жирової тканини, яка складається з жирових клітин сполучнотканинної строми. Розрізняють вузлуваті та дифузні форми ліпоми. Діагностика проста, достатньо пальпації та УЗ-дослідження (скупчення жирової тканини з тонкою капсулою по периферії).

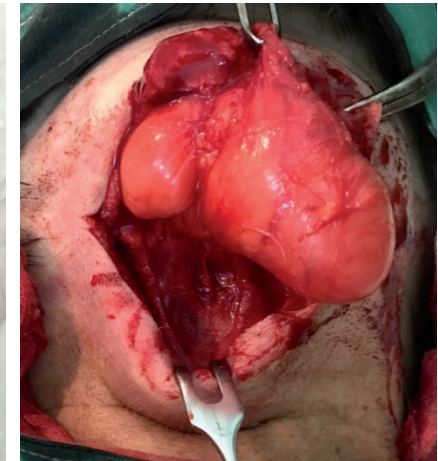
Ліпома зовнішнього вуха та носа практично не зустрічається, але ліпома голови, шиї та тулуба дуже часто (мал. 22–25).

Діагностика (огляд, пальпація, УЗД), клінічний перебіг задовільний.

Лікування: тільки хірургічне, прогноз задовільний.



Мал. 22. Ліпома задньої поверхні шиї



Мал. 23. Етап операції (видалення ліпоми з капсулою)



Мал. 24. Макропрепарат (видалена ліпома)



Мал. 25. Післяопераційний рубець (через місяць після операції)

Питання для самоконтролю

1. Які новоутворення відносять до пухлиноподібних?
 - А) Меланома шкіри.
 - Б) Плоскоклітинний рак.

- В) Келоїд, шкірний ріг, атерома, віковий і себорейний кератоз, кісти.
2. Пухлиноподібні новоутворення це:
- А) Високодиференційовані.
Б) Низькодиференційовані.
В) Недиференційовані.
3. Які новоутворення відносять до доброякісних?
- А) Кісти й атероми.
Б) Папіломи, невуси, аденоми, атероми, гема- і лімфангіоми, фіброми, лейоміоми, ліпоми, невріоми.
В) Атероми, келоїд, віковий і себорейний кератоз, кісти.
4. Пухлиноподібні новоутворення — це:
- А) G1, G2.
Б) G3, G4.
В) Нічого.
5. Пухлиноподібні новоутворення чутливі до променевої терапії.
- А) Високочутливі.
Б) Помірночутливі.
В) Не чутливі.
6. Саркома Капоші — це:
- А) Багатогнищева злоякісна пухлина, яка вражає весь організм і походить з ендотелію судин.
Б) Доброякісна судинна пухлина, яка вражає весь організм.
В) Пухлиноподібне утворення ендотелію судин.
7. Скільки є клінічних форм саркоми Капоші і які?
- А) Три: імуносупресивна, ендемічна і епідемічна.
Б) Чотири: класична (європейська), імуносупресивна, ендемічна (африканська) і епідемічна (асоційована зі СНІДом).
В) Дві: ендемічна і епідемічна.
8. Яка форма саркоми Капоші асоційована зі СНІДом?
- А) Ендемічна і епідемічна.
Б) Епідемічна.
В) Класична і імуносупресивна.

Правильні відповіді: 1 (В), 2 (А), 3 (Б), 4 (В), 5 (В), 6 (А), 7 (Б), 8 (Б).

Література

1. Білінський Б. Т., Стернюк Ю. М., Шпарик Я. В. Онкологія. — К., 2004. — С. 158–174.
2. Ламоткин И. А. Опухоли и опухолеподобные поражения кожи. Атлас. — М.: Бином, 2006. — 166 с.
3. Онкологія: підручник / Г. В. Бондар, Ю. В. Думанський, О. Ю. Попович та ін.; за ред. Г. В. Бондаря, Ю. В. Думанського, О. Ю. Поповича. — К., 2015. С. 1546.

3.2. ПЕРЕДРАКОВІ (ПРИКОРДОННІ) ЗАХВОРЮВАННЯ ШКІРИ

Передракові захворювання шкірних покривів можуть бути **облігатними**, які завжди переходять в рак, і **факультативними**, які в рак переходять не завжди, але мають достатньо високий ступінь ризику малігнізації.

Облігатних форм захворювань шкіри обличчя сьогодні не існує.

Взагалі до облігатних захворювань шкіри тулуба відносять хворобу Боуена — ерітроплазію Кейра і пігментну ксеродерму.

Хвороба Боуена — це бляшкоподібний червоно-коричневий вогнище-акантоз і гіперкератоз, який поступово розростається і дає виразки, що свідчить про перехід в рак шкіри, тобто хвороба Боуена схильна до малігнізації. Хвороба Боуена — рідкісне захворювання, найчастіше зустрічається у літніх необрізаних чоловіків і вкрай рідко в молодому та середньому віці. Лікування: кріотерапія (кріодеструкція) або хірургічне.

Пігментна ксеродерма — вроджена дистрофія шкіри, що виявляється з раннього дитинства надчутливістю до сонячних променів. Під дією інсоляції з'являються пігментні плями, потім виникає дерматит, настає атрофія шкіри з розширенням судин і вогнищами гіперкератозу. Бородавчасті розростання трансформуються у безліч ракових вогнищ.

До факультативних передракових захворювань відносять: хронічні дерматити, шкірний ріг, старечий кератоз, пігментну ксеродерму, кератоакантому, прикордонний пігментний невус, папіломи, бородавки, атероми, гемангіоми (ангіома, гамартома).

До хронічних дерматитів відносять захворювання, які виникають внаслідок контакту з препаратами миш'яку, хімічними канцерогенами тощо, а також у результаті рентгенівського опромінення. Хронічні дерматити як правило призводять до трофічної виразки або рубців,

притаманних сифілісу, вовчаку та опікам. Шкірний ріг — щільні темно-коричневі ороговілі ділянки шкіри у вигляді сосочка. Кератоакантома і старечий дискератоз об'єктивно мають вигляд коричневих пляшок з локалізацією на тильній стороні кистей рук, шиї та обличчі.

Вищевказані захворювання є найбільш небезпечними захворюваннями, які можуть трансформуватися у ракові вогнища.

Наприклад, пігментна ксеродерма і невуси. Ці новоутворення при пролонгованому подразненні можуть придбати злоякісні ознаки. Так, пігментна ксеродерма — вроджена дистрофія шкіри, що виявляється з раннього дитинства чутливістю до сонячних променів. Під дією інсоляції з'являються пігментні плями, виникає дерматит, настає атрофія шкіри з розширенням судин і вогнищами гіперкератозу. Бородавчасті розростання трансформуються у безліч ракових вогнищ.

Особливо треба виділити невуси, які є природженими плямами, але за міжнародною класифікацією належать до пухлиноподібних новоутворень, однак більшість дослідників вважають їх доброякісними пухлинами.

Тому невуси можуть бути природженими і набутими. В основі їх виникнення лежать вади розвитку шкіри, зокрема меланобластів.

Кератоакантома і старечий (віковий) дискератоз.

Об'єктивно мають вигляд коричневих пляшок з локалізацією на тильній стороні кистей рук, шиї та обличчі. Шкірний ріг — щільні темно-коричневі ороговілі ділянки шкіри у вигляді сосочка.

У цілому клінічний перебіг доброякісних пухлин зовнішнього носа, вуха і тулуба — задовільний. Але при пролонгованому подразненні пухлина може набути злоякісні ознаки і тоді перебіг буде незадовільний, тобто небезпечний.

Таким чином, можливо зробити висновок, що серед захворювань шкіри, яка б не була локалізація, слід уважно виділяти новоутворення, яким необхідна cito-діагностика та невідкладне лікування або лікування за планом.

Питання для самоконтролю

1. Які прикордонні захворювання ви знаєте?
А) Облігатні і факультативні.
Б) Гіперпластичні.
В) Атрофічні.

2. Які є облігатні форми захворювання шкіри обличчя.
А) Хвороба Боуена.
Б) Пігментна ксеродерма.
В) Не існує.
3. Які захворювання небезпечні (що трансформуються у ракові вогнища)?
А) З високим ступенем анаплазії: кератоакантома, старечий дискератоз і шкірний ріг.
Б) Гіперпластичні і катаральні.
В) Атрофічні і гіперпластичні.
4. Прикордонні захворювання лікуються:
А) Променивим способом.
Б) Хірургічним.
В) Хіміотерапією.
5. Які ускладнення можуть спостерігатися?
А) Трансформування у ракові вогнища, кровотечі.
Б) Кровотеча.
В) Нагноєння.

Правильні відповіді: 1 (А), 2 (В), 3 (А), 4(Б), 5(А).

Література

1. Ламоткин И. А. Опухоли и опухолеподобные поражения кожи. Атлас. — М.: Бином, 2006. — 166 с.
2. Заболотный Д. И. Новообразования уха: клиника, диагностика, лечение (обзор авторефератов диссертаций) // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. — 1996. — № 1. — С. 1–12.

3.3. КЛІНІЧНА І МОРФОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЗЛОЯКІСНИХ НОВОУТВОРЕНЬ ШКІРИ

Сьогодні статистичні дані свідчать, що хронічні дерматити, старечий (віковий) дискератоз та доброякісні пухлини переростають в злоякісні новоутворення в 5–10 % випадків, тоді як інші перераховані вище захворювання — дуже рідко. Однак 5 % або 10 % створюють великі проблеми для якості життя.

Злоякісна пухлина (бластома, неоплазма, новоутворення) — це тканина, яка утворюється внаслідок патологічного росту з характерним надмірним збільшенням шляхом розмноження клітин, невпинним і відносно автономним ростом цих клітин, порушенням їх ідентичності. Пухлина спочатку росте без залучення до процесу навколишніх здорових клітин і тканин. Основними морфологічними ознаками пухлини є анаплазія, атипія й автономний ріст.

Таким чином, для злоякісного процесу характерні високий ступінь анаплазії, схильність до інвазії та здатність до метастазування. Клітини злоякісної пухлини втрачають специфічні функції, тому їм властивий високий ступінь анаплазії.

При дослідженні новоутворення потрібно виділяти і враховувати суттєві діагностичні критерії, які характерні для злоякісного новоутворення: розміри — більш 6 мм; нерівні та розмиті і зубчаті межі новоутворення; нерівномірні кольори ураженої частини (від білого до рожево-коричневого або синього кольору) і агресивний ріст.

Міжнародна класифікація злоякісної пухлини шкіри людини, яка прийнята ВООЗ, ґрунтується на анатомічному, гістологічному і локалізаційному принципах з урахуванням клінічного перебігу пухлинного процесу. Ця класифікація є основою для верифікації пухлин, враховується у діагностиці та визначенні способу лікування, прогнозі результатів і при опрацюванні матеріалів, які стосуються онкологічних захворювань.

Клінічно і морфологічно найчастіше спостерігають три види злоякісних пухлин шкіри: дві, які виникають з базального шару епідермісу — базальноклітинний (БКРШ) і плоскоклітинний (ПКРШ) рак шкіри обличчя та тулуба, і третя — меланома, яка складається з клітин меланоцитів.

Морфологічна характеристика злоякісних пухлин шкіри

Основними ознаками злоякісної пухлини є атипія клітин, автономний, нестримний ріст новоутворення. Клітинам пухлини властива анаплазія.

Перші історичні дані про причини і клінічні прояви плоскоклітинного раку шкіри відносяться ще до 1775 року, коли англійський лікар Персиваль Потт описав клінічну картину раку мошонки у лондонських сажотрусів, тобто в результаті дії пічної сажі на шкіру. Таким чином, робота П. Потта є першою з виявлення хімічного канцерогена.

При проведенні гістологічного дослідження первинного осередку злоякісного утворення шкіри у висновках повинні бути описані такі характеристики.

При базальноклітинному раку шкіри (мікромодулярний, інфільтративний, склерозуючий, склеродермоподібний або десмопластичний, поверхневий та вузловий).

При БКРШ, ПКРШ і меланомі шкіри потрібно визначити і описати:

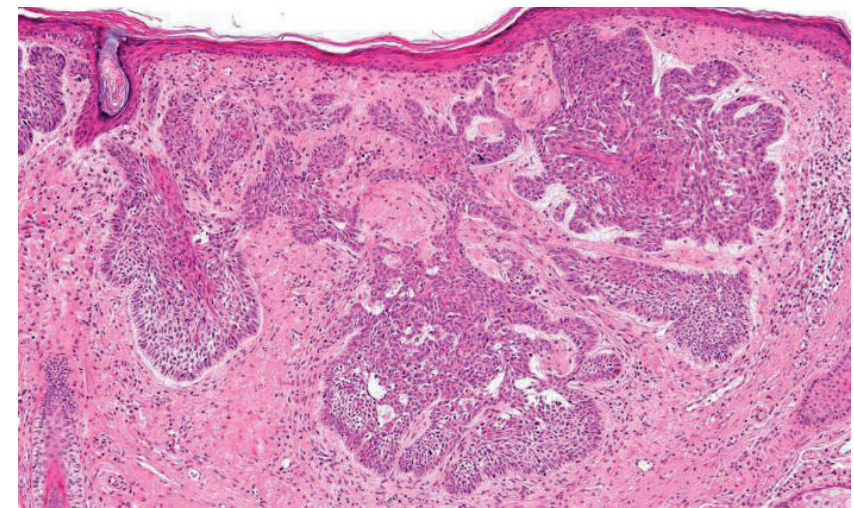
- оцінка країв резекції на наявність пухлинних клітин;
- визначення рівня проростання пухлини в прилеглі тканини (підшкірно-жирова клітковина, м'язи, нерви, кістки).

При проведенні гістологічного дослідження метастазів БКРШ, ПКРШ і меланоми шкіри в регіонарні лімфатичні вузли потрібно вказувати:

- кількість лімфатичних вузлів, що досліджується;
- кількість з них уражених;
- чи уражена капсула лімфатичного вузла та навколишні тканини.

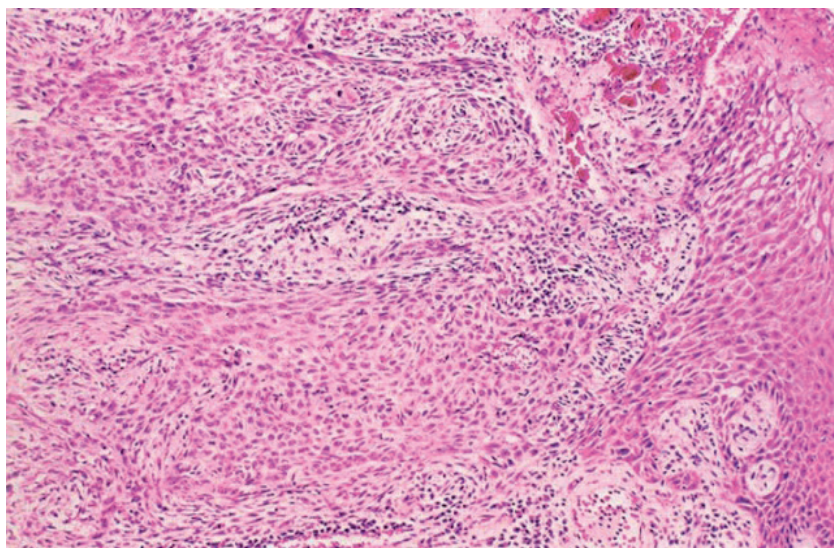
На мал. 26–28 показана морфологічна картина БКРШ, ПКРШ і меланоми шкіри.

Відомо, що морфологічно БКР шкіри складається із аномальних клітин плоского епітелію зовнішнього шару шкіри.



Мал. 26. Морфологія БКРШ

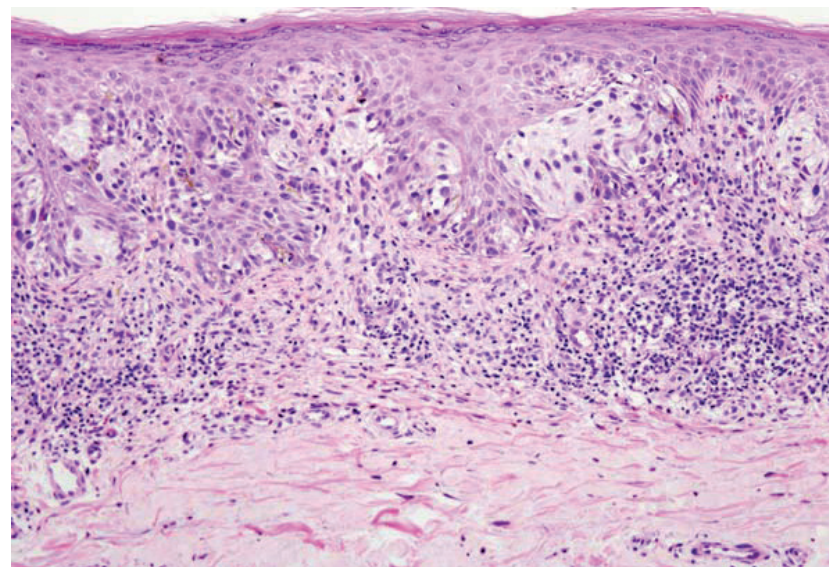
Гістологічно розрізняють солідну, залозисту, кістозну і пігментовану базаліому. Серед солідних комплексів виявляються вузькі епітеліальні тяжі, які формують тубулярні або альвеолярні структури (мал. 26). Для базальноклітинного раку з пілоїдним диференціюванням характерна наявність у комплексах базалоїдних клітин вогнищ з ороговінням, навколишніми клітинами, схожими із шипуватими. Ороговіння в цих випадках виникає минаючи кератогіалінову стадію, що нагадує кератогенну зону перешийка нормальних волосяних фолікулів і може мати трихоподібне диференціювання.



Мал. 27. Морфологічна картина ПКРШ. Морфологічні ознаки: пласти атипових епітеліальних клітин з клітинним ядерним поліморфізмом, мітотичною активністю, оточені лімфоцитарним валом

Для меланоми характерно: великі поліморфні клітини кубічної або полігональної форми з атипічними гіперхромними ядрами. Осередки із концентрично розташованих клітин в зоні запальної інфільтрації. По всій товщині шкіри відмічається поліморфізм клітин, місцями маючи альвеолярне розташування.

Клінічно меланома протікає дуже злоякісно і агресивно. Тому планово меланому слід диференціювати з великими віковими бородавками та пігментними невусами шкіри.



Мал. 28. Морфологічна картина меланоми шкіри

Відомо, що злоякісні ураження шкіри обличчя і тулуба можуть розвинути в будь-якому місці шкіри людини в результаті дії шкідливих факторів. В результаті дії цих факторів злоякісні пухлини можуть розвинути і в будь-якому компоненті шкіри (епідермісі, дермі або суміжних структурах).

Дані вітчизняних і зарубіжних авторів свідчать, що рак шкіри зовнішнього носа та вуха виникає на тлі передпухлинних та фонових станів.

3.4. ВИДИ ТА КЛІНІЧНИЙ ПЕРЕБІГ ЗЛОЯКІСНИХ НОВОУТВОРЕНЬ

Сучасний розвиток медицини передбачає постійне удосконалення заходів з діагностики, лікування та профілактики захворювань з урахуванням вимог доказової медицини.

У цьому розділі, крім клінічного перебігу злоякісного захворювання шкіри та навколишніх тканин, буде показаний в деяких випадках вид хірургічного лікування.

Система стандартизації медичної допомоги орієнтована на розробку медико-технологічних документів, які допомагають лікарю ефективно діяти в конкретних клінічних ситуаціях, уникаючи не-ефективних та помилкових втручань.

За даними літератури і нашими спостереженнями пік захворюваності людини на злоякісні новоутворення припадає на вік від 55 до 75 років. Хоча і невеликий відсоток зустрічається у віці до 50 років.

Незважаючи на те, що злоякісні захворювання шкіри належать до зовнішньої патології, але небезпека їхнього перебігу та ускладнень дуже велика. Особливо це стосується шкіри обличчя, тому що не видалені вчасно злоякісні ураження можуть поширюватися на сусідні тканини, включаючи хрящову і кісткову, а також метастазувати у віддалені органи: головний мозок, органи зору і легені.

Підкреслюємо, що сьогодні у світі й Україні клінічно відомі три найбільш розповсюджені злоякісні пухлини шкіри людини. З них дві, які виникають з базального шару епідермісу — **базальноклітинний (БКР) і плоскоклітинний (ПКР) рак шкіри** обличчя та тулуба. Третя злоякісна пухлина — **меланома**, яка складається з клітин меланоцитів, що виробляють пігмент меланін і розташовані у верхньому шарі шкіри епідермісу. Ці злоякісні новоутворення мають різні морфологічні і клінічні характеристики.

Базальноклітинний рак (БКР). Шифр МКХ-10: C44 інші злоякісні новоутворення шкіри.

БКР шкіри має дуже повільний ріст, клінічно виглядає, як червона грудка (лубок, комок), яка покривається лусочками і з часом стає твердою. Цей стан може проявлятися кровотечею із формуванням виразки (Ламоткин И. А., 2006; Евчев Ф. Д., Евчева А. Ф., 2018).

Клінічні форми: поверхневі, вузлуваті (папілярні), інфільтруючі, мультицентричні і склеродерміформні. Ці клінічні форми мають різний клінічний перебіг.

1. Поверхнева форма складає 10 % від загальної захворюваності. Спочатку з'являються білуваті і жовті щільні вузлики, як перші ознаки базально-клітинного рака шкіри. Потім червоно-бура бляшка, що лущиться, з ділянками гіпо- і гіперпігментації, атрофії валикоподібного краю. Розташовуються на тулубі та кінцівках, рідше на обличчі. Спостерігається повільне багаторічне зростання.

2. Вузлуваті (папілярні) форми показують вузлуватість пухлини, бугристі, обсіпані сосочками, екзо- й ендо-проростають, метаста-

зують, виснажують організм хворого. Вузлуваті (папули) — округлі блідо-червоні або червоні маленькі (розміром від маісового зерна до горошини) підвищення шкіри, у яких відсутня рідина. Вузлики не розпадаються, не утворюють виразок і загоюються без утворення рубців. Виявляють їх оглядом і пальпацією. Вузлики на шкіри шиї, бокових поверхнях грудей і черева спостерігаються при злоякісній катаральній гарячці і чумі. Але зустрічається локалізація і на обличчі (мал. 29).

3. Інфільтруючі форми — з глибокими виразками, бугристими кірками із мертвих клітин, з проростанням в навколишні здорові клітини і тканини, які стають мало- або нерухомими.

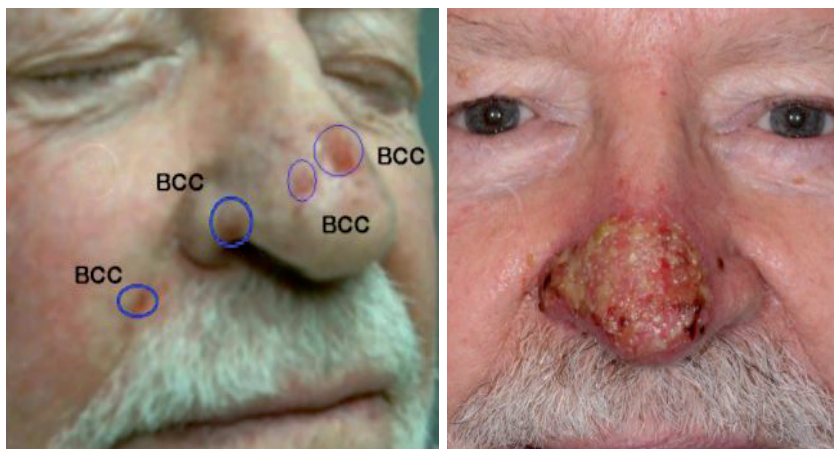
4. Мультицентрична форма росту БКРШ, коли в розвитку пухлини мають багаточисельні фактори (мал. 30, а, б).

5. Склеродерміформна (вузлова) форма зустрічається у 60–75 % випадках. Характерний воскоподібний, твердий, округлий вузол, розміром 2–5 мм, (мал. 31, а, б) (перломутрова бляшка з телеангіоектазіями). Виразки (воронкоподібні, формування *ulcus rodens* із запальним інфільтратом по периферії). Пухлина може містити меланін (набуваючи чорного, коричневого або синього кольору).



Мал. 29. Вузлуваті (папілярні) форми. Стан після фотодинамічного лікування БКРШ мультицентричного БКРШ зовнішнього носа

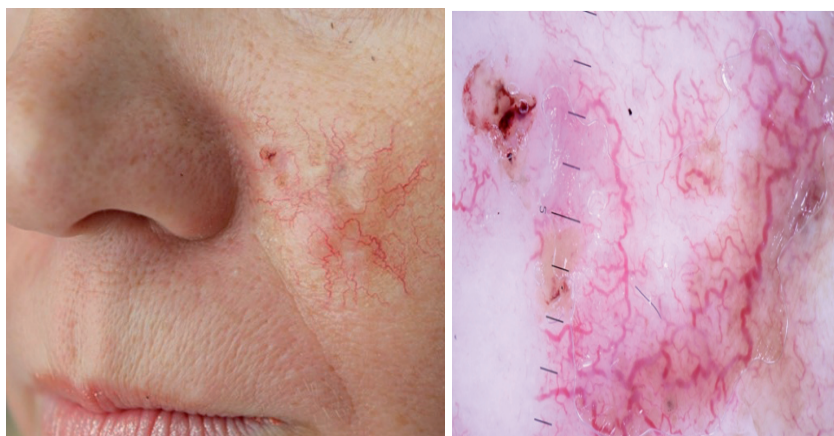
Клінічна семіотика: Скарги на виражений судинний рисунок, в деяких випадках кровоточивість зі сформованої виразки. Склеродерміформні форми раку протікають доброякісно (мал. 31). Діагностика проста (огляд, пальпація, УЗД), лікування — кріотерапія.



а

б

Мал. 30. Мультицентричні форми росту БКРШ обличчя (зовнішнього носа і щоки)



а

б

Мал. 31. Склеродерміформні форми БКРШ обличчя

Слід підкреслити, що і мультицентричні, і склеродерміформні форми захворювання шкіри обличчя та тулуба протікають відносно доброякісно. Вузлуваті (папілярні) і поверхневі форми зустрічаються частіше, клінічно протікають зі злаякісними ознаками.

Діагностика БКРШ обличчя та тулуба:

1) Клінічна. 2) Цитологічна. 3) Гістологічна.

Подобиці лікування злаякісних пухлин шкіри обличчя та тулуба будуть висвітлені в розділі лікування.

Прогноз задовільний, але при порушенні принципу радикалізму можливі про- або рецидиви.

При обстеженні та плануванні лікування хворого із новоутворенням слід виділяти і враховувати суттєві клініко-діагностичні критерії, які характерні для злаякісного процесу: розміри новоутворення — понад 6 мм; нерівні, розмиті, зубчасті межі новоутворення; нерівномірне забарвлення ураженої ділянки (від білого до червоно-коричневого або синього кольору) та агресивний ріст.

На жаль, сьогодні базаліома, тобто базальноклітинний рак деякими дерматологами оцінюється як доброякісна пухлина. За даними морфологів і з нашого досвіду базаліома (базальноклітинна пухлина) є злаякісною, яка дійсно не дає регіонального і віддаленого метастазування. Але базальноклітинний рак (базаліома) має повільний і обмежений ріст, локально протікає з деструкцією тканин, дає поверхневу інвазію, володіє інфільтруючим ростом і локально може рецидивувати. Базальноклітинний рак у літературі може зустрічатися під назвою: базаліома, базально-клітинна епітеліома. Це дійсно локально деструктивна пухлина з характерним повільним ростом, яка рідше метастазує, тобто належить до низького ступеня злаякісності.

Але сьогодні в усьому світі відносять базаліому до злаякісних пухлин і трактують як базальноклітинний рак (БКР). Відомо, що морфологічно БКР шкіри складається із аномальних клітин плоского епітелію зовнішнього шару шкіри. Клінічно БКР виглядає як червона грудка, яка покривається лусочками і з часом стає твердою. У центрі ураження шкіри формується виразка (мал. 32, а, б).

Таким чином, БКР це найбільш доброякісна пухлина з усіх злаякісних пухлин, яка розвивається із базальноклітинних структур шкіри, з епідермісу або волосяних фолікулів. Цей вид злаякісної пухлини спостерігається найчастіше і складає 75 % від усіх злаякісних захворювань шкіри.

На мал. 32 показані характерні клінічні ознаки, які дійсно спостерігаються при базальноклітинному раку шкіри: червона грудка (клубок, комок), яка покривається лусочками і з часом стає твердою. Цей стан може проявлятися кровотечею із формуванням виразки.



а

б

Мал. 32. Базаліома (базальноклітинний рак) шкіри зовнішнього носа

Незважаючи на те, що БКРШ є найдоброякіснішим захворюванням шкіри, але локально протікає з деструкцією тканин, дає поверхневу інвазію, володіє інфільтруючим ростом і може рецидивувати. Тому потрібно якнайраніше визначитися із видом лікування.

Лікування БКРШ: хірургічне лікування є основним і проводиться за стандартами радикалізму. Особливо слід мати на увазі, що БКРШ володіє інфільтруючим ростом. При невеликих розмірах можлива фотодинамічна або кріотерапія. Прогноз задовільний, але при порушенні принципу радикалізму можливі рецидиви.

Плоскоклітинний рак (ПКРШ). Шифр МКХ-10: С44 інші злоякісні новоутворення шкіри

Відомі синоніми плоскоклітинного раку шкіри, які можуть зустрічатися у літературі: сквамозноклітинна карцинома, плоскоклітинна епітеліома, епідермічний рак і спиноцелюлярний рак.

ПКРШ розвивається на фоні вікового кератозу, екземи та атрофічних порушень шкіри. Зустрічається у чоловіків похилого віку. Росте відносно повільно і схильна до розпаду (мал. 33, а, б).

Плоскоклітинний рак поділяється на чотири типи, які позначаються літерою G, яка відображає диференційовку пухлини.

Відомо, що ПКР шкіри складається із аномальних клітин плоского епітелію зовнішнього шару шкіри. Клінічно ПКР виглядає як жовта лускоподібна частина, із ніжною поверхнею, яка теж кровоточить при доторканні. На місці такого ураження також формується виразка.



а

б

Мал. 33. Плоскоклітинний рак: а) вушної раковини; б) зони anhelix вушної раковини

Морфологічно відрізняють такі форми: G1 — високодиференційований рак; G2 — помірнодиференційований рак; G3 — низькодиференційований рак і G4 — недиференційований рак.

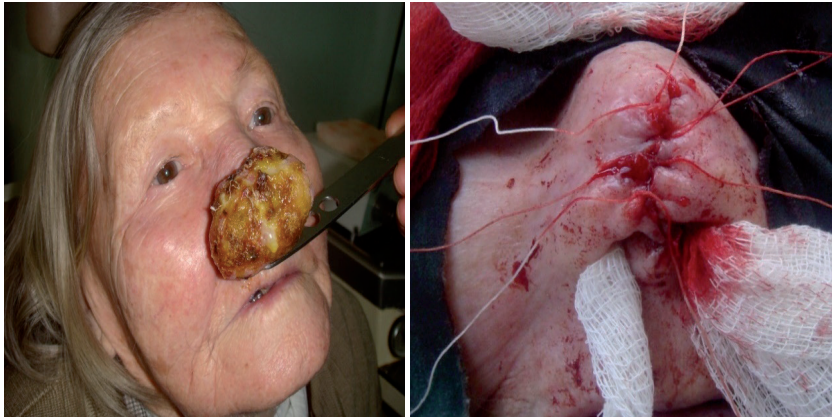
Так, за Європейським та регіональними протоколами G1 і G2 незалежно від форми росту обов'язково підлягають на першому етапі хірургічному лікуванню.

Клінічна діагностика на ранніх стадіях не завжди клінічно достовірна і відповідає злоякісному процесу, тому потрібно провести гістологічне дослідження.

За нашими даними проведення адекватного лікування на ранніх стадіях розвитку злоякісної пухлини зовнішнього носа, вуха та тулуба у 95 % випадків дозволяє досягти повного одужання.

Але у деяких випадках, коли пухлина у вигляді екзофітного росту з компонентами ендоефітного ураження (мал. 34, а, б), теж можливе повне одужання, тобто результати лікування залежать від глибини ураження.

Наприклад, хвора 86 років (на мал. 34, а): показано пухлинне ураження (T2) у вигляді екзофітного ураження зовнішнього носа, інтраопераційно спостерігався й ендоефітний компонент росту плоскоклітинної пухлини (мал. 34, б, стан після операції). Результат задовільний.



Мал. 34. Екзофітна пухлина зовнішнього носа: а) до операції; б) стан після операції

Другий приклад (мал. 35), коли клінічні ознаки пухлинного ураження у вигляді екзофіта, розміром понад 10 см, яке розповсюджувалося на шкіру хрящової та частково на кісткової частини зовнішнього носа (Т3) (мал. 35 а, стан після операції).



Мал. 35. ПКР, ендо- і екзофітне ураження зовнішнього носу: а) до операції; (б стан після операції (відсутня хрящова частина плоскоклітинного раку зовнішнього носу)

Лікування ПКРШ: радикальне хірургічне лікування (видалення пухлини) з прилеглими тканинами. Променева терапія не призна-

чалася у зв'язку з морфологічними даними — G1. В обох випадках хірургічне лікування дозволило досягти повного одужання.

Результат хірургічного лікування в обох випадках — задовільний. Спостереження протягом 5 років показало відсутність рецидиву. Хворий (мал. 35, а) від пластики зовнішнього носа відмовився.

Інші форми злоякісних захворювань

Аденокарцинома (залозистий рак) — пухлина розвивається на слизовій оболонці з призматичним покривним епітелієм і в органах з елементами залозистих структур (мал. 36). Пухлина вражає епітелій та формується з епітеліальної тканини, відрізняється швидким та агресивним ростом. В залежності від будови та анатомії пухлини новоутворення може мати сірий, червоний або білий відтінок. Злоякісне новоутворення зовнішнього носа і порожнини носа на останніх стадіях схильне до регіонарного метастазування.

На малюнку 36, а, показана аденокарцинома з ендофітним ростом із деструкцією м'яких тканин зовнішнього носа. Цей вид злоякісної пухлини шкіри зустрічається значно рідше, але протікає значно агресивніше з проростанням в хрящову тканину і може рано метастазувати.



Мал. 36. Аденокарцинома шкіри (залозистий рак)

Різновидом залоз є злоякісний варіант церуміноми (церуміозна аденокарцинома, аденокарцинома сірчаних залоз зовнішнього слухового каналу).

Пухлина також має агресивний ендофітний ріст із деструкцією навколишніх тканин. Це диференційована пухлина, що утворена, як і доброякісна церумінома, із залозистих структур сірчаних залоз, але ці структури, на відміну від залозистих структур доброякісних пухлин, погано сформовані і складаються з атипівних епітеліальних клітин з **вираженою мітозною активністю і з наявністю патологічних мітозів**.

Діагностика — клінічна і кінцева морфологічна. Біопсія (взяття шматочка пухлини для мікроскопічного дослідження) є обов'язковим

заключним методом обстеження, що дозволяє поставити остаточний діагноз і обґрунтувати плановану тактику лікування хворого.

Лікування: хірургічне. Обсяг оперативного втручання залежить від поширеності пухлинного процесу і може полягати не тільки у видаленні пухлини в межах здорових тканин, а й висіченні лімфатичних вузлів на шії. Але при розповсюдженості пухлинного ураження і дефіциті тканин потрібно проводити реконструктивне хірургічне втручання з метою закриття дефекту навколишніми тканинами, тобто тканинами обличчя. При цьому необхідно враховувати зовнішній вигляд обличчя і подальшу можливість дихати, говорити, жувати і ковтати.

Прогноз задовільний, але при порушенні принципу радикалізму можливі рецидиви.

При раку порожнини носа виконується операція широкого висічення вогнищевого ураження в межах здорових тканин. При цьому може знадобитися часткове або повне видалення носової перегородки. У разі поразки зовнішньої частини носа може виникнути необхідність часткового або навіть повного видалення носа з подальшим його відновленням з навколишніх тканин. Крім того, в даний час є косметичні протези носа, зроблені зі штучних матеріалів, які можливо використати.

Аденоїд-кістозний рак церумінових залоз (син.: цистаденоїдний рак сірчаних залоз, циліндроми сірчаних залоз, базаліоїдна карцинома сірчаних залоз) є аналогом аденокістозного раку слинних залоз.

Клініка. Тривалий і іноді тягучий вушний біль зв'язаний з ростом пухлини по періневральному простору. Також можуть спостерігатися слизово-гнійні або геморагічні виділення із вогнищевою неврологічною симптоматикою.

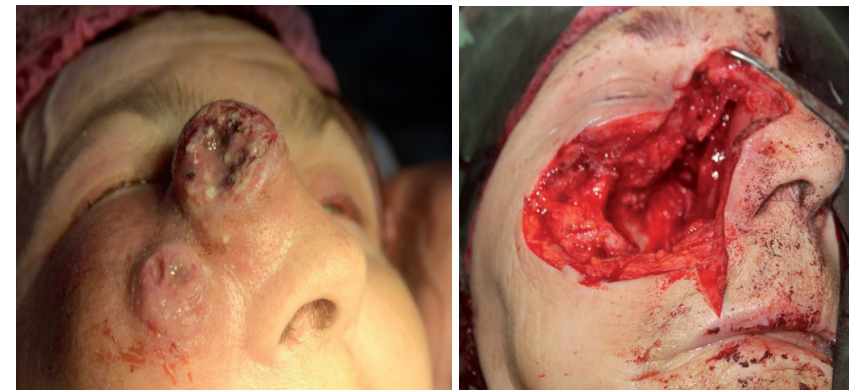
Лікування: хірургічне, кріодеструкція та можлива променева терапія у вигляді лінійного прискорювача в залежності від розповсюдження пухлини.

Епітеліома вушної раковини розвивається на верхній частині завитка у вигляді бородавчастого вузла, який поступово збільшується і повільно розповсюджується на всю вушну раковину, з часом розпадається. В інших випадках рак вушної раковини починається у вигляді виразки з розповсюдженням в ширину і вглиб. Тому карцинома вушної раковини може розповсюджуватися на бічну поверхню голови, на зовнішній слуховий канал, середнє і внутрішнє вухо та покривну черепу.

Лікування залежить від розповсюдженості пухлинного ураження, але повинно бути радикальним, що полягає у хірургічному видаленні ураженої частини (секторальне або тотальне видалення вушної раковини).

Епітеліома зовнішнього носа. В цілому епітеліома носа протікає важче, ніж епітеліоми і базаліоми шкіри вуха.

Наприклад, епітеліоми шкіри зовнішнього носа швидко розповсюджуються на тканини обличчя і досить швидко дають метастази в лімфовузлі. У таких випадках стан пацієнта стрімко погіршується (мал. 37). Смерть настає від кровотечі при розпаді пухлини, від ракової інтоксикації і загального виснаження організму.



Мал. 37. Епітеліома шкіри зовнішнього носа: а) до операції; б) стан після операції

На мал. 37–39 показані етапи хірургічного втручання і спостереження через 6 місяців. Хвора готується до пластичного закриття дефекту обличчя (мал. 39).

Саркома вушної раковини спостерігається значно рідше, ніж епітеліома. Зустрічається у вигляді округлої або веретеноподібної остео-, ангіо- і меланосаркоми синювато-червоного кольору.

Лікування. Хірургічне у вигляді секторальної або тотальної резекції вушної раковини.

Таким чином, можна зробити загальний висновок, що одужання від злоякісних уражень шкіри обличчя та тулуба залежить не тільки від морфології новоутворення, але і від стадії розвитку, тобто від часу звернення хворого по допомогу. Розвиток агресивних утворень



Мал. 38. Макропрепарат

Мал. 39. Стан через 6 місяців після операції

на пізніх стадіях призводить до низької якості життя та виживаності хворих.

І тому потрібно своєчасне звернення людини до лікаря на ранній стадії розвитку змін шкіри обличчя та тулуба — це життєва необхідність, для того щоб своєчасно провести адекватне обстеження та спостереження і при необхідності проведення спеціального лікування.

Прогноз задовільний, але при порушенні принципу радикалізму можливі ускладнення та рецидиви.

Третя злоякісна пухлина — меланома складається з клітин меланоцитів, які розташовані в епідермісі (у верхньому шарі шкіри) і виробляють пігмент меланін. До розвитку меланоми призводить неконтрольований поділ меланоцитів. Новоутворення з меланоцитів шкіри протікає особливо злоякісно та агресивно і тому розглядається як меланома шкіри.

Меланома. Шифр МКХ-10: С 43

Американський спільний комітет з питань раку (AJCC). Меланому слід диференціювати з великими старечими бородавками, оскільки вони пігментовані і покриті товстим кератиновим шаром. У таких випадках слід за допомогою хворого особливо візуалізувати об'єктивний малюнок пігментної плями. Незважаючи на те, що ці за-

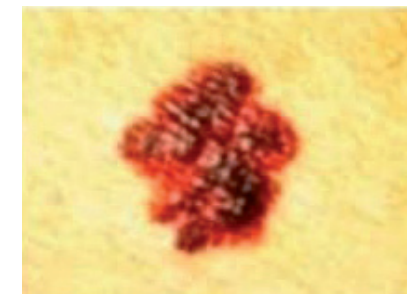
хворювання належать до зовнішньої патології, небезпека їх перебігу та ускладнень дуже велика.

Особливо це стосується шкіри обличчя, тому що не видалені вчасно злоякісні ураження можуть поширюватися на сусідні тканини, включаючи хрящову і кісткову, а також метастазувати у віддалені органи: головний мозок, органи зору та легені.

Основні клінічні диференційні ознаки меланоми. Для меланоми шкіри характерні невизначені (асиметричні) контури (мал. 40); нерівномірні краї ураження (мал. 41); ураження може бути рожевого, червоного або чорного кольору (мал. 42); по діаметру розмір меланоми повинен перевищувати 6 мм (мал. 43).



Мал. 40. Невизначені (асиметричні) контури меланоми шкіри



Мал. 41. Нерівномірні краї меланоми



Мал. 42. Кольори меланоми



Мал. 43. Розмір меланоми

Тому характерними ознаками меланоми є розмитість або зубчастий вид країв пігментної плями, нерівномірний колір пігментації, включаючи темні відтінки коричневого з вкрапленням рожевого і

червоного, при цьому розмір плями понад 6 мм (мал. 40–43). Меланома також зустрічається і на слизовій оболонці порожнини носу, яка дуже агресивно протікає.

На пізніх стадіях розвитку та діагностики меланома проникає в глибокі шари шкіри, а потім її клітини потрапляють у кров та лімфатичну систему, тим самим розносять процес по всьому організму. Клінічно це стадія генералізації ракового процесу і як правило лікування не ефективне (Melanoma, NCCN Clinical Practice Guidelines for Oncology, 2013; Melanoma, NCCN Clinical Practice Guidelines for Oncology, 2013).

Форми меланому шкіри:

1. Поверхнева форма — злоякісний процес, який локалізується в поверхневих шарах шкіри, повільно росте: місцево і регіонально не розповсюджується. Характерна тільки для доброякісного перебігу.

2. Акральна меланома — формується на прихованих частинах шкіри, що утруднює діагностику.

3. Вузлувата меланома — характеризується більш агресивним перебігом, наявністю метастазів і глибоким ураженням шкіри.

4. Злоякісне лентіго — відрізняється повільним розвитком патологічного процесу, але на пізній стадії має високий рівень метастазування.

5. Рідкісні форми захворювання — характеризуються безпігментними ознаками й уражають слизові оболонки порожнини носа, ротоглотки й ока.

Клінічно усі новоутворення з меланоцитів шкіри, які протікають особливо злоякісно й агресивно, потрібно розглядати як **меланому шкіри**.

Для постановки клінічного діагнозу важливе значення мають правильно зібраний анамнез, клінічний перебіг захворювання і морфологічне підтвердження.

Наприклад, вказівка пацієнта, що на місці агресивно зростаючого новоутворення була пігментна пляма, вже має насторожити лікаря до онкопатології. У таких випадках слід за допомогою сімейного лікаря скористатися консультацією онколога і при необхідності провести морфологічне дослідження.

Протокол медичної допомоги хворим з меланомою шкіри

Перша версія Уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги (УКПМД) «Меланома», розроблена у 2014 році, була пере-

глянута та оновлена, враховуючи положення медико-технологічного документа «Меланома». Адаптована клінічна настанова заснована на доказах у 2015 р.

УКПМД «Меланома» за своєю формою, структурою та методичним підходом до використання вимог доказової медицини створено згідно з методикою, затвердженою наказом Міністерства охорони здоров'я України № 751 від 28.09.2012 р. «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України», зареєстрованим в Міністерстві юстиції України від 29.11.2012 р. за № 2001/22313.

В УКПМД зосереджено увагу на основних етапах надання медичної допомоги пацієнтам з меланомою.

Основними задачами при розробці протоколу були забезпечення якості, ефективності та рівних можливостей доступу до медичної допомоги пацієнтам з меланомою, створення єдиних принципів здійснення профілактики, діагностики, лікування та реабілітації хворих, а також обґрунтування кадрового забезпечення та ресурсного оснащення закладу охорони здоров'я. Використання такого підходу до лікування пацієнтів з меланомою рекомендується клінічними настановами:

1. Revised UK guidelines for the management of cutaneous melanoma, 2010.

2. Cutaneous melanoma: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up, 2012.

3. Melanoma, NCCN Clinical Practice Guidelines for Oncology, 2013.

4. Diagnosis and treatment of melanoma: European consensus-based interdisciplinary guideline, 2010.

Прогноз незадовільний, особливо при порушенні принципу радикалізму можливі не тільки рецидиви, але і метастазування в головний мозок, орган зору, легені та ін.

3.5. СТАДІЇ ЗЛОЯКІСНИХ НОВОУТВОРЕНЬ

Локалізації злоякісних пухлин визначені в МКХ -10

Анатомічні області і коди:

Злоякісні новоутворення шкіри вухної раковини та зовнішнього слухового проходу (C44.2).

Злоякісне новоутворення шкіри інших та не уточнених частин обличчя (C44.3).

Злоякісне новоутворення шкіри волосяної частини голови і шиї (C 44.4).

Злоякісне новоутворення шкіри тулуба (C 44.5).

Меланома шкіри тулуба (C 43.5).

Розповсюджена меланома (C 43.8).

Загальні правила системи TNM. Система TNM, прийнята для опису анатомічного розповсюдження пухлинного ураження з трьох компонентів:

T — Ступінь розповсюдження первинної пухлини;

N — Відсутність або наявність метастазів у лімфатичні вузли;

M — Відсутність або наявність віддалених метастазів.

До цих трьох компонентів додаються цифри, які вказують на розповсюдження злоякісного процесу: T0, T1, T2, T3, T4; N0, N1, N2, N3; M0, M1.

Загальні правила, які використовуються для всіх локалізацій злоякісних пухлин шкіри

У всіх випадках має бути патоморфологічне підтвердження діагнозу.

При кожній локалізації описуються дві класифікації:

а) клінічна класифікація TNM використовується до початку лікування, заснована на клінічних, рентгенологічних, ендоскопічних, біопсії та додаткових методах;

б) патологоанатомічна або післяхірургічна класифікація, яка визначається в діагнозі pTNM. pT, — це патологічна оцінка первинної пухлини; pN — це оцінка стану регіональних лімфатичних вузлів, після їх радикального видалення; pM — оцінка віддалених метастазів. Усі p відповідають морфологічному дослідженню.

Після визначення T, N, M і pTNM може бути визначена стадія захворювання. Визначений ступінь розповсюдження пухлинного ураження за системою TNM, або за стадіями повинна залишатися у медичній документації без змін.

Клінічна класифікація важлива для вибору й оцінки методу лікування, тоді як патоморфологічна дозволяє визначити прогноз і оцінку віддалених результатів лікування.

TNM Клінічна класифікація злоякісного ураження шкіри

TX недостатньо даних для оцінки первинної пухлини.

Tis Carcinoma in situ преінвазивна карцинома.

T1 пухлина менше 2 см, у найбільшому вимірюванні.

T2 пухлина 2 см і більше, але менше 4 см у найбільшому вимірюванні.

T3 пухлина 4 см і більше у найбільшому вимірюванні або з глибокою інвазією.

T4a пухлина з інвазією в кістки та кістковий мозок.

T4b пухлина з інвазією в основі черепу.

Шийні лімфатичні вузли (N).

NX недостатньо даних для оцінки регіонарних лімфатичних вузлів.

N0 немає ознак ураження лімфатичних вузлів.

N1 метастази в одному лімфатичному вузлі на стороні ураження, 3 см у найбільшому вимірюванні.

N2 метастази в одному лімфатичному вузлі на стороні ураження більше ніж 3 см, але не більше ніж 6 см.

N2a метастази в одному лімфатичному вузлі на стороні ураження більше ніж 3 см, але не більше ніж 6 см у найбільшому вимірюванні і без ЕНР.

N2b метастази в декількох лімфатичних вузлах на стороні ураження не більше 6 см у найбільшому вимірюванні і без ЕНР.

N2c метастази в лімфатичні вузли з обох боків або з протилежного боку і не більше 6 см у найбільшому вимірюванні і без ЕНР.

N3a метастази в лімфатичні вузли більше 6 см у найбільшому вимірюванні і без ЕНР.

N3b метастази в одному або в декількох лімфатичних вузлах з клінічним підтвердженням ЕНР.

Віддалені метастази (M).

M0 немає ознак віддалених метастазів.

M1 має віддалені метастази.

Схема стадіювання раку шкіри

Стадія 0	Tis	N0	M0
Стадія I	T1	N0	M0
Стадія II	T2	N0	M0
Стадія III	T1, T2, T3	N1 N0, N1	M0 M0
Стадія IV	T1, T2, T3 будь-яка T T4 будь-яка T будь-яка	N2 N3 N N	M0 M0 M0 M1

Ступінь розповсюдження пухлинного ураження

Стадія 0 — пухлина не зачіпає глибинні шари шкірних покривів і локалізується виключно в епідермісі. На цьому етапі у разі своєчасно розпочатого лікування прогноз сприятливий на 100 %.

Стадія I — спостерігається проникнення пухлини в нижні шари епідермісу, вона не більше двох сантиметрів у діаметрі і не метастазує в лімфатичні вузли. При правильно призначеному лікуванні ця стадія повністю виликковна.

Стадія II — пухлина від двох до п'яти сантиметрів в діаметрі, проростає всю товщу шкіри, можлива наявність одиничного метастазу в лімфатичному вузлі. Для цієї стадії характерне помітне ураження шкірного покриву, а також болючість проблемної ділянки. При належному лікуванні виживаність становить близько 50 %.

Стадія III — пухлина досягає більше п'яти сантиметрів в діаметрі, вражає регіональні лімфатичні вузли, при цьому не зачіпаючи інші органи. На цій стадії захворювання починається з виразки, спостерігається періодичне підвищення температури тіла. При проведенні правильного лікування виживаність становить близько 30 %.

Стадія IV — пухлина метастазує по всьому організму, уражаються легені, печінка, виразки постійно кровоточать, присутні ознаки загальної інтоксикації. Виживаність при цій стадії менше 20 %.

Клінічна стадія меланому

Пацієнтам може бути встановлений діагноз після морфологічного мікростадіювання первинної пухлини, збору анамнезу та фізикального обстеження, включаючи шляхи регіонарного лімфовідтоку із повним обстеження шкіри.

Стадія 0 (меланома in situ).

Стадія IA або IB — товщина за Бреслау 1 мм, відсутність виразкування, мітози 1–2 мм.

IB 1 мм, наявність виразкування або мітози ≥ 1 мм 2а; 1,01–2 мм, відсутність виразкування.

IA 1,01–2 мм, наявність виразкування.

Стадія III — клінічно позитивні ЛВ, мікроскопічно наявний сателітозис або транзисторні метастази.

Стадія IV наявні віддалені метастази.

Верифікація діагнозу «меланома шкіри» та обов'язкові дослідження

При підозрі на меланому виконується ексцизійна біопсія, яка має охоплювати всю пухлину з клінічною границею на рівні 1–3 мм здорової тканини із витинанням жирової клітковини. Ця біопсія дасть змогу підтвердити діагноз дослідженням всього ураження і наступне лікування планувати на підставі товщини за Бреслау.

Обов'язкові дослідження

При меланомі I та II стадії УЗД черевної порожнини та рентгенографія грудної порожнини, УЗД лімфатичних вузлів з наступною аспіраційною пункційною цитологією. При необхідності біопсія сторожового лімфатичного вузла.

Меланома III та IV стадії. КТ голови, черевної порожнини, органів грудної клітки та малого тазу.

Для стадії IV визначення рівня лактатдегідрогенази.

Гістологічна стадія (для патоморфологів)

Для проведення гістологічного дослідження необхідно знати правила проведення біопсії.

Перше — ексцизійна біопсія (еліптична, панч-біопсія або біопсія з формуванням блюдцеподібного заглиблення) з краями 1–3 мм. Потрібно уникати широких країв для забезпечення точного подальшого лімфатичного картування.

Друге правило — визначення місця проведення біопсії з урахуванням можливості остаточного широкого висічення (наприклад, паралельно лімфатичним судинам).

Так, товстошарова інцизійна або панч-біопсія клінічно товстої ураженої частини є прийнятною в деяких анатомічних ділянках (наприклад, долоня, палець, обличчя, вухо) або при дуже великих утвореннях.

При проведенні гістологічного дослідження первинного осередку меланому в заключні дані повинні бути описані такі характеристики:

- Визначення максимальної товщини пухлини в мм за Бреслау.
- Визначення рівня інвазії за Кларком.
- Наявність або відсутність виразкування первинної пухлини.
- Визначення мітотичного індексу (кількість мітозів на 1 мм) при товщині пухлини до 1 мм включно.
- Наявність транзитних або сателітних метастазів.
- Оцінка країв резекції на наявність пухлинних клітин.

Також при проведенні гістологічного дослідження метастазів меланоми в регіонарні лімфатичні вузли повинно бути вказано у супроводженнях:

- Кількість видалених лімфатичних вузлів.
- Кількість клінічно уражених лімфатичних вузлів.
- Наявність/відсутність ураження капсули лімфатичного вузла.

Генетичне дослідження

Генетичне дослідження проводиться з метою виявлення мутації V600E в гені BRAF при метастатичному захворюванні.

У пацієнтів з меланою є кілька причин для детального обстеження, щоб визначити ступінь захворювання:

перша причина — одержання базових даних, за якими можна буде порівнювати результати майбутніх досліджень у пацієнтів з ризиком рецидиву;

друга полягає у виявленні клінічно прихованої хвороби, яка буде впливати на рішення про лікування;

третя причина полягає у визначенні однорідних за стадією пацієнтів для їх включення у клінічні дослідження.

Позитронно-емісійна томографія (ПЕТ) проводиться для виявлення субклінічного метастазування, однак більшість дослідників описали дуже низьку чутливість цього методу для виявлення віддалених метастазів.

Тому у хворих з I та II стадією захворювання не рекомендується дослідження аналізу крові та позитронно-емісійна томографія (ПЕТ) у зв'язку з їх малою ефективністю.

Диференційний діагноз

Своєчасність ранньої первинної діагностики меланоми значною мірою залежить також від адекватної диференціальної діагностики патологічних процесів шкіри, які найчастіше симулюють меланому:

1. Невуси: юнацька меланома, блакитний неvus, галоневус, диспластичні неvуси.
2. Гемангіома: кавернозні тромбовані гемангіоми.
3. Атерома.
4. Доброякісні пухлини шкіри: папілома, кератоакантома, піогенна гранулема, аденоми, цистаденоми, епітеліоми, ангіо-, дермато-, нейрофіброматоз.

5. Передракові пухлини епідермісу: себорейна кератома, хвороба Боуена.

6. Злоякісні пухлини шкіри: плоскоклітинний рак, базаліома, саркома Капоші, фібро-, лейоміо- і лімфосаркома, лімфома шкіри, аденокарцинома придатків шкіри.

7. Дерматовенерологічні захворювання: грибкове ураження нігтьового ложа пальців (оніхомікоз), позастатевий твердий шанкр.

8. Травми: піднігтьова і підепідермальна гемангіоми.

9. Метастази пухлин інших локалізацій: рак легенів, стравоходу, шлунка, підшлункової залози, молочної залози, яєчників, нирок, меланоми.

Особливо слід визначити такі пігментні утворення та утворення, які вимагають 100 % проводити диференціальну діагностику з меланою:

– це **гемангіома (кавернозна тромбована гемангіома)**, а також куполоподібна папула червоного, вишневого або фіолетового кольору. При проведенні діаскопії колір блідне;

– диференціальний діагноз проводять також з **вузловою меланою**;

– **блакитний неvus** у вигляді папули або вузла діаметром 0,3–1 см. Колір — синій, синьо-сірий. Звичайно одиночне утворення, з часом не змінюється. У половині випадків локалізується на тильній поверхні кистей і стоп;

– **дерматофіброма**. Щільний вузол, зазвичай діаметром < 6 мм. Межі розмиті. Найчастіша локалізація — кінцівки. Методика: шкіру з боків пухлини злегка стискають великим і вказівним пальцями, вузол провалюється всередину;

– **лентиго (юнацьке і старече)**. Пляма діаметром від 2 мм до декількох сантиметрів коричневого або темно-коричневого кольору, межі чіткі. Юнацьке лентиго має рівномірне забарвлення; старече лентиго локалізується на відкритих ділянках тіла (обличчя, тильна поверхня кистей), забарвлене нерівномірно, що добре видно під лупою;

– **пігментована форма базальноклітинного раку**. Папула з валікоподібними краями. В центрі можлива виразка. Зазвичай виникає у літніх людей на відкритих ділянках тіла. Ризик вище в осіб з карими очима і темним волоссям;

– **пограничний набутий невоклітинний неvus**. Пляма або папула, що ледве підноситься над поверхнею шкіри, з чіткими межами. Колір — коричневий. Під лупою можуть бути видні темні точкові крапління;

– **піднігтьова гематома**. Колір — темно-бордовий. В міру зростання нігтя темна ділянка поступово зміщується до вільного краю;

– **складний набутий невоклітинний невус.** Куполоподібна папула круглої або овальної форми з чіткими рівними межами. Колір — від тілесного до темно-коричневого, забарвлення відносно рівномірне. Поверхня гладка, рідше — бородавчата;

– **стареча кератома.** Папула, бляшка або вузол з чіткими межами і бородавчатою поверхнею. Колір — від тілесного до темно-коричневого. Утворення опуклі, неначе приклеєні до шкіри, частіше множинні. Під лупою на поверхні видно рогові кісти, що дозволяє відрізнити старечу кератому від меланоми.

Питання для самоконтролю

1. Які ви знаєте види злоякісних новоутворень шкіри?
 - А) Базальноклітинний, плоскоклітинний рак і меланома.
 - Б) Плоскоклітинна епітеліома.
 - В) Сквामозноклітинна карцинома.
2. Основні морфологічні ознаки злоякісної пухлини.
 - А) Анаплазія, атипія й автономний (нестримний) ріст.
 - Б) Інвазія і метастазування.
 - В) Все вище сказане.
3. Які є клінічні форми росту раку шкіри?
 - А) Обмежена.
 - Б) Розповсюджена.
 - В) Поверхнева, інфільтруюча, папілярна (вузлувата), мультицентрична, склеродерміформна.
4. З яких клітин складається меланома?
 - А) Із базальноклітинних структур дерми.
 - Б) Із меланоцитів.
 - В) Із тромбоцитів.
5. З яких клітин складається ПКРШ?
 - А) Із меланоцитів.
 - Б) Із базальноклітинних структур дерми.
 - В) Із аномальних клітин плоского епітелію зовнішнього шару шкіри.
6. З яких клітин складається БКРШ?
 - А. Із базальноклітинних структур дерми.
 - Б. Із меланоцитів.

В) Із аномальних клітин плоского епітелію зовнішнього шару шкіри.

7. Які зустрічаються форми меланоми шкіри (МШ)?
 - А) Поверхневі, акральні, вузлуваті, лентиги і безпігментні.
 - Б) Акральні й вузлуваті.
 - В) Безпігментні.
8. Які основні клінічні диференційні ознаки є у ПКРШ?
 - А) Жовта лускоподібна частина з формуванням виразки і кровоточивістю при доторканні.
 - Б) Кровоточивість при доторканні.
 - В) Все вищесказане.
9. Які основні клінічні диференційні ознаки є у БКРШ?
 - А) Кровоточивість при доторканні.
 - Б) Червона грудка, покрита лусочками, тверда, у центрі виразка.
 - В) Тверда поверхня, у центрі виразка.
10. Які основні клінічні диференційні ознаки є в МШ?
 - А) Нерівномірність країв уражень і асиметричні контури.
 - Б) Кольори від рожевого до чорного і розмір більше 6 мм.
 - В) Все вищесказане.
11. Послідовність найзлоякісніших пухлин шкіри?
 - А) Меланома, плоскоклітинний і базальноклітинний рак.
 - Б) Базальноклітинний, плоскоклітинний і меланома.
 - В) Плоскоклітинний, меланома і базальноклітинний.

Правильні відповіді: 1 (А), 2 (В), 3 (В), 4 (Б), 5 (В), 6 (А), 7 (А), 8 (В), 9 (Б), 10 (В), 11 (А).

Література

1. Антонів В. Ф., Заболотний Д. І., Прокопів І. М. Новоутворення вуха (клініка, діагностика, лікування). — К.: Здоров'я, 1997. — 1984 с.
2. Revised UK guidelines for the management of cutaneous melanoma, 2010.
3. Cutaneous melanoma: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up, 2012.

Додаткова література

1. Melanoma, NCCN Clinical Practice Guidelines for Oncology, 2013.
2. Diagnosis and treatment of melanoma: European consensus-based interdisciplinary guideline, 2010.

Розділ IV

Етіопатогенез злоякісних новоутворень шкіри обличчя та тулуба людини

Пухлина (бластома, неоплазма, новоутворення) — тканина, утворена внаслідок патологічного росту, який характеризується надмірним збільшенням шляхом розмноження клітин, невинним і відносно автономним ростом цих клітин, порушенням їх ідентичності. Пухлина росте з залученням до процесу навколишніх здорових клітин і тканин. Основні ознаки пухлини є атипія її клітин, автономний, нестримний ріст новоутворення. Клітинам пухлини властива анаплазія.

Сьогодні питання етіології та патогенезу раку шкіри (РШ), як і раку взагалі — недостатньо відомі. Відомо, що на рак шкіри обличчя і тулуба хворіють у всіх країнах світу, але частіше РШ зустрічається у людей білої раси і ще частіше у тих, хто піддається активному УФ-випромінюванню від сонця або штучного загару.

Але не дивлячись на те, що злоякісні захворювання поверхневих уражень є зовнішньої патологією, небезпека їх перебігу і значні їх ускладнення спостерігаються дуже часто. Особливо це стосується шкіри обличчя (зовнішнього носа, вуха), коли новоутворення своєчасно не оперуються, що призводить до розповсюдження пухлини на хрящову або кісткову частини зовнішнього носа, на тканини обличчя і як підсумок призводить до розширених хірургічних втручань із формуванням дефектів з необхідністю проведення одночасно або відстрочено пластично-реконструктивних втручань.

4.1. ФАКТОРИ, ЩО ПРИЗВОДЯТЬ ДО РОЗВИТКУ МАЛІГНІЗАЦІЇ ЗДОРОВОЇ ШКІРИ, ПУХЛИНОПОДІБНИХ ТА ДОБРОЯКІСНИХ НОВОУТВОРЕНЬ

Для розуміння розвитку патологічного процесу внаслідок дії шкідливих агентів важливо знати не тільки особливості будови шкіри, але і зміни в результаті шкідливих дій. Ці знання дозволяють клініцисту зрозуміти етіопатогенез захворювання, своєчасно проявити

онкологічну настороженість та визначитися з тактикою ведення таких станів.

За даними літератури і нашими спостереженнями пік захворюваності людини на злоякісні новоутворення шкіри припадає на вік від 55 до 75 років. Хоча є незначний відсоток, який зустрічається у віці до 50 років.

Відомо, що в результаті дії шкідливих факторів злоякісні ураження шкіри обличчя і тулуба можуть розвинути в будь-якому місці шкіри людини і в будь-якому компоненті шкіри — епідермісі, дермі або суміжних структурах обличчя та тулуба.

Дані вітчизняних і зарубіжних авторів свідчать, що рак шкіри обличчя та тулуба виникає на тлі дії шкідливих агентів на здорову шкіру, особливо пролонгованої дії фонових станів (Анисимов В. В., Вагнер Р. И., Барчук А. С., 1995; Заболотный Д. И., 1996; Евчев Ф. Д., Евчева А. Ф., 2018).

Перші історичні дані про причини і клінічні прояви плоскоклітинного раку шкіри відносяться ще до 1775 року, коли англійський лікар Персиваль Потт описав клінічну картину раку мошонки у лондонських сажотрусів, тобто в результаті дії пічної сажі на шкіру. Таким чином, робота П. Потта є першою з виявлення хімічного канцерогена.

Сьогодні існують достовірно відомі фактори екзогенної і ендогенної природи, які спричиняють розвиток передракових змін та розвиток злоякісних пухлин в шкірі обличчя та тулуба, тобто які призводять до малігнізації тканини.

Шкіра обличчя (зовнішнього носа і вуха) — відкрита зона для шкідливої дії ультрафіолетового сонячного опромінення (УСО) або штучної інсоляції, а також дії хімічних агентів (контакт з сажею, сіркою, дьогтем та іншими агентами пролонгованої хімічної дії). Слід підкреслити шкідливу дію термічних факторів та фізичних подразнень, які також призводять до малігнізації.

Так, дійсно, найбільшим фактором ризику розвитку раку шкіри є пролонгована дія УФ-випромінювання від сонця і штучного загару (так звані солярії). Пролонгована дія УФ-опромінення від сонця і штучної засмаги, а також постійні механічні травми невисів, родимих плям і рубців шкіри у більшості випадків призводять до раку шкіри.

Вплив ультрафіолетового випромінювання не закінчується на епідермісі шкіри, а проникає у набагато глибші шари шкіри — дерму і підшкірну жирову клітковину.

Відомо, що організм людини захищається від агресивних сонячних променів виробленням пігменту, який робить колір шкіри більш темним, причому, чим більше людина знаходиться на сонці, тим темнішою стає шкіра.

З одного боку, засмага є своєрідною захисною реакцією організму від впливу сонячних променів на внутрішні підшкірні тканини. З іншого боку, пролонгована дія УФ-опромінення від сонця і штучної засмаги провокують таке захворювання, як **меланома** і плоскоклітинний рак.

Сьогодні відзначено, що незалежно від кольору шкіри найбільш часто хворіють люди, які тривалий час проводять на сонці (рибалки, сільськогосподарські працівники та ін).

Крім цього, канцерогенному впливу сонячної радіації сприяє вплив морського (солоного) холодного вітру, який викликає сухість шкіри.

Слід підкреслити, що корінні жителі південних країн, люди з темною від природи шкірою набагато менше схильні до впливу сонячної радіації і рак шкіри серед них зустрічається вкрай рідко.

Так, було виявлено вплив іонізуючої радіації, після відкриття дії рентгенівських променів, на організм рентгенологів, що працювали без захисту, яких вражав рак шкіри. Також відомо, що тривале перебування в радіоактивній зоні найчастіше викликає новоутворення кровотворних органів, але цей фактор впливу не слід виключати з імовірних причин злоякісних утворень шкіри.

Сьогодні також приділяють увагу ідентифікованим генотипам вірусів папіломи людини (ВПЛ) і неоплазії шкіри.

Існують 5 видів ВПЛ (Alpha, Beta, Gamma, Mu і Nu). Шкірні ВПЛ виявили у всіх 5 видів вірусів. Більшість представників роду Beta були виділені у пацієнтів з рідким генодерматозом — **веруціформною епідермодисплазією (ВЕ)**. Взаємозв'язок між ВПЛ і раком шкіри людини був очевидним у пацієнтів з **ВЕ** протягом 10 років (Pfister H., 2012).

Дослідження Н. Pfister показали, що віруси папіломи людини Beta викликають доброякісні та злоякісні пухлини не тільки шкіри, але і слизової оболонки.

Наприклад, у пацієнтів з актинічним кератозом шкіри ВПЛ персистує значно більше, ніж в пухлинах. Тому більш високі вірусні навантаження у вогнищах актинічного кератозу узгоджено з канцерогенною роллю шкірних ВПЛ в різних фазах розвитку раку шкіри.

Онкогенний потенціал ВПЛ Beta пояснюється блокуванням апоптозу вірусним білком E6 і втручанням в клітинні механізми репарації ДНК.

Білки E7 порушують регулювання клітинного циклу і спонукають інвазійний ріст.

Таким чином, коли ВПЛ блокує апоптоз, кератиноцити шкіри з критичними мутаціями в онкогенах і генах пухлинного супресора виживають і проліферують.

Дія хімічних агентів

До хімічного впливу відносять тривалий контакт з токсичними хімічними агентами: різними солями меркурію, сажею, з сіркою, смолами, дьогтем, миш'яком, значно підвищеними солями азотної кислоти (так званими нітратами) в раціоні людини.

Особливу роль останніми роками відводять техногенним факторам (наслідки агрохімікатів), які також сприяють збільшенню числа як запальних, так і онкологічних захворювань.

Відомо, що пестициди мають широкий спектр дії на організм людини і зокрема комплекс різних видів біологічної активності — цитогенетичної, канцерогенної, тератогенної, ембріотоксичної та ін.

До ендогенних причин відносять захворювання печінки, які знижують та порушують антиоксидантний захист організму, що сприяє зростанню новоутворень шкіри екзогенного походження.

Причиною раку шкіри також може бути дія протипухлинних, протизапальних та кортикостероїдних препаратів, які пригнічують імунітет. Іноді рак виникає з придатків шкіри: волосяних фолікулів, жирових і потових залоз.

Також існує успадкована прихильність до розвитку злоякісних новоутворень шкіри.

За локалізацією злоякісні ураження шкіри в 70 % випадків виникають на відкритих частинах тіла, зокрема на поверхні обличчя: шкірі чола, носа, скронях, вушних раковинах і кистях рук.

Особливо небезпечні новоутворення шкіри, які тією чи іншою мірою піддаються постійним фізичним і хімічним подразненням, що сприяє малігнізації й агресії процесу. Розвитися РШ також може на закритих частинах тіла. Наприклад, в пахвовій області, на шкірі стоп, голілки. У разі локалізації пухлини на ногах, кистях рук вона має форму плоских бородавок.

Злоякісні пухлини шкіри обличчя спочатку проявляються у вигляді невеликого узвишся на її поверхні з характерним червоним кольором, з ознаками періодичної кровоточивості, без болю, з повільним зростанням.

Окремо слід виділити **механічні травми** існуючих невусів, родимих плям і рубців шкіри, які під час регенерації піддаються негативним факторам мутації, що призводить до втрати функції фізіологічного апоптозу і запуску подальшого процесу малігнізації.

Також слід визначити, що тривалий **термічний** вплив на певну ділянку шкірних покривів може викликати неоплазію шкіри. Наприклад, рак кангри виникає на шкірі живота у жителів північних районів Непалу та Індії, які для зігрівання носять на тілі горщики з розпеченим вугіллям.

До ендогенних причин слід виділити всі **захворювання печінки**, які знижують і порушують антиоксидантний захист організму, сприяючи зростанню утворень на шкірі екзогенного походження.

Відомо, що і на тлі **специфічних захворювань** може виникати РШ. РШ при цих специфічних захворюваннях є високозлоякісним. Такий рак має виражений інфільтративний тип зростання та схильний до рецидиву.

Наприклад, туберкульоз шкіри, особливо туберкульозний вовчак. Туберкульозне ураження шкіри вушної раковини постає найчастіше як гематогенне, якщо первісний комплекс — в іншому місці (в легенях, кишках тощо). Туберкульозне ураження шкіри вушної раковини має три форми: вузликову, виразкову та рідше форму перихондриту. Тому усі форми туберкульозу потрібно диференціювати з раком шкіри.

Ушкоджені ділянки різко відмежовані від здорової шкіри, м'які на дотик, шкіра, що їх вкриває, довго зберігає свій нормальний вигляд, а потім набирає червоно-синього відтінку. Згодом шкіра може вдруге вкритися виразками.

Гістологічне дослідження виявляє характерні для туберкульозу зміни: горбки, велетенські клітини, дрібноклітинну інфільтрацію та вурдистий розпад. На такому фоні може розвинути раку шкіри. Приблизно 2—4 % хворих на вовчак згодом захворіли на раку шкіри. Лікування специфічне загальне і місцеве.

РШ також може виникнути на тлі сифілітичної гуми. Сифіліс шкіри вушної раковини може постати у всіх трьох формах. Гуми вушної раковини трапляються поодинокими випадками. Патогенез розви-

тку раку на тлі гумозного сифілісу аналогічний процесу при туберкульозному вовчаку.

Лікування специфічне загальне.

Але в цих випадках потрібно диференціювати туберкульоз і сифіліс за реакцією Wassermann і провести гістологічне та бактеріологічне дослідження.

Іноді зустрічається рак, який розвивається з додатків шкіри: волосяних фолікулів, сальних і потових залоз і, нарешті, не слід забувати спадкову схильність до появи як доброякісних, так і злоякісних новоутворень шкіри.

Таким чином, вищевикладене свідчить, що злоякісні пухлини шкіри зовнішнього носа, вуха та тулуба можуть розвинути в результаті дії провокуючих факторів та пролонгованої їх дії (шкідливих екзогенних агентів) і тому, що обличчя (зовнішній ніс та вуха) й інші частини тулуба є відкритою зоною.

Аналізуючи статистичні дані канцер-реєстру України, серед захворювань в Україні можна виділити основні типи злоякісного ураження шкіри, які називають — білий рак: базальноклітинна карцинома та плоскоклітинний рак шкіри і найбільш злоякісна пухлина шкіри — меланома.

4.2. НЕОПЛАСТИЧНА КЛІТИНА ШКІРИ: ОСНОВНІ ВЛАСТИВОСТІ

Досягнення фундаментальної біології раку в більшості випадків прояснили механізми функціонування пухлинної клітини, що дозволяє розробити нові перспективні технології діагностики і лікування злоякісної пухлини. Етіологія раку шкіри, як і раку взагалі, невідома і досконало не вивчена. Але достовірно відомі фактори екзогенного і ендогенного походження, які спонукають виникнення передракових і злоякісних новоутворень у шкірі.

Для повної пухлинної трансформації клітини потрібно від 4 до 7 мутацій. На першому місці виділені екзогенні мутаційні впливи: дія фізичних, хімічних і термічних агентів. При пролонгованій дії цих факторів (агентів) визначена відсутність реплікативного старіння (іморталізація) у вже розвинутого злоякісного процесу. Тому феномен без кінцевого довгого розмноження пухлинних клітин визначено терміном іморталізація, тобто набуття безсмертя (Абраменко І. В., Фильченков А. А., 2003).

Друга наукова гіпотеза. Генетична нестабільність обумовлена 4 основними типами порушень: порушення в системах репарації ушкодження ДНК, що виникли при її реплікації; зменшення точності відтворення генетичної інформації, тобто зниження точності реплікації ДНК й агрегації хромосом в період мітозу; ослаблення функції чекпойтів клітинного циклу, при активіруванні у відповідь на пошкодження структури ДНК, в результаті чого клітина, не дивлячись на розриви ДНК, продовжує ділення і помножує число аномальних нащадків; послаблення індукції апоптозу, внаслідок чого клітини, що діляться з генетичними порушеннями, не гинуть, а виживають (Абраменко І. В., Фильченков А. А. 2003; Лихтенштейн А. В., Шапот В. С., 1998). Тому потрібна індукція апоптозу.

Зміни регуляції апоптозу. В регуляції апоптозу виділяють дві фази: фазу індукції (прийняття рішення) і фазу екзекуції (виконання приговору). Остання здійснюється шляхом активації каспаз 3, 6, 7 — ролі цистеїнових протеїназ, розкладаючих свої субстрати по залишку аспартагової кислоти.

В пухлинних клітинах закономірно виявляються:

- втрата експресії на поверхні клітинного рецептора смерті FAS;
- порушення проведення апоптогенного сигналу до мітохондрій (наприклад, при інактивації пухлинних супресорів p 53 і PTEN);
- інгібування проникнення мітохондральної мембрани для цитохрома С і АІФ у зв'язку зі змінами експресії антиапоптичних білків сімейства Bc 12;
- блокування активації ефекторних каспаз;
- різке зменшення часу життя каспаз у зв'язку з їх зв'язуванням з білками IAP (in hibitors of aroptosis), експресія котрих збільшується внаслідок активації протоонкогенів Ras, RKBakt, або інактивація пухлинного супресора PTEN.

Таким чином, з точки зору доказової медицини ультрафіолетове опромінення (УО) є відповідальним за ініціацію і пухлинну прогресію актинічного кератозу у плоскоклітинний рак шкіри («так званий каскад розвитку раку шкіри»). УО спричиняє індуковане пошкодження ДНК і супресію протипухлинного імунітету. Сьогодні це основна причина розвитку раку шкіри обличчя. Для злоякісної пухлини характерними є швидкий інфільтруючий ріст, здатність до інвазії та метастазування. Клітини новоутворення втрачають специфічні функції, їм властивий високий ступінь анаплазії.

Питання для самоконтролю

1. Які захворювання належать до злоякісних пухлин шкіри?
А) Базаліома шкіри.
Б) Базальноклітинний і плоскоклітинний рак.
В) Базаліома, плоскоклітинний рак і меланома.
2. Основні фактори, спонукаючі розвиток раку шкіри (РШ).
А) Результати дії шкідливих хімічних, фізичних, біологічних канцерогенів.
Б) Екзогенні й ендогенні фактори.
В) Все вищесказане.
3. На тлі яких специфічних захворювань може розвинути РШ?
А) Туберкульозу шкіри.
Б) Сифілітичної гуми.
В) Все вищесказане.
4. Основні фактори, спонукаючі розвиток меланоми шкіри.
А) Ендогенні, екзогенні.
Б) Хімічні, фізичні і біологічні канцерогени.
В) Все вищесказане.
5. Дія яких специфічних захворювань спонукає до агресивного розвитку злоякісного захворювання шкіри?
А) Ендогенні, екзогенні фактори.
Б) Туберкульоз, дифтерія, моноцитарна ангіна.
В) Туберкульоз і сифілітична гума.
6. На тлі яких туберкульозних ознак може розвинути рак шкіри?
А) Горбки, велетенські клітини, дрібноклітинна інфільтрація та вурдистий розпад.
Б) Дрібноклітинна інфільтрація.
В) Проба Манту.
7. Властивості злоякісної клітини.
А) Мутація генів і іморталізація.
Б) Клітинне ділення та безмежне розмноження.
В) Все вищесказане.
8. Що є найбільшою ініціацією пухлинної прогресії?
А) Ультрафіолетове опромінення, дія хімічних і термічних агентів.

Б) Рентгенопроміння і дія ендо-, екзогенних агентів.
В) Все вищесказане.

9. Апоптоз — це:
А) Вживаність.
Б) Відсутність реплікаційного ділення.
В) Загибель ракових клітин.
10. Іморталізація це що?
А) Відсутність реплікаційного старіння.
Б) Здобуття безсмертя і безмежне розмноження.
В) Все вищесказане.

Правильні відповіді: 1 (В), 2 (В), 3 (В), 4 (В), 5 (А), 6 (В), 7 (В), 8 (В), 9 (В), 10 (В).

Література

1. Евчев Ф. Д., Евчева А. Ф. Этиология, патогенез, клиническая семиотика и диагностика новообразований кожи головы, шеи и туловища. Сообщение // Журнал ушных, носовых и горловых хвороб. — 2018. — (1). — С. 76–82.
2. Анисимов В. В., Вагнер Р. И., Барчук А. С. Меланома кожи. Ч. 1: Эпидемиология, этиология, патогенез, профилактика. — СПб.: Наука, 1995. — 151 с.
3. Анисимов В. В., Горделадзе А. С., Барчук А. С. и др. Меланома кожи: Атлас клинико-морфологической диагностики. — СПб.: Наука, 1999. — 107 с.
4. Абраменко И. В., Фильченков А. А. Оценка параметров апоптоза в диагностике онкологических заболеваний, их прогноз и оптимизация схем терапии // Вопросы онкологии. — 2003. — № 1. — С. 21–30.

Додаткова література

1. Лихтенштейн А. В., Шапот В. С. Опухолевый рост: ткани, клетки, молекулы // Патол. физиология и экспер. терапия. — 1998. — № 3. — С. 25–44.
2. Лихтенштейн А. В., Потапова Г. И. Генетические дефекты как маркеры опухолевого роста // Мол. биология. — 2003. — № 2. — С. 181–193.

СПОСОБИ ДІАГНОСТИКИ НОВОУТВОРЕНЬ
ШКІРИ ОБЛИЧЧЯ (ЗОВНІШНЬОГО НОСА, ВУХА)
ТА ТУЛУБА. ДІАГНОСТИЧНІ ТЕСТИ

Сучасний розвиток медицини передбачає постійне удосконалення заходів з діагностики, лікування та профілактики захворювань з урахуванням вимог доказової медицини. Однак особливо слід підкреслити, що спостерігається низька медична культура населення, яке пізно звертається за допомогою. А також відсутність онкологічної настороженості у лікарів першої ланки.

Сьогодні діагностика новоутворень шкіри проводиться за стандартами Європи тільки у спеціалізованій ланці, тобто в онкологів. Це занадто пізно!

Проблема ранньої та якісної діагностики злоякісних захворювань шкіри обличчя, тулуба та їх лікування турбує багатьох дослідників, як в Україні так і в Європі. Це пов'язано з ростом за останні роки кількості хворих на злоякісні новоутворення шкіри.

Система стандартизації медичної допомоги орієнтована на розробку медико-технологічних документів, які допомагають лікарю ефективно діяти в конкретних клінічних ситуаціях, уникаючи не-ефективних та помилкових втручань. Клінічно і морфологічно розрізняють доброякісні і злоякісні утворення шкіри.

Діагностика згідно з протоколом діагнозу «злоякісне ураження шкіри» встановлюється у закладі спеціалізованої медичної допомоги на підставі гістологічного або цитологічного висновку за матеріалами дослідження біопсії патологічного утворення.

Обстеження первинних хворих проводиться сімейними лікарями, які в разі підозри на злоякісне новоутворення шкіри повинні направляти пацієнтів впродовж 5 днів на вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу.

Для цього потрібно клінічне обґрунтування, що підтверджує ознаки та симптоми, які можуть свідчити про базальноклітинний, плоскоклітинний рак шкіри або меланому шкіри:

1. Розростання рожевого кольору, що представляє собою плоске утворення із підвищенням по периферії та наявністю кірок в центрі.

2. Червона пляма або зона подразнення, особливо на ділянці обличчя, шиї, плечей.

3. Блискучий вузол перламутрового кольору.

4. Відкрита виразка або ерозія, яка не загоюється більше 5 тижнів.

5. Рубцеподібна зона із блискучою поверхнею та нечіткими контурами.

Які необхідні та обов'язкові дії лікаря первинної ланки?

1. Збір скарг та докладних анамнестичних даних.

2. Огляд шкіри та лімфатичних вузлів.

3. УЗД лімфатичних вузлів для визначення їх диференціювання.

4. При підозрі на злоякісне захворювання шкіри необхідно направити пацієнта до спеціалістів — дерматолога й онколога.

Сьогодні розроблений уніфікований протокол ведення хворих з підозрою на рак шкіри допомагає визначитися у виборі консультанта для проведення адекватного лікування.

Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги (УКПМД) «Базальноклітинний і плоскоклітинний рак шкіри та меланома» за своєю формою, структурою та методичним підходом до використання вимог доказової медицини створено згідно з методикою, затвердженою наказом Міністерства охорони здоров'я України від 28.09.2012 р. № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України», зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 29.11.2012 р. за № 2001/22313.

УКПМД розроблений на основі медико-технологічного документа — це адаптована клінічна настанова, яка заснована на доказах. В УКПМД зосереджено увагу на основних етапах надання медичної допомоги пацієнтам зі злоякісними ураженнями шкіри. Основними завданнями при розробці протоколу було забезпечення безпеки, якості, ефективності та рівних можливостей доступу до медичної допомоги пацієнтам зі злоякісної карциномою, створення єдиних принципів здійснення профілактики, діагностики, лікування та реабілітації хворих, а також обґрунтування кадрового забезпечення та ресурсного оснащення закладу охорони здоров'я.

Використання такого підходу до лікування пацієнтів зі злоякісними захворюваннями шкіри рекомендується клінічними настановами:

1. Griffiths C. E. M. The British Association of Dermatologists guidelines for the management of skin disease // Br J Dermatol. — 1999. — 141. — P. 396–7. — (Оновлена 2008 р.)

2. Cox N. H., Williams H. C. The British Association of Dermatologists therapeutic guidelines: can we AGREE? // Br J Dermatol. — 2003. — 148. — P. 621–5.

3. Seculic A., Migden M. R., Oro A. E., M. D. et al. Efficacy and Safety of Vismodegib in Advanced Basal-Cell Carcinoma // N Engl J Med. — 2012. — June 7. — P. 2171–2179.

4. Petrov P. T., Shlyahktin T. V., Isakau H. A. Photosensitizers Photophysical, chemical and pharmacological properties // ICONO-LAT. — P. 2007. — May 28-June 1. — P. 11–29.

5. Photodynamic therapy in oncology / C. H. Sibata [et al.] // J. Expert. Opin. Pharmacother. — 2001. — Vol. 2. — № 6. — P. 917–927.

6. NCCN Guideline. Basal cell skin cancer. Version 1.2015.

Питання сучасної діагностики поверхневих новоутворень шкіри обличчя та тулуба є актуальними, тому що діагностування на пізніх стадіях розвитку раку шкіри призводить до зниження якості життя та низького виживання хворих. На жаль, на етапі раннього розвитку захворювання хворі не звертаються за медичною допомогою.

Крім того, діагностування на пізніх стадіях розвитку раку потребує розширеного хірургічного втручання з формуванням значних анатомічних дефектів, що потребує проведення реконструктивно-пластичних операцій і тому порушується якість життя та збільшується частота смерті хворих.

Сьогодні проблема діагностики новоутворень шкіри обличчя і тулуба є актуальною, тому що спостерігається неухильне зростання цієї патології і запізнене звернення хворих. Не дивлячись на удосконалення методів діагностики і лікування, абсолютна частота смерті від плоскоклітинного раку шкіри (ПКШ) зберігається. Тому для успішної і ранньої діагностики новоутворень шкіри важлива онкологічна настороженість як серед населення, так і серед лікарів усіх спеціальностей, особливо лікарів першої ланки.

Але при дослідженні новоутворення потрібно виділяти і враховувати суттєві діагностичні критерії, які характерні для злоякісного новоутворення: **розмір — більше 6 мм; нерівні та розмиті і зубчасті межі новоутворення; нерівномірні кольори ураженої частини (від білого до рожево-коричневого або синьо-чорного кольору) і агресивний ріст.**

При захворюваннях можуть бути й інші зміни кольору шкіри: блідість (анемічність), почервоніння, посиніння (ціаноз), жовтяничність (іктеричність), **які спостерігаються і при інфекційних захворюваннях.**

Потрібно проводити диференційну діагностику новоутворень, але вона складна, тому що існує біля **24 пухлин дерми**, які можуть накопичувати пігмент.

Складно відрізнити і безпігментну пухлину від пігментної гранульоми, базаліоми, саркоми Капоші й раку шкіри. В деяких випадках меланома схожа на пігментний невус Ота.

Тому серед захворювань шкіри будь-якої локалізації слід виділяти новоутворення, які потребують cito-діагностики та підлягають невідкладному лікуванню, і захворювання, які підлягають плановій терапії.

Такий поділ, звичайно, умовний, адже при наявності постійного фізичного подразника може проявитися агресивність зростання, і тоді планова терапія стає невідкладною.

Наприклад, для постановки клінічного діагнозу меланоми шкіри важливе значення має правильно зібраний анамнез, вказівка пацієнта, що на місці агресивно зростаючого новоутворення була пігментна пляма — має насторожити лікаря до вже онкопатології. У таких випадках слід за допомогою хворого особливо візуалізувати об'єктивний малюнок пігментної плями.

Незважаючи на те, що ці захворювання належать до зовнішньої патології, небезпека їх перебігу та ускладнень дуже велика.

Особливо це стосується шкіри обличчя, оскільки не видалені вчасно злоякісні ураження можуть поширюватися на сусідні тканини, включаючи хрящову і кісткову, а також метастазувати у віддалені органи: головний мозок, органи зору і легені.

Новітній розвиток медицини спонукає до постійного удосконалення методів обстеження, спостереження, діагностики і лікування та профілактики злоякісних захворювань шкіри органів обличчя та тулуба з урахуванням вимог доказової медицини.

Таким чином, можна зробити висновок, що серед захворювань шкіри, якою б не була локалізація, слід уважно виділяти новоутворення, яким необхідна cito-діагностика і невідкладне, або за планом, лікування.

5.1. СХЕМА ОБСТЕЖЕННЯ ХВОРОГО З НОВОУТВОРЕННЯМИ ШКІРИ

Нашою клінікою складено та запропоновано схему обстеження хворого на новоутворення шкіри, яка допомагає провести диференціальну діагностику з інфекційними захворюваннями шкіри і спланувати лікування за радикальною програмою.

Насамперед потрібно визначити, чи були у житті фактори ризику, які б привели до розвитку злоякісного новоутворення шкіри. При обстеженні шкіри слід дотримуватися такої послідовності:

- визначити стан волосяного покриву (волосся);
- потім вивчити в цілому фізіологічні властивості шкіри і волосся — колір, еластичність, вологість, запах, температуру, характер їх порушень, також наявність тяжких сонячних опіків у дитинстві та штучної засмаги;
- і, нарешті, виявити патологічні зміни в шкірі та підшкірній клітковині — порушення цілісності шкіри, збільшення об'єму, шкірні висипи.

Схема обстеження шкіри складається з двох частин:

- збір і оцінка анамнезу захворювання;
- та загальний клінічний огляд.

Однак слід пам'ятати, що на ранніх стадіях розвитку пухлинних уражень скарги і клінічна семіотика однакові як для доброякісних, так і для злоякісних новоутворень, тобто відсутні конкретні та характерні об'єктивні ознаки, які б підтверджували зміни визначеної структури шкіри. В цій ситуації потрібно враховувати термін скарг і об'єктивний статус:

- 1) основні скарги та об'єктивні ознаки, що сигналізують про можливий розвиток вже існуючого злоякісного процесу або які вимагають уважного обстеження: це підвищений свербіж, зміна та збільшення розміру родимої плями або утворення — більше одного місяця;
- 2) зникнення волосся на поверхні новоутворення, що свідчить про дуже небезпечний перебіг — більше 3 місяців;
- 3) зміна консистенції новоутворення на тверде, може кровоточити або перетворюватися на виразку;
- 4) зміна кольору та кровоточивість новоутворення.

При наявності цих симптомів (ознак) сімейні лікарі або дерматологи, або ЛОР-лікарі, тобто в залежності від локалізації процесу, повинні невідкладно проконсультувати хворого у ЛОР-онколога або онколога, щоб визначити план додаткового обстеження і місця лікування.

Під час огляду пацієнта необхідно звернути увагу на всі зміни та на час появи новоутворення шкіри, але не тільки на ті, які тим чи іншим чином непокоять хворого.

Пацієнтові ставлять запитання, які пов'язані з конкретним новоутворенням та його змінами:

По-перше — як і за який проміжок часу змінився зовнішній вигляд новоутворення (невусу) чи іншого утворення шкіри.

По-друге — захворювання виникло на тлі наявного утворення шкіри (вродженого або набутого пігментного невусу) чи на незмінній шкірі.

По-третє — потрібно визначити наявність травми (механічної, термічної, хімічної) пігментного невуса чи іншу причину новоутворення шкіри.

Далі потрібно з'ясувати, чи були у рідних такі новоутворення, як захворювання протікало і чим закінчилося.

Сімейний лікар повинен провести візуальний огляд всього шкірного покриву пацієнта і окремих ділянок шкіри, в яких знаходяться підозрілі новоутворення: атипові родимки, передракові процеси, рак шкіри або меланома.

При огляді використовуються збільшувальні лупи з поляризованим світлом для більш чіткої ідентифікації будь-якої зміни кольору.

Після чого лікар повинен дослідити фізичне виявлення симптомів (біль у зоні патології, наявність лімфовузлів або прояви захворювання на шії, інші клінічні симптоми: розмитий або поганий зір) і призначити додаткові дослідження та консультації (УЗД, огляд окуліста та інших спеціалістів).

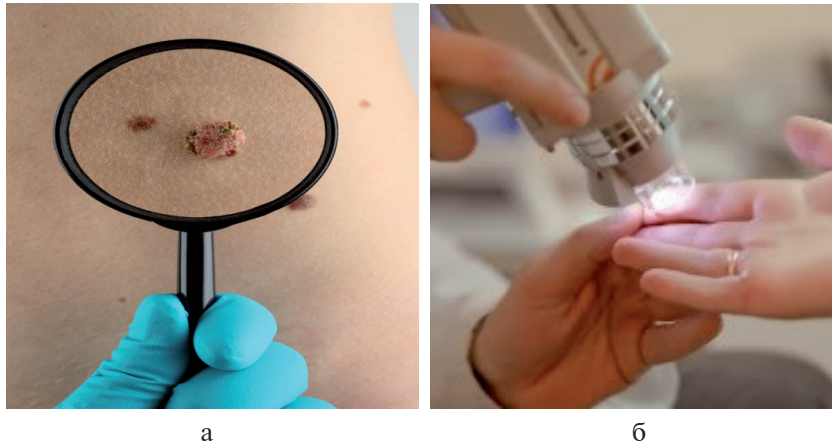
Наприклад, коли є новоутворення шкіри носа, то необхідне проведення додаткового дослідження носа та біляносових синусів у вигляді рентгенологічного обстеження. За допомогою рентгенологічного обстеження можливо діагностувати, в яких областях носа та біляносових пазух можуть виникнути проблеми.

Також потрібно проведення риноскопії (огляд порожнини носа) за допомогою риноскопа (оптична трубка) з маленькою камерою на кінці, який показує проблемні області порожнини носа.

При новоутвореннях шкіри вух також необхідне проведення ото-скопичного дослідження або променева діагностика у вигляді СКТ вуха та соскоподібного відростка.

Після збору анамнезу і проведення загального огляду шкіри тіла потрібно використовувати найбільш інформативний метод дослідження — дерматоскопію.

Існують різні спеціалізовані апарати, які можна використати для мікроскопії і які можуть дати найбільшу інформацію про новоутворення шкіри. Це дерматоскопи різної модифікації (мал. 44, а, б, 45).



Мал. 44. Загальний огляд шкіри за допомогою: а) лупи з 2–3-кратним збільшенням зображення; б) дерматоскопії (мікроскопії)



Мал. 45. Дерматоскоп для проведення дерматоскопії із фотофіксацією

Дерматоскопія — огляд визначених та окремих утворень шкіри з використанням спеціалізованого апарата — **дерматоскопа**, який дозволяє без операційного втручання «зазирнути» всередину родимки (утворення), оцінити її тип, структуру і визначити, чи є вона доброякісною або чи є необхідність її видалення. Дерматоскоп збільшує зображення утворень в 10 разів та дозволяє «зазирнути» під роговий шар шкіри.

Дерматоскопія — сучасний метод діагностики новоутворень шкіри, який застосовується в провідних клініках Європи та Америки. Цей метод дослідження дозволяє

візуалізувати найдрібніші структури епідермісу, які складно розрізнити неозброєним оком.

Дерматоскопія немає протипоказань, абсолютно безболісна і застосовується для діагностики практично всіх захворювань шкіри та їх оцінки на предмет клінічної небезпеки (мал. 43, а, б).

Далі при недостатній діагностичній інформації потрібно використовувати інші діагностичні методи, які описані в підрозділах 5.2 і 5.3.

5.2. КЛІНІЧНІ ОЗНАКИ НОВОУТВОРЕНЬ ШКІРИ

Діагностика складається з декількох блоків клінічних ознак: об'єктивних та суб'єктивних.

Так перші характерні об'єктивні ознаки карциноми шкіри: якщо на шкірних покривах з'явилися перламутрові або блискучі новоутворення або шишки, виразки, які загоюються, а потім розкриваються, вже потрібно висловити підозру на рак шкіри.

По-друге: рожеві злегка опуклі новоутворення у вигляді подразнених ділянок шкіри, які не проходять варто проявляти онкологічну настороженість. Це шкірні висипи, які являють собою своєрідні клінічні і морфологічні зміни шкіри, різноманітні за формою, розміром, кольором, поширенням. Вони часто з'являються на початковій стадії хвороби.

Розрізняють висипи первинні та вторинні.

Первинні висипи з'являються на нормальній за зовнішнім виглядом шкірі. До них належать плями, геморагічні плями, вузлики, ерозії, виразки, горбики, пухирці й пухирі.

Плями — це обмежене почервоніння шкіри, яке не виступає над поверхнею шкіри і виникає внаслідок розширення судин (гіперемія) або зменшення їх щільності (геморагія). Маленькі круглі почервоніння називають розеолами, а розлиті, що зникають при надавлюванні, — еритемою.

Геморагічні плями у вигляді маленьких крапок, які виникають внаслідок виходу еритроцитів із судин, звать петехіями, а більші за розміром — екхімозами. Вони червоного, пізніше буро-червоного і синьо-червоного кольорів і не зникають при надавлюванні пальцем. При злитті окремих петехій утворюються геморагії. Геморагічні висипи з'являються внаслідок діapedезу еритроцитів (тобто виходу їх за стінки судин) на ділянках тіла з тонкою шкірою — череві.

Вузлики (папула) — округле блідо-червоне або червоне маленьке (розміром від кукурудзяного зерна до горошини) підвищення шкіри, у якому відсутня рідина. Вузлики не розпадаються, не утворюють виразок і загоюються без утворення рубців. Виявляють їх оглядом і пальпацією. Вузлики на шиї, бокових поверхнях грудей і черева спостерігаються при злоякісній катаральній гарячці і чумі.

Ерозії — порушення цілісності епітеліального шару шкіри.

Утворюються вони внаслідок механічного впливу на шкіру або відшарування кірочок, які виникли при висиханні ексудату, з везикул і пустул. Ерозії мають гладеньке, червоного кольору дно, гояться швидко, без утворення рубців.

Шкірні виразки утворюються внаслідок глибокого некрозу шкіри, інколи разом з підшкірною клітковиною. Розвиваються при розпаді пустул, абсцесів, актиномікозів, ботріомікозів, злоякісних пухлин, при глибоких некрозах шкіри внаслідок травм або пролежнів. Особливе діагностичне значення мають виразки при деяких інфекційних хворобах — сепі, туберкульозі, сибірці та ін. Але для злоякісного процесу виразка має характерні ознаки: за своєю консистенцією виразка має щільну структуру, добре видно через лупу її валикоподібний восковидний край.

Горбики — це висипання над поверхнею шкіри, розміром до 1 см. Добре обмежені від навколишньої тканини, після себе залишають рубці. Ці зміни характерні для сполучної тканини дерми.

Пухирці й пухири — мають круглу або неправильну форму.

Пухирі (лат. bulla) — порожнинне утворення епідермісу, наповнений рідиною кулястий виступ на поверхні шкіри або слизової оболонки, що виникає як окремий симптом при опіках, потертості або при деяких захворюваннях, таких як гострі дерматити. У медичній практиці часто називають цей елемент «буллою». Пухирі мають круглу форму. Розмір — понад 13–15 мм. Клінічно підняті над поверхнею ділянки шкіри, рожевого кольору, неправильних обрисів. Супроводжуються свербінням і подразненням. Характерне раптове, майже миттєве виникнення, короткочасне (кілька хвилин або годин) існування і швидке безслідне зникнення.

Окрім великих пухирів на шкірі також з'являються пухирці. Пухирець (лат. vesicula) — невелике (1–5 мм) порожнинне утворення епідермісу, із серозною рідиною усередині. Пухирці трапляються при простому герпесі, екземі, вітряній і натуральній віспі, оперізуючому герпесі тощо. У медичній практиці часто називають цей елемент «ве-

зикулою». Від пухирів слід відрізнити — безпорожнинні утворення на шкірі. У медичній практиці часто називають цей елемент «уртикою» (urtica)

Вищеописані клінічні ознаки вимагають від сімейних лікарів проявляти онкологічну настороженість, тобто потрібна консультація дерматолога й онколога.

Це пов'язано з тим, що злоякісні пухлини шкіри можуть розвинути на будь-якій ділянці тіла людини і починатися з ознак, характерних для запальних станів шкіри.

Тому слід чітко визначити суб'єктивні прояви: шкірна сверблячка, яка виникає внаслідок подразнення чутливих нервових шляхів, ураженнях шкіри, слизових оболонок, при деяких внутрішніх незаразних, інфекційних та паразитарних хворобах, і провести диференціальну діагностику.

Особливу увагу слід приділити збільшенню кількості родимок на шкірі, зміні їх кольору і розміру. Це також повинно послужити онкологічній настороженості лікарів. Потрібно визначити звичайні веснянки, особливо якщо їх поява спостерігається не як зазвичай біля носа, а на грудях або на руках, тому слід запідозрити меланому.

Діагностика раку шкіри не викликає ніяких труднощів і ґрунтується на даних візуального огляду, пальпації і морфологічного дослідження.

Але меланома складається з клітин меланоцитів, які розташовані в епідермісі (в верхньому шарі шкіри) і виробляють пігмент меланін.

До розвитку меланоми призводить безконтрольне ділення меланоцитів. Новоутворення з меланоцитів шкіри протікає особливо злоякісно та агресивно і тому розглядається як меланома шкіри.

При наявності ознак зі зміною відтінків родимки, а також її шорсткі або нерівні краї: якщо розмір родимки перевищує п'ять міліметрів в діаметрі або якщо фіксується зміна її розміру; якщо родимки набряклі, горбкуваті, болять або сверблять; якщо з них спостерігаються виділення лімфи, крові, — потрібно визначити підозру на меланому шкіри.

Для своєчасного огляду спеціалістів хворі повинні проводити постійний самоогляд. У разі появи перших підозр хворому необхідно якнайшвидше звернутися до лікаря, тому що на ранніх стадіях раку шкіри лікування не представляє особливих труднощів.

Остаточний діагноз підтверджується результатами цитологічного дослідження мазка і мікроскопічного дослідження, яке визначає гіс-

тологічну будову пухлини і тільки після визначення морфології можливо спланувати лікування.

Важливий другий блок діагностики меланоми, який складається з об'єктивного обстеження (огляд і пальпація). Слід звернути увагу на найбільш значущі ознаки можливого переродження невуса у злоякісну пухлину або меланому.

До таких ознак належать: асиметричне збільшення однієї з його ділянок; ущільнення невусу; зникнення шкірного малюнка і поява блискучої поверхні; будь-яка зміна пігментації або забарвлення невусу як у бік більш інтенсивного кольору (потемніння), так і у бік його ослаблення; зміна поверхні невусу (з рівної на горбисту); поява папіломатозних розростань; виникнення навколо невусу синюшного або червонувато-фіолетового обідка; поява лусочок, кірочок, мокнення або виразки на поверхні невусу, контактна кровоточивість; утворення навколо або поблизу невуса нових маленьких пігментованих вузликів; збільшення та ущільнення найближчих (регіонарних) лімфовузлів.

При огляді бажано використовувати лупу з 2–3-кратним збільшенням, яка дозволяє точніше визначати особливості новоутворення та його межі.

З цією метою проводимо дерматоскопію з використанням лупи із вбудованим поляризованим освітленням і без нього (мал. 44).

Питання для самоконтролю

1. Які обов'язкові дії лікаря первинної ланки при захворювання шкіри?
А) Збір скарг, огляд шкіри та УЗД лімфатичних вузлів.
Б) Огляд шкіри та лімфатичних вузлів.
В) УЗД лімфатичних вузлів із визначенням диференціювання.
2. До якого спеціаліста потрібно направити хворого при підозрі на злоякісне утворення?
А) До дерматолога.
Б) До онколога.
В) До хірурга.
3. На яких ділянках тіла людини частіше розвивається новоутворення шкіри?
А) На будь-якій ділянці тіла людини, частіше на відкритих і починається з ознак, характерних для запальних станів шкіри.

- Б) Обличчя.
В) Тулуба.

4. Які клінічні ознаки характерні для злоякісного захворювання шкіри?
А) Зміна поверхні та пігментації, розростання утворень, поява мокнення та виразки із контактною кровоточивістю.
Б) Поява лусочок, кірочок, збільшення регіонарних лімфовузлів.
В) Все вищевказане.
5. Чому і які суб'єктивні прояви спостерігаються у хворих?
А) Шкірна сверблячка, яка виникає внаслідок подразнення чутливих нервових шляхів.
Б) Збільшення кількості родимок, зміна їх кольору і розміру. Поява звичайних веснянок на грудях або на руках, тому слід запі-дозрити меланому.
В) Все вищевказане.
6. Які об'єктивні ознаки на шкірі, через які потрібно виставити підозру на злоякісне ураження?
А) Перламутрові або блискучі шишки, які загоюються і розкриваються у виразки.
Б) Поява рожевих опуклих або подразнених ділянок шкіри (шкірні висипи).
В) Все вищевказане.
7. Які первинні висипи шкіри повинні викликати онкологічну настороженість або підозру.
А) Вузлики, ерозії, виразки.
Б) Плями, геморагічні плями, вузлики, ерозії, виразки, горбики, пухирці і пухирі.
В) Плями, пухирці і пухирі.

Правильні відповіді: 1 (А), 2 (Б), 3 (А), 4 (В), 5 (В), 6 (В), 7 (Б).

Література

1. Пачес А. И. Опухоли головы и шеи. — Москва: Медицина, 2000. — 480 с.
2. Заболотный Д. И. Новообразования уха: клиника, диагностика, лечение (обзор авторефератов диссертаций) // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. — 1996. — № 1. — С. 1–12.

Додаткова література

1. Melanoma, NCCN Clinical Practice Guidelines for Oncology, 2013
2. Diagnosis and treatment of melanoma: European consensus-based interdisciplinary guideline, 2010.

5.3. ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА ЗЛОЯКІСНИХ ПУХЛИН ШКІРИ З ІНФЕКЦІЙНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

Сімейному лікарю, дерматологу й онкологу потрібно проводити консилиум з диференційної діагностики захворювання шкіри із інфекційними захворюваннями, які протікають агресивно та довго.

Але на початковому етапі діагностики потрібно виключити ВІЛ інфекцію (із контагіозним молюском — гігантським на фоні ВІЛ інфекції) і тільки потім розглядати причини захворювання.

До інфекційних захворювань, з якими потрібно проводити диференційну діагностику, слід віднести: сирингоаденому, ринофіму, розацеа — еритематозно-папулезну форму, актинічний кератоз шкіри та еритематоз шкіри (волжанка дискоїдна).

Приймаючи до уваги, патогенез розвитку раку на фоні гумозного сифілісу, аналогічний і процесу при туберкульозному вовчаку, слід проводити диференційну діагностику з використанням додаткових обстежень на туберкульоз та сифіліс.

Слід особливо діагностувати туберкульозний тип лепри, який формує папулезні бляшки, які об'єктивно схожі на депігментовані плями шкіри. У цих випадках потрібно диференціювати з лепрою шкіри.

Слід також розглядати в якості причин розвитку раку шкіри результат дії деяких лікарських засобів, пригнічуючих імунітет. Це протипухлинні, протизапальні препарати з призначенням кортикостероїдів.

Клінічний перебіг інфекційних захворювань на деяких стадіях розвитку клінічно схожий на злоякісні ознаки захворювання шкіри, тому потрібно проводити диференційну діагностику.

Наприклад: сирингоаденома — пухлина потових залоз (апокринних та екринних) частіше локалізується на шкірі обличчя. Характерний багаторічний перебіг. Об'єктивно: щільні, синюшного кольору папули із виразками (мал. 46). Скарги хворих на свербіж шкіри, біль та наявність виразки. Малігнізація складає близько 2,5 % випадків.



Мал. 46. Сирингоаденома шкіри носа



Мал. 47. Ринофіма шкіри носа



Мал. 48. Розацеа шкіри зовнішнього носа



Мал. 49. Контагіозний молюск шкіри (гігантський). Еритематозно-папулезна форма зовнішнього носа та верхньої губи на фоні ВІЛ-інфекції

Так, розацеа — еритематозно-папулезна форма демодекозу, контагіозний молюск (*molluscum contagiosum*) — гігантський на фоні ВІЛ-інфекції (мал. 48). Розацеа — еритематозно-папулезна форма демодекозу, розвивається при кишковому дисбактеріозі, супроводжується ферментопатією.

Стадії розвитку:

1) незначна ерітема (споживання гострої та гарячої їжі, алкогольних напоїв);

2) ерітемаозна стадія. Сійка ерітема, синюшно-червоного кольору, слабає до периферії. Поява телеангіектазій;

3) папуло-пустульозна стадія. З'являються невеликі вузлики щільної консистенції, в центрі яких через деякий час формується пустула.

Вузлики можуть зливатися, шкіра набуває горбкуватого вигляду. В області носа можуть з'явитися пухлиноподібні утворення м'якої консистенції.

Шкіра над ними фіолетового кольору з зійючими гирлами волосяних фолікулів, при натисканні на них виділяється жирна маса (ринофіма, або шишкуватий ніс).

Лікування: системне та місцеве із використанням топічних стероїдів.

Ринофіма шкіри (мал. 47) — зустрічається частіше на шкірі зовнішнього носа. Об'єктивно: спостерігається гіпертрофія залоз шкіри зовнішнього носу, обличчя із гіперплазією залоз шкіри.

Інші захворювання також потрібно знати та проводити диференційну діагностику. Це ринофіма шкіри, актинічний кератоз і ерітема-тоз (вовчак дискоїдний) шкіри (мал. 47–49).



Мал. 50. Контагіозний моллюск шкіри



Мал. 51. Актинічний кератоз зовнішнього носа задньої поверхні шкіри шиї і голови на фоні ВІЛ-інфекції

Потрібно також проводити диференційну діагностику із контагіозним моллюском (molluscum contagious) — гігантський на фоні ВІЛ-інфекції (мал. 49, 50). При цьому захворюванні спостерігається висип на шкірі задньої поверхні шиї, якій змінюється на етапі лікування. Клінічна картина висипів регресує після проведення ретровірусної терапії. Важливо пам'ятати, що при цьому захворюванні потрібно на першому етапі уникати методів лікування, пов'язаних з порушенням цілісності шкіри, тобто не проводити біопсії.

Актинічний кератоз зовнішнього носа (мал. 51). Порушення режиму використання імківімода. Актинічний кератоз — дерматологічна патологія доброякісного характеру, при розвитку якої на відкритих ділянках шкіри з'являються овальні плями жовтого кольору, що лущаться. Розвиваються вони повільно, але неухильно прогресують. Головним провокуючим фактором формування його вважаються прямі сонячні промені.

Об'єктивно: При типовому перебігу хвороби на першому етапі з'являється невеликі ділянки ураження у формі овальної бляшки, діаметр якої не перевищує одного сантиметра. В середині неї шкіра набуває червоного відтінку. На її поверхні проступає сіточка капілярних судин (телеангіектазії). Якщо по поверхні бляшки провести рукою, подушечки пальців відчують легку шорсткість. Це ознаки ороговіння. Коли захворювання починається, гіперкератоз проявляє себе у вигляді скупчення на ураженій ділянці відмерлих мас жовто-сірого кольору. Шкіра злегка піднімається, поступово формується шкірний ріг. Він здатний розростатися в ширину: пляма, як правило, в цьому випадку збільшується до чотирьох-п'яти сантиметрів. Видалити рогові ділянки просто нігтем важко. Це викликає виражену болючість: лусочки рогового шару спаяні з нижніми шарами шкіри. Якщо докласти зусиль та їх віддерти, під ними оголяться ерозія.

Наріст актинічного кератозу. Бувають випадки, коли актинічна кератома темніє. Тоді зовні відрізнити її від себорейної бородавки стає неможливо.

Залишати без уваги захворювання шкіри не можна: актинічний кератоз розвивається дуже повільно, але він здатний у своєму розвитку трансформуватися в плоскоклітинний рак. Це може статися через десятки років після дебюту патології.

Процес малігнізації починається з вираженого запалення бляшки, її потовщення, появи хворобливості і сильного свербіжжю. Поверхня ураженої ділянки при цьому виявляється і постійно кровоточить.

Лікування актинічного кератозу. Терапія передбачає видалення уражених ділянок шкіри із доповненням деяких компонентів лікування: кріодеструкція, лазеротерапія, фотодинамічна терапія, рентгенотерапія і діатермокоагуляція.

Вибір способу впливу залежить від того, де локалізується патологія. Так, наприклад, якщо бляшка кератозу знаходиться на вусі, перевага віддається лазерному видаленню. За допомогою світлового опромінення вдається пошарово видалити утворення.

Якщо потрібно видалити одиничну кератозну бляшку на обличчі, перевага віддається рідкому азоту. Вплив низьких температур викликає некроз уражених тканин.

Після їх відторгнення шкіра оновлюється, на поверхні покриву залишається невелика гіперпігментація, але пляма з часом тьмяніє і стає менш помітною.

Кріодеструкція має свої переваги: процедура видалення плями проходить безболісно, вона триває всього кілька хвилин, анестезія для її проведення не використовується, пацієнт повертається додому в день операції.



Мал. 52. Ерітематоз шкіри (вовчак дискоїдний)

Діатермокоагуляція вибирається для видалення актинічних кератозних бляшок, розташованих на плечах та руках. Під час її проведення роговий шар піддається впливу електричного струму.

Ерітроматоз (вовчак дискоїдний, мал. 52). Фоточутливість — позитивний симптом Бенъє — Мещерського. Атрофічні зміни шкіри АНА позитивні в 75 % випадках вовчака, імунотести позитивні в 65 %.

Системний червоний вовчак, хвороба Лібмана — Сакса — захворювання сполучної тканини, що проявляється ураженням ряду органів та систем. Хвороба виникає внаслідок порушення імунологічних процесів в організмі, при якому антитіла, які виробляє організм, пошкоджують ДНК здорових клітин. Хворіють переважно молоді жінки.

Об'єктивно: Шкірні прояви є у 65 % хворих, виникають одними з перших, проте тільки у 30–50 % відзначається «класичний» макулопапульозний висип на щоках у формі метелика, а також на руках і тулубі у багатьох пацієнтів виявляється дискоїдний вовчак — товсті червоні лускаті плями на шкірі, які в подальшому можуть призвести до атрофії шкіри обличчя, кінцівок і тулуба. Рубцева алопеція і ульceraція порожнини рота і носа, піхви — також в числі можливих проявів. Іноді з'являються трофічні виразки, а також ламкість нігтів і випадіння волосся. У частини хворих можна виявити ознаки фотодерматозу на відкритих частинах тіла.

Лікування системного червоного вовчака:

1. Глюкокортикостероїди (преднізолон або ін.).
 2. Терапія стовбуровими клітинами.
 3. Анти-BLyS терапія (белімумаб).
 4. Цитостатичні імунодепресанти (азатиоприн, циклофосфан або ін.).
 5. Екстракорпоральна детоксикація (плазмаферез, гемосорбція, кріоплазмозорбція).
 6. Пульс-терапія високими дозами кортикостероїдів і /або цитостатиків.
 7. Нестероїдні протизапальні препарати — симптоматичне лікування.
- Таким чином, вищевикладене свідчить: щоб провести адекватне лікування, потрібно віддиференціювати підозру на рак шкіри із інфекційними захворюваннями шкіри. При цьому потрібно консультиватися із дерматологом (онкодерматологом), що дозволить визначитися з діагнозом і протоколом лікування.
- Тактика діагностики: біопсія при інфекційних захворюваннях не показана. Тільки при виключенні інфекційних захворювань потрібно призвести біопсію зони ураження.
- Лікування. Радикальне в залежності від морфології або лікування в інфекціоніста при інфекційних захворюваннях.

Питання для самоконтролю

1. З якими інфекційними захворюваннями потрібно проводити диференційну діагностику?
 - А) З туберкульозом, ВІЛ-інфекцією і мононуклеозом.
 - Б) Сірингоаденомою, ринофімою, розацеаерітематозно-папулезної форми, актинічним кератозом та ерітематозом шкіри.
 - В) З вовчаком дискоїдним та ВІЛ-інфекцією.

2. Яких спеціалістів потрібно долучати до діагностики захворювань?
 - А) Фтизіатра, дерматолога і онколога.
 - Б) Педіатра, ревматолога, гематолога.
 - В) Дерматолога і онколога.
3. Де повинні лікуватися хворі з інфекційними захворюваннями шкіри?
 - А) У дерматологічному та інфекційному відділеннях.
 - Б) У дерматологічному відділенні.
 - В) В інфекційному відділенні.
4. Які клінічні ознаки характерні для дискоїдного вовчка шкіри?
 - А) Атрофічні зміни шкіри в 75 % випадків, позитивний симптом Бенъе — Мещерського та позитивні імунотести в 65 %.
 - Б) Гіпертрофічні й імунотести позитивні в 65 %.
 - В) Змішані: атрофічні і гіпертрофічні.
5. Де локалізується і які клінічні ознаки характерні для ринофімі шкіри?
 - А) Спостерігається гіпертрофія залоз шкіри зовнішнього носа, обличчя із гіперплазією залоз шкіри.
 - Б) Шкіра обличчя із гіперплазією залоз шкіри.
 - В) Спостерігається на шкірі зовнішнього носа і тулуба.

Правильні відповіді: 1 (Б), 2 (А), 3 (Б), 4 (А), 5 (А).

Література

1. Актинический кератоз: Обзор проблемы. Патогенез, фотоканцерогенез и иммунопатология / Литвиненко Б. В., Литус А. И. // Дерматолог. — 2015. — № 2.
2. Ламоткин И. А. Клиническая дерматоонкология. Атлас. — М.: Бинном, 2011. — 504 с.

5.4. ІНШІ МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ (МІКРОСКОПІЯ, КОНФОКАЛЬНА ІНФРАЧЕРВОНА ДІАГНОСТИКА І ТЕРМОДИФЕРЕНЦІЙНИЙ ТЕСТ)

Мікроскопія (дерматоскопія) це метод об'єктивної візуалізації ознак та змін шкіри, при спостереженні дає можливість найбільш чітко візуалізувати поверхню новоутворення.

Дерматоскопія — це неінвазійний спосіб діагностики, який дозволяє визначити найдрібніші зміни шкіри.

Наприклад, дерматоскопія новоутворення шкіри обличчя і тулуба дозволяє підтвердити або визначити клінічний діагноз захворювання.

Показання та умови обов'язкового дослідження за допомогою дерматоскопа:

- перед хірургічним видаленням новоутворення;
- якщо родимка виросла більше 0,5 см, стала більш щільною, змінила колір, набула нерівномірного забарвлення, а також у випадках пошкодження;
 - при появі запалення, лущення, тріщини, виразки, поколювання або свербіж у області новоутворення на шкірі;
 - якщо з'явилася нова родимка;
 - при розташуванні родимки в місцях, що піддаються тертю та іншим травмам;
 - жінкам в період вагітності та людям зі світлою шкірою та волоссям;
 - людям після 60 років, особливо з генетичною схильністю до захворювань шкіри.

Так, наприклад, за допомогою дерматоскопії можливо візуалізувати деякі клінічні ознаки злоякісного новоутворення шкіри. При дерматоскопії візуалізоване новоутворення шкіри шиї, яке має вище-описані ознаки злоякісного новоутворення (мал. 33–40).

Клінічно таке новоутворення є злоякісним і надзвичайно небезпечним, оскільки воно може швидко розповсюджуватися і регіонально рецидивувати. В такому випадку потрібно не проводити тактику вичікування та спостереження, а провести тотальну біопсію за радикальною програмою із морфологічним дослідженням.

Додатковий метод об'єктивного обстеження — конфокальна мікроскопія при інфрачервоному опроміненні дозволяє вивчити клітинну будову усіх шарів шкіри, а також провести диференційну діагностику первинної меланоми. Суть метода полягає в тому, що морфолог ана-

лізує стан пороків розвитку дерми та її придатків, метастазів як доброякісних, так і злоякісних новоутворень.

Термодиференційний тест — біологічний тест, заснований на різниці температур між здоровими ділянками шкіри та пухлиною. При різниці температури більш 1 градуса Цельсія, тест оцінюється як позитивний. Дослідження проводимо за допомогою електротермометра. Потрібно проводити точкове вимірювання температури ураженої ділянки. Результат дослідження оцінюється як позитивний, коли середня різниця температур (у 8–10 точках пухлини) буде вище + 10.

Вищевказані методи не є кінцевим в діагностиці новоутворення. На основі клінічних методів та тестів неможливо визначити остаточний клінічний діагноз, тому потрібно проводити клінічну диференційну діагностику між добро- і злоякісними ознаками з морфологічним дослідженням. Останнім і головним методом діагностики захворювання шкіри обличчя та тулуба є морфологічне дослідження і в деяких випадках імуногістохімічне.

Сьогодні відомо, що основним способом лікування новоутворень шкіри обличчя та тулуба є хірургічний, тому для визначення межі розповсюдження пухлинного ураження потрібна найбільш інформативна візуалізація меж пухлинного ураження. Сьогодні існує така діагностика, яка зветься флуоресцентною візуалізацією із застосуванням фотосенсибілізатора «Фотолон».

5.5. ФЛУОРЕСЦЕНТНА ТА ІНША ДІАГНОСТИКА МЕЖІ ПУХЛИННОГО УРАЖЕННЯ

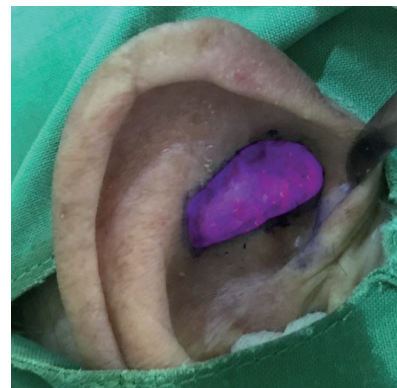
Питання сучасної діагностики поверхневих новоутворень голови, шиї та тулуба є актуальними, тому що діагностування на пізніх стадіях розвитку раку шкіри призводить до низького виживання хворих та зниження якості життя.

На жаль, на етапі раннього розвитку захворювання хворі не звертаються за медичною допомогою. Але на цьому етапі клінічні ознаки пухлини вже можуть свідчити про агресивність процесу.

Тому при наявності пухлини шкіри голови, шиї та тулуба зі злоякісними ознаками потрібно швидше провести лікування у вигляді хірургічного видалення (висічення) пухлинного ураження або фотодинамічної терапії, після морфологічної верифікації.

Кріотерапію потрібно проводити при наявності резидуальної пухлини (Кочнева Е. Г., 2005; Капинус В. Н., Каплан М. А., Спиченкова И. С., 2012; Лукач Е. В., 2017).

З метою візуалізації межі пухлинного ураження для проведення фотодинамічної терапії або хірургічного лікування можливо використовувати фотосенсибілізатор «Фотолон». Нами розроблено і використовується метод визначення межі пухлинного ураження (мал. 53–59) — патент на корисну модель № 140271 від 10.02.2020 р. і патент на винахід № 122888 від 13.01.21.



Мал. 53. Накопичення «Фотолону» в пухлині вуха після внутрішньопухлинного введення



Мал. 54. Накопичення «Фотолону» в пухлині обличчя і навколишній тканині при (внутрішньопухлинному введенні)

Флуоресцентна діагностика пухлинного ураження шкіри проводилося за допомогою технічних комплексів LESA-01-BIOSPEC. В якості джерела опромінення, збудження флуоресценції фотосенсибілізатора використовували опромінення He-Ne лазера — 630–633 нм.

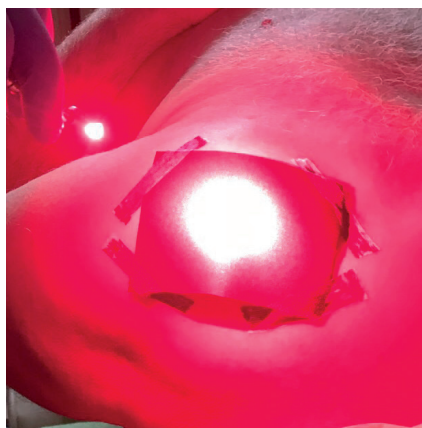
Дослідження проводили під прямим кутом до об'єкта при легкому торканні оптиковолокноного світловода. Отримані шляхом точкового вимірювання спектри тканин центрів і периферії пухлинного ураження, а також візуально здорових частин шкіри аналізували за формою, величиною і амплітудою сигналу і визначали площу інтенсивності флуоресценції (S2) і площу віддзеркаленого від тканин лазерного опромінення (S1), а також їх відношення (S2/S1).



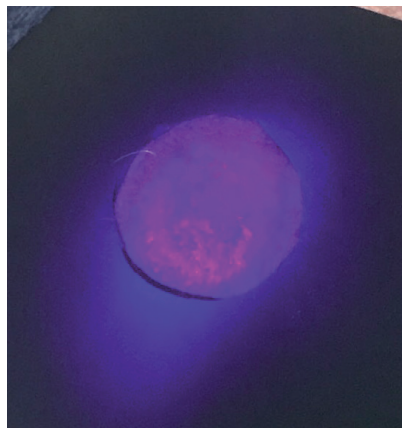
Мал. 55. Внутрішньопухлинне введення «Фотолону» в пухлину шкіри плеча



Мал. 56. Накопичення «Фотолону» в пухлині шкіри плеча через 60 хвилин



Мал. 57. ФДТ пухлини шкіри плеча



Мал. 58. Фотодинамічна терапія пухлини шкіри

За відношенням показників (S2/S1) оцінювали рівень флуоресценції різних частин шкіри (наприклад, центр і периферія пухлини та здорова шкіра), що дозволяло визначити не тільки накопичення препарату в тканинах самої пухлини, а й у випадках розповсюдження злоякісного процесу.



Мал. 59. Стан після часу ФДТ

Додатково проводилося дослідження усєї зони ураження. З цією метою використовували матричний світлодіодний опромінювач (довжина хвилі 665 нм, потужність опромінення 40 мВт/см²) із відеоспостереженням.

Тобто можливе використання двох методів. Перший, коли дозу розчиняють у 200 мл фізіологічного розчину і вводять внутрішньовенно крапельно протягом 30 хвилин. Другий метод, коли розчин «Фотолону» вводиться внутрішньопухлинно. При локальній дії монохроматичного світла з довжиною хвилі 660–670 нм забезпечується фотосенсибілізуючий ефект, призводячи до пошкодження клітин або тканин.

Розчин «Фотолону» виготовляється ex tempore, використовується внутрішньовенно або місцево — внутрішньопухлинно в діапазоні доз від 1,0 до 3,0 мг/кг маси тіла хворого, а також в залежності від нозологічної форми, локалізації і розповсюдженості неопроцесу.

Так, для внутрішньовенного введення дозу розчиняли в 200,0 мл фізіологічного розчину і вводили внутрішньовенно крапельно протягом 30 хвилин.

Методика для внутрішньопухлинного введення дози розроблена нами, і отримано патент на винахід № 122888. Спосіб визначення межі злоякісної пухлини зовнішнього носа та зовнішнього вуха під час операції.

Ця діагностика з використанням «Фотолону» для визначення межі злоякісного ураження дозволяє провести хірургічне лікування за радикальною програмою із задовільним результатом.

При несвоечасному зверненні хворого та запізненій діагностиці виникає ризик в необхідності проведення розширеного хірургічного втручання за радикальною програмою, що призводить до формування значних дефектів, які потребують одночасного або відстроченого пластичного їх закриття. Але при поширених станах можливі і незворотні зміни в організмі хворого.

Остаточний діагноз злоякісного захворювання шкіри можливо поставити на основі клінічної семіотики: скарг хворого, детального

огляду, даних об'єктивного дослідження та за результатом морфологічного дослідження. Після морфологічного діагнозу і в залежності від локалізації захворювання необхідно визначити, де хворий повинен лікуватися, і спланувати алгоритм лікування.

Таким чином, можна зробити висновок, що для детальної діагностики новоутворень шкіри обличчя та визначення об'єму хірургічного висічення — родимки, бородавки, папіломи, раку шкіри, меланоми, базаліоми та інших новоутворень — необхідно провести: збір анамнезу, загальний клінічний огляд, потім дерматоскопію з цифровою оцінкою новоутворення, термометрію (термодиференційний тест) із обов'язковим морфологічним дослідженням (цитологія, гістологія).

Сьогодні можна широко використовувати цифровий аналіз пігментних утворень шкіри для спостереження в динаміці.

Цифровий аналіз родимки (пігментних утворень) та створення карти спостереження в динаміці

Використовуючи унікальну експертну систему Fotofinder® (Німеччина), можливо проводити цифровий аналіз родимки або іншого утворення шкіри — зафіксувати всі характеристики родимки для подальшого спостереження в динаміці, що дозволяє контролювати стан родимок протягом тривалого часу.

Для проведення моніторингу за перебігом родимок потрібно скласти карту родимок. Якщо є велика кількість родимок (понад 30), то людина потрапляє в одну з груп ризику розвитку раку шкіри або меланоми. Створення карти родимок дозволить обстежити всі родимки і взяти всю шкіру під контроль.

Питання для самоконтролю

1. Які є об'єктивні методи діагностики новоутворень шкіри?
 - А) Огляд, дерматоскопія, конфокальна інфрачервона діагностика, флуоресцентна діагностика і термодиференційний тест.
 - Б) Огляд і мікроскопія.
 - В) Огляд і термодиференційний тест.
2. Показання та умови обов'язкового дослідження за допомогою дерматоскопу.
 - А) Перед операцією, якщо новоутворення виросло більше 0,5 см, стало більш щільним, змінило колір, набуло нерівномірного

забарвлення, у випадках пошкодження, появи запалення, лущення, тріщин, виразок, поколювання або свербіж.

- Б) Якщо з'явилася нова родимка, при розташуванні родимки в місцях, що піддаються тертю та іншим травмам, людям зі світлою шкірою та волоссям, а також людям після 60 років, особливо з генетичною схильністю до захворювань шкіри.
 - В) Все вищесказане.
3. Який найінформативніший спосіб діагностики пігментних утворень шкіри?
 - А) Цифровий аналіз пігментних утворень та створення карти спостереження в динаміці.
 - Б) Огляд, огляд в динаміці і дерматоскопія.
 - В) Все вищевказане.
 4. Який найінформативніший спосіб визначити межі пухлинного ураження під час операції?
 - А) Видалення утворення під контролем зору.
 - Б) Флуоресцентна візуалізація розчином «Фотолон».
 - В) Все вищевказане.
 5. Хто потрапляє в одну з груп ризику розвитку раку шкіри або меланоми.
 - А) Людини з великою кількістю пігментних утворень, родимок (понад 30).
 - Б) Людини з папіломатозом шкіри обличчя і тулуба.
 - В) Все вищевказане.

Правильні відповіді: 1 (А), 2 (В), 3 (В), 4 (Б), 5 (В).

Література

1. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) і третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Базально-клітинний рак шкіри: Наказ МОЗ України від 28.03.2016, № 246 [Електронний ресурс]. — Режим доступу: http://mtd.dec.gov.ua/images/dodatki/2016-246-BRshkiry_2016_246_YKPMd-BKR.pdf
2. Диагностическая дерматоскопия. Иллюстрированное руководство / пер. с англ.: под ред. Кубановой А. А. — М., 2013.

3. Капинус В. Н., Каплан М. А., Спиченкова И. С. и др. Фотодинамическая терапия с фотосенсибилизатором «Фотолон» плоскоклеточного рака кожи // Лазерная медицина. — 2012. — 16. — С. 2–31.

Додаткова література

1. Справочник по онкологии /под ред. С. А. Шалимова, Ю. А. Гриневича, Д. В. Мясоєдова. — К.: Здоров'я, 2000. — 558 с.
2. Клинико-практическое руководство Общенациональной сети по борьбе против рака (NCCN). США. 2012.

5.6. МОРФОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ (ПУНКЦІЯ АБО БІОПСІЯ ПУХЛИНИ ШКІРИ)

За наявності підозрілих клінічних ознак, які визначаються під час клінічного обстеження або дерматоскопії, необхідно провести цитологічне або гістологічне дослідження за допомогою біопсії пухлини шкіри або пункції вузла.

Взагалі забір матеріалу — це відповідальна маніпуляція, яка проводиться спеціальним інструментом в стерильних умовах під місцевим знеболенням для морфологічного дослідження. Результат цієї діагностики є остаточним для постановки діагнозу. При проведенні біопсії новоутворення слід бути уважним, коли за допомогою дерматоскопії можливо ідентифікувати і визначити підозрілі клінічні ознаки, то біопсія виправдана. Але коли неможливо ідентифікувати значні клінічні ознаки для бережного забору матеріалу, тоді потрібно провести тотальне видалення новоутворення, тобто радикально видалити, щоби не викликати агресивний ріст, пролонгацію або рецидив новоутворення.

Ця тактика морфологічної діагностики достатня для визначення захворювання і вибору методу лікування. Але прогноз захворювання і якість життя залежать від морфології і своєчасної діагностики, тобто від розповсюдження новоутворення шкіри.

Так, наші спостереження показали, що високий відсоток смерті хворих на злоякісну меланому шкіри, у яких після абластичного хірургічного висічення спостерігалися метастази у головний мозок, легені та орган зору через 6–8 місяців, і частіше через рік після радикального хірургічного втручання, спостерігався летальний результат.

Таким чином, слід пам'ятати, що усі патологічні розростання клітин шкірної ділянки, включаючи шкіру обличчя, голови, шиї та тулуба відносять до новоутворень, які в деяких випадках здатні метастазувати в інші органи та лімфовузли, а також викликати інтоксикацію і виснаження всього організму з наступним летальним результатом.

Тому кінцевим методом діагностики новоутворень є **морфологічне дослідження** матеріалу біопсії, або **післяопераційного матеріалу** з наступним при необхідності **імуногістохімічним дослідженням**.

Від морфологічного висновку залежить не тільки тактика лікування, але і якість життя.

Морфологічно відрізняють такі типи злоякісних пухлин шкіри, що часто зустрічаються: це базаліома (базальноклітинна карцинома), плоскоклітинний рак шкіри (сквамозноклітинна карцинома) та злоякісна меланома.

Слід помятати, що об'єктивно на ранніх стадіях розвитку усі злоякісні ураження шкіри мають однакову клінічну семіотику.

Відомо, що пухлини складаються із аномальних клітин плоского епітелію зовнішнього шару шкіри, клінічно виглядають як жовті лускуваті ділянки шкіри. Поверхня новоутворень ніжна і при легкому торканні починає кривавити, а потім на місці такого ураження формується афта і виразка.

Але пухлини із клітин шкіри, що утворюють пігмент **меланін**, які розташовані в епідермісі (у верхньому шарі шкіри), є найбільш небезпечними та агресивними — це меланома шкіри. Морфологічно базальноклітинна і плоскоклітинна карцинома проростають із клітин базального шару і розвиваються повільно. Ці пухлини виглядають як повільно зростаючий, блискучий рожевий або червоний комок.

Карцинома може покриватися лускою, але з часом новоутворення стає твердим, може кровоточити або перетворитися на виразку.

Тому можливо зробити висновок, що базально- і плоскоклітинна карцинома шкіри складаються із аномальних клітин зовнішнього шару епітелію і клінічно ці раки шкіри виглядають як жовта луската ділянка шкіри, яка починає кровоточити від легкого доторкання. На місці такого ураження формується виразка. При радикальному хірургічному лікуванні прогноз задовільний.

Для меланоми клінічно характерні нерівномірні кольори пігментації, від темних відтінків коричневого, часом з крапляннями рожевого і червоного; розмір пігментної плями перевищує 6 мм. На пізніх

стадіях меланома проникає в глибокі шари шкіри, потім у кров і лімфатичну систему, тим самим сприяє розносу клітин по усьому організму. Прогноз незадовільний.

Питання для самоконтролю

1. Що потрібно провести, щоб визначити морфологічну структуру утворення?
 - А) Біопсію пухлини або пункцію вузла для цитологічного або гістологічного дослідження.
 - Б) Тільки біопсію.
 - В) Тільки пункцію утворення або вузла.
2. Які застереження слід пам'ятати лікарю при дослідженні шкірних утворень?
 - А) Нерівномірні кольори пігментації, від темних відтінків коричневого, часом з краплями рожевого і червоного; розмір пігментної плями перевищує 6 мм.
 - Б) Збільшення в розмірах і зміна кольору.
 - В) Все вищевказане.
3. З якого шару розвивається базальноклітинний і плоскоклітинний рак шкіри?
 - А) Із анормальних клітин зовнішнього шару епітелію (базального шару) і розвивається повільно.
 - Б) Із клітин шкіри, що утворюють пігмент меланін і розташовані в епідермісі (у верхньому шарі шкіри), є найбільш небезпечними та агресивними.
 - В) Із мезодерми шкіри.
4. Яка пухлина схильна до генералізації злоякісного процесу.
 - А) Базальноклітинний і плоскоклітинний рак шкіри.
 - Б) Базальноклітинний рак шкіри.
 - В) Меланома шкіри.

Правильні відповіді: 1 (А), 2 (В), 3 (А), 4 (В).

Література

1. Романова О. А. Ранняя диагностика и профилактика меланомы кожи. — М.: Медицинское информационное агентство, 2012. — 96 с.

2. Анисимов В. В., Горделадзе А. С., Барчук А. С. и др. Меланома кожи: Атлас клинко-морфологической диагностики. — СПб.: Наука, 1999. — 107 с.
3. Евчев Ф. Д., Евчева А. Ф. Этиология, патогенез, клиническая семиотика и диагностика новообразований кожи головы, шеи и туловища. Сообщение 1 // Журнал вушних, носових і горлових хвороб. — 2018. — (1). — С. 76–82.

Додаткова література

1. Клинико-практическое руководство Общенациональной сети по борьбе против рака (NCCN). США. 2012.

5.7. ПРАВИЛА СКЛАДАННЯ ЗАКЛЮЧНОГО КЛІНІЧНОГО ДІАГНОЗУ

Медичний діагноз — це короткий лікарський висновок захворювання на основі клінічного і патологічного процесу у вигляді запалення або непластичного розвитку шляхом об'єктивної семіотики та морфологічного (цитологічного) дослідження. Для постановки клінічного діагнозу має значення правильно зібраний анамнез.

Наприклад, підтвердження пацієнта, що на місці агресивно зростаючого новоутворення була пігментна пляма, вже повинне насторожити лікаря до онкологічної патології. В діагнозі потрібно вказувати нозологічну одиницю, тобто нозоформу, яка відповідає міжнародній номенклатурі та класифікації хвороб МКБ -10.

Особливості формування діагнозу при онкологічному захворюванні. Діагноз онкологічного захворювання шкіри ставлять один раз на все життя, тобто діагноз не знімається навіть при одужанні.

За умови відсутності морфологічної верифікації діагноз встановлюється рішенням клінічного консилиуму, на основі сукупності клінічних, ендоскопічних, променевих, лабораторних та ін. методів дослідження.

Основна структура онкологічного діагнозу

Діагноз складається з таких компонентів:

1. Назва пухлини відповідно до міжнародної морфологічної класифікації злоякісних пухлин, яка визначається літерою G.

2. Локалізація пухлини, з назвою ураженого органа або анатомічного відділу. Потрібно вказувати межі (ступінь) розповсюдження за системою TNM.

Наприклад. Рак шкіри хрящового відділу зовнішнього носа з розповсюдженням на шкіру обличчя T2N0M0.

3. Стадія захворювання за системою TNM. При цьому враховуються три показники:

- символ T (tumor) характеристика первинної пухлини;
- символ N (noduli) характеристика уражень метастазами лімфатичних вузлів;
- символ M (metastasis) наявність віддалених метастазів (в тому числі в лімфовузлах, які не є регіональними).

За системою TNM пухлина оцінюється двічі: перший раз до операції або до біопсії TNM, другий після операції або біопсії, ставлять символ p. Символ p показує, що є морфологічний результат новоутворення. Тому попереду TNM обов'язково ставлять символ p. Наприклад, pTNM.

Патоморфологічне дослідження дозволяє уточнити ці символи і дає можливість оцінити додаткові символи: G — гістологічне диференціювання пухлини; V — пухлинна інвазія венозних судин і R — наявність резидуальної (залишкової) пухлини.

Визначені символи pTNM групуються в стадії.

Наприклад, pT1N0M0 — перша стадія; pT2N0M0 або pT2N1M0 або pT1N1M0 складає стадію II і т. д.

4. Вказується метод лікування та динаміка пухлинного процесу. Наприклад. Рак шкіри pT2N0M0 хрящового відділу зовнішнього носа з розповсюдженням на шкіру обличчя, пролікований хірургічним або комбінованим методом.

5. Ускладнення онкологічного захворювання шкіри. Так у післяопераційний період під час або після променевої терапії можуть розвинути променевиї радіодерматит, кровотеча, лейкопенія, формування дефектів зовнішнього носа і вуха.

Клінічна група є групою диспансерного спостереження і може (незалежно від стадії) змінюватися протягом життя хворого. Виділяють такі клінічні групи:

IA — хворі з **підозрою** на злоякісне новоутворення. В тексті діагнозу вказують **Suspicio**. Наприклад, Susp. Рак зовнішнього носа, кл. гр. IA, або Susp. Рак вушної раковини, кл. гр. IA.

Але протягом 10 днів хворих потрібно дообстежити або зняти з обліку (при непідтверджених діагнозах), або перевести в іншу клінічну

групу (при виявленні у хворих пухлини). Хворі підлягають дообстеженню.

IB — хворі з пухлиноподібними захворюваннями. Хворі підлягають оздоровленню.

II — хворі зі злоякісними новоутвореннями, які підлягають радикальному лікуванню із прогнозом на одужання або пролонговану ремісію.

IIA — хворі, які підлягають радикальному лікуванню.

III — практично здорові люди, після проведеного радикального лікування, у яких не має рецидивів і метастазів. Ці хворі підлягають динамічному спостереженню і профілактичному лікуванню.

IV — хворі з розповсюдженою стадією хвороби, які підлягають симптоматичному або паліативному лікуванню.

Первинно-множинні злоякісні новоутворення

Можливі ситуації, коли у хворого є два і більше онкологічних захворювань. Вони можуть бути синхронні (тобто виникли і діагностувалися одночасно) і метахронні (виникали неодноразово).

Міжнародна класифікація злоякісних пухлин за системою TNM охоплює майже всі локалізації пухлинного процесу, але вухо є винятком.

Загальноприйнятої класифікації злоякісних пухлин вуха сьогодні не існує. Сьогодні найбільш поширеною і відомою є класифікація **К. І. Плєскова**. Автор поділяє вухо на два анатомічні відділи: перетинчасті — хрящовий і кістковий. До перетинчасто-хрящового належать вушна раковина, хрящова частина зовнішнього слухового ходу і середнє вухо, за винятком хрящової частини слухової труби.

Таким чином, для проведення і визначення клінічної семіотики потрібно провести не тільки об'єктивну діагностику, але і комплексну, що дозволить виставити кінцевий діагноз хворого. Тому потрібно провести диференційну діагностику за допомогою стандартних і високоефективних методів діагностики та провести лікування.

Для диференціальної діагностики новоутворень шкіри використовують стандартні методи: дерматоскопія — огляд за допомогою збільшувального скла. Більш детально уражену частину шкіри можна візуалізувати за допомогою мікроскопа з фіксацією клінічної семіотики.

Флуоресцентну діагностику використовують для визначення межі пухлинного ураження з метою абластичного видалення пухлини.

Методика: внутрішньопухлинно вводяться фоточутливі з'єднання (фотосенсибілізатор — «Фотолон»), який накопичується в пухлинних клітинах, що підвищує інтраопераційну візуалізацію межі ураження.

Також використовують епілюмінесцентну і лазерну мікроскопію, при якій просвічується поверхневий шар шкіри, що дозволяє визначити природу змін. Інформативним є термодиференційний тест, заснований на різниці температур між здоровими ділянками шкіри та пухлини. При різниці температури більше 1 градуса, тест може бути визначено як позитивний.

Питання для самоконтролю

- Через який термін сімейний лікар при підозрі на неопроцес шкіри повинен направити хворого на консиліум?
 - Через добу після дослідження.
 - Через 10 днів після лікування.
 - Впродовж 5 днів, незалежно від обстеження та лікування.
- До якого спеціаліста сімейний лікар повинен направити хворого при підозрі на злоякісне захворювання шкіри?
 - До гінеколога.
 - До дерматолога.
 - До онколога.
- Хто повинен обстежити первинних хворих?
 - Сімейний лікар та терапевт.
 - Сімейний лікар.
 - Дерматолог, онколог.
- Які обов'язкові дії сімейного лікаря при підозрі на неопроцес шкіри?
 - Збір скарг, огляд шкіри, при підозрі направити до онколога.
 - Збір анамнезу та призначення лікування.
 - Направити до хірурга після додаткового дослідження.
- Які основні клінічні симптоми характерні для злоякісного новоутворення шкіри?
 - Свербіж, зміна розміру, кольору, консистенції, кровотечі та зникнення волосся на поверхні новоутворення.
 - Зміна кольору та кровотечі.
 - Зміна розміру і кольору новоутворення.
- Які існують методи діагностики злоякісних новоутворень?
 - Огляд, дерматоскопія.
 - Пальпація, УЗД та огляд.
 - Огляд, дерматоскопія, конфокальна інфрачервона та термодіагностика.
- З якими інфекційними захворюваннями слід проводити диференційну діагностику злоякісних пухлин шкіри?
 - Ринофіма, актинічний кератоз, ерітематоз шкіри.
 - Кератоз і дискератоз.
 - Туберкульоз шкіри.
- Які захворювання потрібно виключити перед проведенням диференційної діагностики з інфекційними захворюваннями шкіри?
 - ВІЛ-інфекція, контагіозний моллюск шкіри задньої поверхні шкіри шиї і голови на фоні ВІЛ-інфекції.
 - Лакунарна ангіна.
 - Ангіна Венсана — Симановського.
- Методи найкращої візуалізації межі злоякісного ураження.
 - УЗД, пальпація, мікроскопія.
 - Огляд, флуоресцентна діагностика.
 - Цифровий аналіз новоутворення та скарги хворих.
- Що таке кінцевий діагноз?
 - Висновок клінічних і морфологічних даних.
 - Дані клінічних досліджень.
 - Морфологічні дані.
- Основна структура онкологічного діагнозу.
 - Морфологічна структура G, локалізація межі TNM-зони ураження.
 - Визначення межі ураження.
 - Визначення TNM.
- Залежність ефективності лікування від стадії злоякісного захворювання шкіри.
 - T1, T2 — хірургічне лікування + променева терапія.
 - T1, T2, T3 — променева терапія + хірургія або хірургія + променева + кріотерапія.
 - T3, T4 — симптоматична терапія.

Правильні відповіді: 1 (В), 2 (В), 3 (Б), 4 (А), 5 (А), 6 (В) 7 (А), 8 (А), 9 (Б), 10 (А), 11 (А), 12 (Б).

Література

1. Диагностическая дерматоскопия. Иллюстрированное руководство: пер. с англ. / под ред. Кубановой А. А. — М., 2013.
2. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Базально-клітинний рак шкіри. Наказ МОЗ України від 28.03 2016 № 246 [Електронний ресурс]. — Режим доступу: http://mtd.dec.gov.ua/images/dodatki/2016-246-BRshkiry_2016246_YKPMDBKR.pdf

Додаткова література

1. Клинико-практическое руководство Общенациональной сети по борьбе против рака (NCCN). США. 2012.

Розділ VI

МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ЗІ ЗЛОЯКІСНИМИ НОВОУТВОРЕННЯМИ ШКІРИ ЗОВНІШНЬОГО НОСА, ВУХА ТА ТУЛУБА

Статистика свідчить, що базальноклітинний і плоскоклітинний рак складає близько 70–75 % випадків з усіх злоякісних новоутворень шкіри, які практично не дають метастазів. Але ці злоякісні пухлини володіють властивістю рецидивувати. Тому із усіх злоякісних пухлин шкіри найбільш небезпечною і агресивною формою є злоякісна меланома, яка рано і швидко метастазує в організмі хворого та призводить до смерті.

І тому серед захворювань шкіри будь-якої локалізації слід виділяти новоутворення, які потребують cito-діагностики та проведення невідкладного (ургентного) лікування, і захворювання, які підлягають плановій діагностиці та лікуванню.

Такий підхід, звичайно, умовний, адже при наявності постійного фізичного подразника може проявитися агресивність зростання в розмірах будь-якої пухлини, і тоді планова терапія стає ургентною (невідкладною).

Спеціальне протипухлинне лікування пацієнтів з базальноклітинним і плоскоклітинним раком та меланою шкіри здійснюється виключно у закладах спеціалізованої медичної допомоги.

Основним способом лікування злоякісних новоутворень є хірургічний з морфологічним вивченням країв резекції, тому що неадекватне висічення може призвести до виникнення пролонгації або рецидиву.

Найбільш проблемними зонами для хірургічного лікування при злоякісних новоутвореннях шкіри є нижня повіка, кут ока, хрящі носа, зовнішній слуховий прохід.

Сьогодні крім хірургічного способу лікування злоякісних пухлин шкіри — можливо використовувати фотодинамічну терапію, лазерну терапію та електрокоагуляцію пухлини, близькофокусну рентгенотерапію, електронну брахітерапію, кріодеструкцію і поліхіміотерапію (системну і місцеву).

Для визначення методу лікування потрібно провести морфологічне дослідження (біопсію), що дозволить визначити клінічну стадію захворювання і скласти план лікування.

Наприклад:

I — Язва або пухлина рухома, розміром до 2 см, клінічно не метастазувала.

II а. Пухлина більше 2 см, проростає в глибину шкіри і метастазує регіонарно в лімфатичні вузли.

III а. — Варіанти:

1. Пухлина великих розмірів, обмеженої рухомості, не поражає хрящі, кістки і без метастазів.

2. Пухлина та ж з МТС в регіональні лімфовузли.

3. Розповсюджена пухлина шкіри, з проростанням в хрящі і кістки.

4. Пухлина невеликого розміру, але маюча віддалені метастази.

IV — Розповсюджена пухлина шкіри, з проростанням в хрящі і кістки та метастазами в регіонарні лімфовузли.

Принципи лікування злоякісних новоутворень шкіри:

1. Виключення або зменшення пролонгованої дії шкідливих факторів, які слугують профілактикою розвитку злоякісних новоутворень.

2. Не призначати пацієнтам фізіотерапевтичні процедури на ділянки ураження шкіри та збільшених лімфатичних вузлів до верифікації процесу і в невизначених станах.

3. Під час обстеження та спеціального лікування сприяти виконанню пацієнтом всіх рекомендацій онколога та інших спеціалістів.

Всесвітнім стандартом лікування злоякісних пухлин шкіри є хірургічний спосіб, якій полягає у повній резекції пухлини і регіонарного метастазу за стандартами радикалізму.

Основна мета хірургічного лікування — це ліквідація пухлини та максимальне збереження функції і косметики органу хворого.

Сьогодні дійсно хірургічне лікування переважно дає найефективніший та найкращий результат повного одужання.

6.1. ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ТА МЕДИКАМЕНТОЗНА ТЕРАПІЯ

За даними літератури і за нашими даними — застосування лазерного, гальвано- і кріодеструкції в комплексі з хіміопроменевими методами малоефективні, оскільки пролонгація процесу і рецидиви зберігаються на високому рівні. Відомо, що хіміопроменеве лікування в комплексі з кріодеструкцією пов'язане з безліччю ускладнень,

таких як нейтропенія, електролітні порушення, мукозит і в цілому з низькою ефективністю.

Але сьогодні потрібно використовувати увесь лікувальний арсенал для рішення проблеми онкологічних захворювань шкіри з метою повного одужання, збільшення тривалості безрецидивного періоду та покращення якості життя хворого.

Тому пошук ефективних методів лікування злоякісних новоутворень шкіри залишається актуальним.

Сьогодні в Інституті отоларингології ім. професора О. С. Коломійченка та нашій клініці основним методом лікування злоякісних та доброякісних новоутворень є хірургічний спосіб. Але ми теж використовуємо гальвано- і кріодеструкцію при невеликих новоутвореннях та фотодинамічну терапію.

Наведемо приклади.

Приклад 1. В дослідження було залучено 100 хворих з новоутвореннями шкіри обличчя та тулуба. Діагностика і лікування виконувалося в умовах ЛОР-відділення в період 2016–2020 рр. Всім пацієнтам проводилося всебічне клінічне обстеження: вивчення анамнезу (тривалість виникнення новоутворення шкіри, зміна кольору, розміру та форми), тобто оцінювали клінічну семіотику. Хворі консультувалися в онкодерматолога і онколога.

Хворі були розподілені на дві групи по 50 пацієнтів в залежності від форми росту пухлини, локалізації і метода об'єктивної візуалізації межі розповсюдження новоутворення під час хірургічного видалення.

Перша група — 50 хворих. З них 25 хворих зі злоякісними утвореннями обличчя і друга частина — 25 хворих зі злоякісними захворюваннями шкіри тулуба, які об'єднані в одну групу і яким проводилося хірургічне видалення новоутворення в межах здорових тканин з визначенням межі ураження за допомогою флуоресцентної візуалізації. «Фотолон» вводили в режимі внутрішньовогнищево в дозі від 1,0 до 3 мг/кг маси тіла протягом 3–5 хвилин. Результат оцінювали через 50 хвилин або годину.

З метою профілактики інтраопераційного метастазування і гемостазу за 5 хвилин до операції під основу пухлини вводили анемізуючий розчин Кляйна (розчин 1 % Lidocaine + 2–3 краплі розчину Adrenaline). Кількість розчину Кляйна залежала від площі пухлинного ураження (в середньому використовували від 5,0 до 10 мл). Розчин Кляйна призводив до спазму кровоносних та лімфатичних судин, що викликало гемостаз. Далі проводили видалення пухлинного уражен-

ня із урахуванням коефіцієнта радикалізму в межах кольорового забарвлення країв резекції.

Глибина висічення визначалася зоною забарвлення темно-зеленого кольору. Розмір пухлинного ураження складав від 1 x 3 до 8 x 10 см. Час операції — одна година. Методика розроблена нами і отримано патент на корисну модель № 140271 від 10.02.2020 і патент на винахід № 122888 від 13.01.2021.

Друга група — 50 хворих. З них 25 хворих зі злоякісними утвореннями обличчя і 25 хворих зі злоякісними захворюваннями шкіри тулуба, які також об'єднані в одну групу, але хірургічне лікування проводилося в межах здорових тканин (під контролем зору), відступивши на 1,5–2 см від країв пухлини із одночасним експрес-дослідженням.

З метою профілактики інтраопераційного метастазування і гемостазу під основу пухлини також вводили анемізуючий розчин Кляйна. Глибина висічення визначалася візуально. Експрес-дослідження показали відсутність злоякісних клітин країв резекції. Час операції — одна година і 30 хвилин — морфологічне експрес-дослідження.

У 3 (20 %) хворих першої групи з екзофітним ураженням зовнішнього носа хірургічне втручання закінчилося повним його видаленням у зв'язку з розповсюдженням пухлини на хрящову (cartilágines triangulares) та кісткову тканину (os nasales, мал. 35). Від пластичного реконструктивного закриття дефекту хворі відмовилися, залишившись задоволеними якістю життя.

Через два роки у 4 (26,6 %) хворих першої групи діагностовано поверхневий рецидив раку шкіри на межі хрящового і кісткового відділів, розміром до 1,3 см, зірчастої форми. Хворим було проведено хірургічне лікування з пластичним закриттям дефекту місцевими тканинами. Післяопераційний період проходив без ускладнень. Спостереження протягом 3 років ознак рецидиву та метастазування не виявило, тобто 3-літня виживаність склала 100 % хворих.

У хворих другої групи ознак рецидиву не було в термін спостереження: 3 і 6 місяців, рік і три роки, якість життя була задовільна.

Статистичну обробку результатів дослідження проведена з застосуванням критерію відношення двох пропорцій (z) і проведена за допомогою програми «Primer Biostatistics» (США).

Методика флуоресцентної візуалізації межі пухлинного ураження проводилася за допомогою деяких технічних комплексів LESA-01-BIOSPEC. В якості джерела опромінення для збудження флуорес-

ценції фотосенсибілізатора використовували опромінення He-Ne лазера — 630–633 нм (мал. 60).

Дослідження проводили під прямим кутом до об'єкта при легкому торканні оптоволоконного світловода. Отримані результати шляхом точкового вимірювання спектрів тканин центрів і периферії пухлинного ураження, а також візуально здорових частин шкіри аналізуються за формою, величиною і амплітудою сигналу, визначається площа інтенсивності флуоресценції (S2) і площа віддзеркаленого від тканин лазерного опромінення (S1), а також їх відношення (S2/S1). Це і є коефіцієнт радикалізму. За відношенням показників (S2/S1) оцінювали рівень флуоресценції різних частин шкіри (наприклад, центр і периферія пухлини та здорова шкіра), що дозволяє визначити накопичення препарату в тканинах самої пухлини і у випадках розповсюдження злоякісного процесу.

Додатково проводили дослідження усієї зони ураження. З цієї метою використовували матричний світлодіодний опромінювач (довжина хвилі 665 нм, потужність опромінення 40 мВт/см²) із відеоспостереженням.



Мал. 60. а) Фотосенсибілізатор «Фотолон»; б) LESA-01-BIOSPEC для опромінення He-Ne лазера — 630–633 нм

Диференційними критеріями ступеня накопичення «Фотолону» було кольорове забарвлення пухлинного ураження, яке спостерігалося через 50 хвилин або годину. «Фотолон» накопичувався у клітинах

пухлини і давав кольорове забарвлення темно-зеленого кольору, яке через годину ставало насиченим та чітко визначало межі пухлинного ураження (мал. 53). Якщо освітити лазерним променем зону пухлинного ураження, то вона набуває насиченого фіолетового кольору у зоні найбільшого ураження, а по периферії малинового (мал. 55, 56). В порівнянні з візуалізацією без опромінення межі пухлинного ураження не змінювалися. Тому опромінення не є обов'язковим, воно тільки підтверджувало межі ураження. Після чого було наведено кольорові межі пухлинного ураження олівцем — діамантовим зеленим. І тільки після цього проводили хірургічне висічення пухлини по зовнішньому контуру межі діамантового зеленого та забарвленої тканини вдовж пухлини.

У хворих, у яких пухлинне ураження видалювалося за допомогою флуоресцентної візуалізації, і у хворих в межах здорових тканин, відступивши на 1,5–2 см від країв пухлини, із одночасним експрес-дослідженням, післяопераційний період проходив без ускладнень і був задовільним у обох об'єднаних групах хворих, на 8-му добу були зняті шви.

Морфологічний результат дослідження країв резекції у всіх хворих був негативним, тобто на краях резекції неоклітинного ураження не було, і тільки після цього за можливості проводили пластичне укріплення дефекту.

Таким чином, рецидив у групі хворих, яким здійснювали оперативне втручання без візуалізації за допомогою фотосенсибілізації «Фотолоном» межі пухлини, склав 26,6 % (4 із 15 хворих), що достовірно перевищувало відповідний показник у групі пацієнтів, яким видалення пухлини здійснювали за умов зазначеної візуалізації (0 із 15 хворих, $z=2,091$; $P=0,037$).

За показником рецидиву у віддаленому періоді визначено достовірне зниження відмінностей в групі № 2 порівняно з групою № 1 ($z=2,091$, $P=0,037$).

Але усі висновки щодо лікування повинні прийматися залежно від кожного індивідуального випадку та побажань пацієнта. Звичайний строк і параметри розмірів пухлинного ураження можуть бути змінені.

Дійсно, на першому етапі хірургічне лікування переважно дає найефективніший та найкращий результат повного одужання.

Так, стандартом лікування у Німеччині і в країнах Європи теж є хірургічне, яке полягає у повній резекції пухлини із проведенням циклу поліхіміотерапії після операційної верифікації, тобто введення

хіміопрепаратів, які мають протипухлинну дію, що порушує подальший розвиток ракових клітин та їх рецидив на основі гістологічного дослідження.

У Європі при операції на обличчі (в області очей, носа і губ) використовується мікрографічна хірургія Мокса, коли неможливо оцінити межі розповсюдження пухлинного ураження. Цим методом пухлина цілком видалюється в межах здорових тканин під зоровим оглядом, що слугує профілактикою рецидиву і є стандартом радикалізму.

Для радикального видалення пухлини методом Мокса проводять експрес-контроль (дослідження) видалених шарів резекції, але для цього постійно потрібен патоморфолог. Проте у цього методу є недолік. Так при заморозці виникають водні кристали, які можуть викликати розрив тканини, що погіршує можливість оцінки радикального видалення пухлини і тому виникає запитання, чи потрібний постійний морфолог та ці дослідження.

Другим методом лікування злоякісних новоутворень шкіри є використання топічної медикаментозної терапії базаліоми шкіри за допомогою фотодинамічної терапії. Пацієнту вводять внутрішньовенно або в область пухлини фотосенсибілізатор «Фотолон», який накопичується в ракових клітинах, що підвищує їх чутливість до світла. Потім на зону пухлини діють лазером, який не пошкоджує здорові клітини.

Також у комплексі проводять імунотерапію використовуючи інтерлейкін-2 і IFN- α , які володіють імуностимулюючою дією, і можуть попереджати розвиток метастазів за рахунок посилення природного захисту організму.

Інші методи, які можуть використовуватися в лікуванні злоякісних новоутворень шкіри

Ці методи можуть використовуватися тільки в залежності від морфології та стадії розповсюдження, але в більшості випадків з паліативної метою. Так, лазерну та електрокоагуляцію пухлини проводять тільки при малому розмірі пухлини (менше 1 см).

Променева терапія: наприклад, близькофокусна рентгенотерапія показана пацієнтам з протипоказанням до хірургічного лікування за локалізацією і з алергією до анестетиків, з тенденцією до формування келодних рубців.

Фотодинамічна терапія показана при базаліомі шкіри та при поверхневих й інфільтративних злоякісних новоутвореннях шкіри.

Кріодеструкція забезпечує задовільний ефект в 97 % випадків. Вузликові великі утворення зрізуються і потім проводиться кріодеструкція.

Місцеві цитостатики 5 % крем 5-фторурацилу 2 рази на день протягом декількох тижнів, ін'єкції інтерферону.

Існує ще метод — електронна брахітерапія — метод лікування за допомогою точкової променевої терапії пухлини.

В нашій клініці проводиться лікування різними способами хірургічного видалення, яке доповнюється іншими методами у випадках остаточних пухлин та рецидивних станів:

1. Кріодеструкція — видалення пухлини шляхом заморожування за допомогою рідкого азоту. Особливо ефективно на ранніх стадіях розвитку хвороби. Код 7R.

2. Лазерна деструкція — для видалення новоутворення використовується лазерне опромінення. Також використовуються фотоактивні речовини, які вводяться в організм, а потім активізуються лазером, що знешкоджує злоякісні клітини. Код FL 7.03.

3. Променева терапія — звичайно доповнює хірургічний метод лікування. Використовується точково, коли здорові тканини не пошкоджуються. Код Y84.2

4. Хіміотерапія — введення препаратів, які припиняють ріст пухлини і руйнують ракові клітини. Код Z 51.1

5. Імунотерапія — використовуються препарати інтерлейкін-2, IFN-A і протефлазід, які справляють імуностимулюючу дію і запобігають розвитку метастазів за рахунок посилення природного захисту організму.

6. Противірусні засоби прямої дії: протефлазід (Proteflazidum). Код АТХ JO5AX. Препарат попереджає рецидиви захворювання та пролонгує період ремісії. Препарат призначається під час променевої, хіміотерапії, кріотерапії і лазерної деструкції. Призначається по 15 крапель два рази на добу протягом 1–1,5 місяців за 10–15 хвилин до їжі.

Таким чином, для проведення хірургічного лікування за радикальної програмою із визначенням межі пухлинного ураження або для проведення фотодинамічної терапії використовуємо діагностику межі ураження за допомогою флуоресцентного способу та призначення протефлазиду в якості антивірусної дії та модулятора апоптозу. Протефлазід підсилює дію апоптозіндукуючих речовин та активує каспазу, чим сприяє елімінації уражених вірусом клітин.

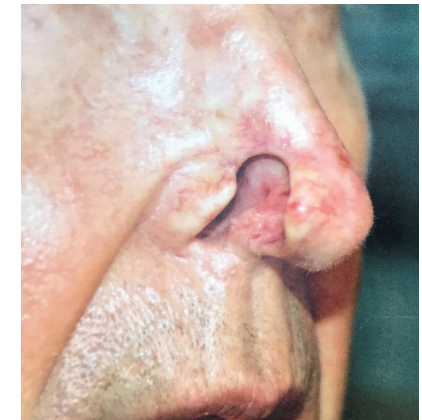
Особливо злоякісні процеси, які мають виражений інфільтративний ріст і схильні до рецидивування, вимагають обов'язкового визначення межі пухлинного ураження за методом флуоресцентного способу для проведення радикального хірургічного лікування.

Але вибір методу лікування все ж залежить від гістотипу пухлини, від загального стану хворого і зони ураження та від стадії захворювання.

Так, ми підкреслюємо, що при G1, G2, G3 і меланомі шкіри найбільш поширеним методом лікування є хірургічне видалення пухлини. Хірургічне лікування полягає у видаленні самої пухлини і в разі необхідності видаленні метастазів регіональних лімфатичних вузлів при їх наявності.

Всі висновки з вибору методу лікування повинні прийматися залежно від кожного індивідуального випадку та побажань пацієнта.

Клінічний приклад: у хворого рак крила зовнішнього носа (G2), після хірургічного лікування — резекції крила носа (мал. 61) сформований дефект крила зовнішнього носа, стан через 6 місяців після хірургічного видалення пухлинного ураження і променевої терапії свідчить про відсутність рецидиву пухлини і можливого хірургічного втручання з метою пластичного закриття дефекту.



Мал. 61. Стан крила носа після комбінованого лікування раку шкіри

Хіміотерапія (медикаментозне лікування) раку шкіри полягає у прийомі різних препаратів, що знищують ракові клітини або підвищують імунну активність у боротьбі з захворюванням.

За даними літератури поліхіміотерапія використовується при усіх типах злоякісних новоутворень шкіри. **Але в історії раку шкіри хіміотерапія як самостійний метод лікування не мала успіху у світовій клініці, тому ми ніколи не проводимо лікування за радикальною програмою з використанням тільки хіміотерапії.**

В якості самостійної терапії у хворих зі злоякісними новоутвореннями шкіри хіміотерапія використовується тільки з паліативною метою.

Так хіміотерапія призначається в післяопераційному періоді в якості профілактики можливого рецидиву і тоді лікування буде за комплексною програмою. Хіміотерапія при раку шкіри практично застосовується з використанням спеціальних кремів та спеціальних мазей, до складу яких входять цитостатичні препарати.

Основні препарати, що застосовуються для лікування раку шкіри: 5-фторурацил, інтерферон, іміквімод, альдеслейкін, дакарбазин та протеклазид.

Сьогодні хіміотерапія як самостійний метод лікування злоякісних новоутворень шкіри не використовується, крім лікування меланоми.

До медикаментозної терапії, яка призначається як супровід лікування, — це детоксикаційна терапія: реосорбілакт, неогемодез, біоцрулін, вітамін С, протеклазид та ін.

6.2. ПРОМЕНЕВА ТЕРАПІЯ

Радіотерапія полягає в опроміненні конкретної ділянки шкіри, яка утворилася пухлиною, — це рентгентерапія.

Променева терапія дозволяє в післяопераційному періоді знищити ракові клітини, які, можливо, не були видалені під час проведення операції. Але променева терапія діє і навколо пухлинного вогнища, тобто променева терапія діє негативно на здорові тканини і тому потрібно призначити її обґрунтовано.

Променеву терапію при базальноклітинному та плоскоклітинному раку потрібно також проводити у випадках локальної неоперабельності, тобто враховуючи розмір, розповсюдженість і місцезнаходження пухлини та супутні захворювання пацієнта, які відображають загальний стан і які не дозволяють провести лікування за радикальною програмою.

Але у випадках низької чутливості новоутворення до променевої терапії або у випадках розповсюдженого раку проводиться тільки хірургічне лікування з використанням шкірної пластики для закриття дефектів. При наявності метастазів у лімфатичних вузлах проводиться видалення лімфатичного колектора. Включення променевої або рентгентерапії до хірургічного компонента є комбінованим лікуванням. Призначення протеклазиду в якості антивірусної дії та модулятора апоптозу, що підсилює дію апоптозіндукуючих речовин та активує каспазу 9, сприяє елімінації уражених вірусом клітин.

6.3. КРІОТЕРАПІЯ (ОРГАНІЧНИЙ АЗОТ)

За останні 50 років широко використовується метод кріодеструкції (кріотерапія) пухлини.

Кріотерапія є методом, який не використовується як самостійний метод і частіше використовується при резидуальних пухлинах після хірургічного або променевого методу лікування. Кріохірургія також проводиться при базаліомах і невеликих та поверхневих клітинних карциномах з використанням рідкого азоту (прямий контакт, температура зони кріотерапії досягає мінус 190 °С).

Експозиція кріоаплікатора різна, що залежить від розміру та виду росту пухлини. Так, при екзофітному рості три цикли по 2,5 хвилини, при ендофітному — до 1,2 хвилини, при інфільтративному — 2 хвилини.

Для проведення кріотерапії використовують кріоаплікатори різної модифікації. Ми використовуємо аплікатор із круглим наконечником, тобто кріозонд з діаметром наконечника — 1 см.

Метою кріотерапії є повна деструкція пухлини в межах здорової тканини. Але використання кріотерапії, як самостійного методу при меланомі шкіри малоефективне, тому що захворювання є системним, агресивним і спостерігається метастазування у віддалені органи.

Таким чином, лікування злоякісних пухлин шкіри обличчя та тулуба при G1 і G2 і при розповсюдженому процесі повинно бути комбінованим (операція + ДГТ на зони регіонального метастазування), при G3 лікування комплексне, при меланомі: операція + хіміотерапія.

Крім комбінованого і комплексного лікування при резидуальній пухлині можливо використання кріотерапії і фотодинамічної терапії як самостійних методів.



Мал. 62. Кріоаплікатор

Медикаментозна терапія — антибактеріальна та симптоматична терапія, яку потрібно призначати в комплексі з основним лікуванням.

Призначення медикаментозної терапії дозволяє провести хірургічне втручання з найменшим ускладненням. Але у цих випадках потрібна особлива обережність їх призначення.

Таким чином, злоякісні пухлини обличчя та тулуба на пізніх стадіях є розповсюдженим та складним ураженням, результат хірургічного лікування залежить від локалізації, форми росту, морфології і об'єктивної візуалізації. Тому потрібно визначити ефективність певної методики і при локалізації, потрібно використовувати радикальні методи хірургічного втручання. Ми у всіх випадках та особливо розповсюджених ураженнях при G2 і G3 проводимо хірургічне видалення пухлинного ураження.

Через 2 або і 3 місяці при необхідності у зв'язку з рецидивом проводимо симптоматичну терапію з призначенням протезу флуориду.

Отримані результати є корисними для підвищення якості хірургічного втручання та життя хворих, а також можуть бути використаними при виборі якісної діагностики межі пухлинного ураження.

Тому принципи та коефіцієнт хірургічної оцінки країв при видаленні злоякісних пухлин обличчя і тулуба у хворих, у яких межі злоякісного ураження були чіткі при флуоресцентній візуалізації і оцінювалися за насиченим фіолетовим кольором у зоні найбільшого ураження, а по периферії малиновим.

Коефіцієнт хірургічної оцінки країв при видаленні злоякісних пухлин обличчя і тулуба у хворих, межі яких визначалися відступом від країв пухлин під контролем зору, склав 1,5–2 см.

Принципи і коефіцієнт хірургічної оцінки країв при широкому видаленні первинної меланоми

Товщина пухлини	Клінічно рекомендований край пухлини
In situ	0,5 –1 см
≤ 1,0 мм	1,0 см
1,01–2 мм	1 –2 см
2,01–4 мм	2,0 см
>4 мм	2,0 см

Дисекція регіонарних лімфатичних вузлів повинна бути адекватною.

Насамперед, обов'язкове повноцінне видалення ураженого басейну ЛВ в анатомічних межах; для первинних меланом голови та шиї з

клінічно або мікроскопічно позитивними ЛВ у привушній слинній залозі рекомендується поверхнева паротидектомія та відповідна дирекція шиї.

Хворим з IV ст. злоякісних захворювань шкіри потрібно проводити симптоматичну терапію і при можливості кріотерапію.

6.4. ФОТОДИНАМІЧНА ТЕРАПІЯ (ФДТ)

Фотодинамічна терапія, в основі якої є взаємодія світла визначеної довжини хвилі з молекулами фотосенсибілізатора (ФС), заздалегідь введеного в пухлину, малоефективна.

Така методика потребує присутності достатньої кількості кисню для фотохімічної реакції з формуванням високоактивних форм кисню і вільних радикалів, які могли б викликати загибель пухлини.

Однак метод ФДТ має обмеження: по-перше, глибина дії залежить від проникнення світла через тканини, яка складає 3–5 мм (для червоного світла), по-друге, складність дозиметрії світла (у міру видалення від постачальника щільність світлової енергії падає) і тому є пряма залежність активності фотохімічних реакцій від насичення тканин пухлини киснем.

Епітелізація рани і повне затухання реактивних запальних явищ при ФДТ наступають через 2–3 тижні, а при інтраопераційній ФДТ — через 4–6 тижні. ФДТ як самостійний радикальний метод лікування найбільш ефективний при використанні у разі поверхневих, інфільтративних та екзофітних розповсюдженнях пухлинного ураження, тому що проникнення червоного світла достатньо і післяопераційний період протікає задовільно. ФДТ при ендофітних, тобто при глибоких ураженнях шкіри неефективна, тому що проникнення червоного світла недостатньо і лікувальний ефект буде незадовільний. Хоча використання ФДТ при розповсюджених процесах можливе з паліативною метою.

Приклад радикального використання метода ФДТ при поверхневому ураженні шкіри зовнішнього носа (мал. 63).

На малюнку показано повне одужання шкіри через два тижні.

Таким чином, епітелізація зони дії ФДТ в порівнянні із хірургічним видаленням пухлини збільшується до 6 тижнів. Тому потрібно визначитися з можливістю провести хірургічне лікування за коефіцієнтом радикалізму, яке закінчується через 6–7 днів, і ФДТ за 6–7 тижнів.



Мал. 63. Етапи дії ФДТ при базаліомі шкіри зовнішнього носа

Питання для самоконтролю

1. Які способи лікування пухлинних уражень шкіри вам відомі?
 А) Хірургічні, променеві, фотодинамічна, хіміо- і кріотерапія.
 Б) Променевий і кріотерапія.
 В) Хіміотерапія.
2. Який спосіб лікування є найефективнішим?
 А) Хірургічний.
 Б) Комбінований.
 В) Комплексний.
3. Який спосіб лікування можливо використати самостійно?
 А) Хірургічний при G1 і G2.
 Б) Кріотерапія та променева терапія.
 В) Фотодинамічна терапія при G3 і резидуальних пухлинах.
4. Для проведення ФДТ необхідно:
 А) Амінокислоти.
 Б) Кисень.
 В) Вуглевод.
5. Які способи лікування можливо використати з паліативною метою?
 А) Кріотерапія, променева та фотодинамічна терапія.

- Б) Фотодинамічна терапія.
 В) Хіміотерапія.

Правильні відповіді: 1(А), 2(А), 3(А), 4(Б), 5(А).

Література

1. Пасс Х. И. Фотодинамическая терапия в онкологии: механизмы и клиническое применение // Физическая медицина. — 1993. — Т. 3, № 3–4. — С. 5–22.
2. Фотодинамічна терапія — сучасний ефективний метод лікування базальноклітинного раку шкіри / Б. В. Литвиненко, С. І. Коровін, О. І. Літус та ін.; Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика МОЗ України, м. Київ, Національний інститут раку МОЗ України, м. Київ; Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава // Клінічна хірургія. — 2016.
3. Рябов М. В. Опыт фотодинамической терапии базальноклеточного рака кожи размерами, соответствующими символу T2 / М. В. Рябов, Е. Ф. Странадко // Фотодинамическая терапия: материалы Всерос. симп. — М., 1999. — С. 56–65.

Додаткова література

1. Клинико-практическое руководство Общенациональной сети по борьбе против рака (NCCN). США. 2012.

6.5. КОМБІНОВАНЕ ТА КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ПУХЛИН ШКІРИ

Радикальне лікування має складатися з комбінованого лікування, але це залежить від стадії захворювання та стану хворого. Так, при розповсюдженішому процесі раку шкіри лікування повинно бути комбінованим (операція + ДГТ) або комплексним, тобто сполучення кількох методів лікування. В цих випадках сполучення методів лікування можливо досягти доброго результату.

Сьогодні основне лікування злоякісних новоутворень шкіри — це хірургічне і з профілактичною метою призначається променева тера-

пія на зони регіонарного метастазування. Відомо, що розповсюджений ПК шкіри обличчя дає метастазування в лімфатичні вузли шиї. Тому лікування може бути комбінованим.

Хірургічне лікування полягає у видаленні новоутворення в межах здорових тканин, але при необхідності одночасно проводимо реконструктивно-пластичну операцію з променевою терапією.

Але терапія супроводу повинна бути обов'язково, це терапія, яка призведе до детоксикації організму хворого, що дозволить покращити якість життя.

Терапія супроводу лікування хворих на злоякісне утворення шкіри

Протефлазид — *proteflazidum* (флавоноїди) — лікарський засіб, затверджений наказом Міністерством охорони здоров'я України № 104 від 17.02.2016 р.

Протефлазид пригнічує реплікацію ДНК та РНК вірусів *in vitro* та *in vivo*. Володіє протівірусною дією при папіломавірусах, ВІЛ-інфекціях та інших вірусах. Доведено, що механізм прямої протівірусної дії полягає в інгібуванні вірусоспецифічних ферментів ДНК та РНК полімераз, тимідинкінази, зворотної транскриптази і нейрамінідази. Препарат має імунотропні властивості, захищає слизові оболонки, нормалізуючи показники місцевого імунітету (лактоферин, секреторний імуноглобулін А, лізоцим).

Встановлено, що препарат є індуктором синтезу ендогенних альфа- та гамма-інтерферонів до фізіологічно активного рівня, що підвищує неспецифічну резистентність організму до вірусної та бактеріальної інфекції.

Препарат має антиоксидантну активність, інгібує перебіг вільнорадикальних процесів, тим самим запобігає накопиченню продуктів перекисного окислення ліпідів, посилюючи антиоксидантний статус клітин, та зменшує інтоксикацію.

Протефлазид використовується й у складі комплексної терапії захворювань, викликаних папіломавірусною інфекцією, в тому числі онкогенними штамми. Нами протефлазид призначається при всіх формах раку шкіри, протягом 1–3 місяців. Протефлазид призначали по 15 крапель 2 рази на добу, за 15 хвилин до їжі.

Особливості застосування препарату. Випадки передозування невідомі, але можливий розвиток побічних ефектів з боку шлунково-кишкового тракту й алергії. Тому перед прийомом препарату треба уважно прочитати інструкцію.

Детоксикаційна терапія показана для нейтралізації агресивних окисних радикалів, накопичених в організмі, та в якості відновлення гомеостазу. З цієї метою призначають різні препарати, які відновлюють функцію організму.

Реосорбілакт (Rheosorbilact) вводять дорослим внутрішньовенно струменево або краплинно.

При травматичному, опіковому, післяопераційному і гемолітичному шоку — по 600–1000 мл (10–15 мл/кг маси тіла) одноразово і повторно, спочатку струменево, потім — крапельно.

При інтоксикаціях і гострій крововтраті — 1500–1800 мл (до 25 мл/кг маси тіла) крапельно, повторно.

У передопераційному періоді і після різних хірургічних втручань — в дозі 400 мл (6–7 мл/кг маси тіла) крапельно, одноразово або повторно, щоденно протягом 3–5 днів.

При тромбоемболізуючих захворюваннях кровоносних судин — із розрахунку 8–10 мл / кг маси тіла, крапельно, повторно через день. Курс лікування — до 10 інфузій.

Дітям у віці до 6 років рекомендується введення препарату в дозі з розрахунку 10 мл/кг маси тіла; у віці від 6 до 12 років — в дозі, яка становить половину дози для дорослих; дітям старше 12 років доза препарату така ж, як і для дорослих.

Неогемодез (Neohemodes) Вводять внутрішньовенно, крапельно, зі швидкістю 20–40 крапель за хвилину. Перед введенням розчин підігривають до 35–37° С. Введення препарату, особливо при важкому стані хворого, вимагає контролю лікаря. Для дорослих разова доза становить 400 мл; для дітей у віці 6–9 років — до 100 мл; 10–15 років — до 150 мл. Повторні інфузії неогемодезу здійснюються за показаннями, але не раніше, ніж через 10–12 годин після його попереднього введення. Курс лікування — не більше 5 діб.

Глутаргін (Glutargin) Препарат призначають дорослим внутрішньовенно.

Гепатити, гіперамоніємія, інтоксикація. Вводити краплинно 2 рази на добу по 50 мл (2 г) на 150–250 мл 0,9 % розчину натрію хлориду або 5 % розчину глюкози зі швидкістю 60–70 крапель за хвилину. У тяжких випадках добову дозу препарату підвищувати до 150–200 мл (6–8 г). Курс лікування — 5–10 діб. Найвища добова доза — 200 мл (8 г).

Відновна терапія організму сприяє відновленню усіх функцій шкіри та організму, що задовольняє тактиці лікування. Але потрібно

постійне спостереження за шкірою, щоб не було рецидиву. На жаль, при розповсюдженому процесі раку шкіри незалежно від локалізації може спостерігатися пролонгація або рецидив злоякісного ураження шкіри і тому слід проводити постійне спостереження протягом перших 3 місяців.

6.6. ПРОГНОЗ ЗЛОЯКІСНОГО УРАЖЕННЯ ШКІРИ ЛЮДИНИ

Незважаючи на те, що ці захворювання належать до зовнішньої патології, небезпека їх перебігу та ускладнень дуже велика.

Прогноз злоякісних захворювань шкіри у вигляді базальноклітинного і плоскоклітинного раку, а також меланоми шкіри безпосередньо залежить від своєчасної діагностики, локалізації, ступеня поширення пухлини, тобто межі ураження, та від метода лікування.

У разі метастазування раку в інші органи п'ятирічна виживаність при своєчасному лікуванні становить від 28 до 35 %. Особливо це стосується пухлин шкіри обличчя, які не видалені вчасно, коли злоякісне ураження поширюється на сусідні тканини (органи), включаючи хрящову і кісткову, а також метастазує у віддалені органи: головний мозок, органи зору та легені.

Тому серед новоутворень шкіри будь-якої локалізації слід виділяти новоутворення, які потребують cito-діагностики і підлягають невідкладному лікуванню. Це всі злоякісні новоутворення (БКРШ, ПКРШ, меланома) і доброякісні захворювання, які підлягають плановій терапії. Це залежить від гістотипу і ступеня розповсюдження. Але у всіх випадках хірургічне лікування повинно бути радикальним, тобто має відбутися висічення пухлини в межах здорових тканин.

Такий поділ, звичайно, умовний, адже при наявності постійного фізичного подразника може проявлятися агресивність зростання, і тоді планова терапія стає ургентною.

Базаліома дає найбільш сприятливий прогноз, тому що цей тип раку практично ніколи не метастазує і добре піддається лікуванню. Своєчасне хірургічне видалення базаліоми призводить до повного одужання. Проте іноді протягом п'яти років з моменту її видалення на тілі може виникнути нова пухлина, тому потрібне спостереження.

Плоскоклітинний рак шкіри на початкових стадіях дає також сприятливий прогноз, але при T3 і T4 прогноз незадовільний.

Меланома шкіри є найбільш злоякісним ураженням, прогноз незадовільний при будь-якому способі лікування.

Основна небезпека цієї хвороби полягає в ранньому метастазуванні. Тому раннє лікування є єдиним способом зупинити розвиток хвороби та покращити якість життя.

Вищеописане дозволяє зробити суттєвий висновок.

Від своєчасної диференційної діагностики та лікування БКР, ПКР і меланоми шкіри зовнішнього носа, вуха, тобто обличчя, та тулуба залежить не тільки якість життя, але і саме життя.

Таким чином, прогноз розвитку злоякісного захворювання завжди залежить від ранньої діагностики та морфологічного результату:

— по-перше, рання діагностика захворювань шкіри має рішуче значення для прогнозу захворювання;

— по-друге, у пацієнтів з поверхневим БКР, що належать до групи низького ризику, у яких хірургічне лікування проведено своєчасно, прогноз задовільний;

— по-третє, — хворим з розповсюдженим раковим процесом шкіри, які не підлягають хірургічному лікуванню (протипоказано), можливе проведення симптоматичного лікування у вигляді променевої або хіміотерапії (5-фторуросил, іміквімод), фотодинамічної або кріотерапії. Прогноз у цих випадках завжди незадовільний.

І насамкінець, у окремих пацієнтів з групи високого ризику з множинними первинними пухлинами та меланою шкіри необхідно ретельніше спостерігати після лікування та проводити профілактичні заходи. Прогноз у цих випадках також незадовільний.

Чи залежить прогноз захворювання від клінічного перебігу та способу лікування злоякісного новоутворення шкіри?

Дійсно, клінічно рак шкіри голови і тулуба може протікати не агресивно і мати повільний ріст, що залежить від гістотипу (G) пухлини. Сьогодні слід використовувати увесь лікувальний арсенал для рішення проблеми радикального лікування онкологічних захворювань шкіри.

Відомо, що хіміопроменеве лікування в комплексі з кріодеструкцією пов'язане з безліччю ускладнень, таких як нейтропенія, електролітні порушення, мукозит і в цілому з низькою ефективністю. Тобто хіміопроменеве лікування при раку шкіри малоефективне.

Однак ураження меланоцитів шкіри завжди розвивається за особливо агресивним типом перебігу захворювання, яке носить назву — меланома шкіри, яка проявляється раннім метастазуванням у головний мозок, в орган зору, легені, органи черевної порожнини та ін.

Слід пам'ятати, що об'єктивно меланома шкіри і рак шкіри зовнішнього носа, вушних раковин та тулуба спочатку, тобто на ранніх стадіях розвитку, виглядають майже однаково. З часом колір злоякісного новоутворення може варіювати від яскраво-червоного до сірого з крейдяним білим відтінком або чорним внаслідок некрозу. Зовнішньою рак шкіри може нагадувати навіть звичайний слизовий поліп. Розміри і тип росту новоутворення також можуть варіювати від незначного підвищення над шкірою до вираженого екзофітного росту.

Тому хірургічне лікування слід проводити у вигляді абластичного висічення в межах здорових тканин. Але хірургічне лікування усіх форм злоякісних новоутворень повинно проводитися за правилами, тобто за коефіцієнтом радикалізму (з урахуванням уражених шарів шкіри, що включає і підлеглі тканини), а також із урахуванням кольору і стану країв пухлини, що слугує не тільки профілактикою рецидиву на попередньому місці, але і профілактикою регіонального метастазування.

Таким чином, прогноз захворювання залежить не тільки від своєчасної і ранньої діагностики, але і від коефіцієнта радикалізму хірургічного лікування.

Крім того важливе і необхідне виключення або зменшення пролонгованої дії шкідливих факторів, що слугує профілактикою розвитку злоякісних новоутворень.

Для визначення прогнозу захворювання потрібна якісна діагностика новоутворень шкіри, яка повинна складатися з двох основних моментів, від яких залежить прогноз:

– перший, коли пацієнт самостійно виявляє симптоми захворювання шкіри: наявність новоутворень шкіри без і з пігментацією, зі зміною кольору пігментації, які збільшуються в розмірах, та кровотоцять. Але як правило, хворі звертаються за консультацією та за допомогою лікаря після кровотечі, і з наявністю виразки та інших ознак, тобто вже, можливо, запізно;

– другий складається з даних правильно зібраного анамнезу і об'єктивної оцінки лікаря-онколога. Лікар повинен клінічно визначити ознаки захворювання на основі структури насиченості пігментації (рівномірний або нерівномірний колір), зміни країв пухлинного ураження та розміру з тенденцією до росту.

Але клінічний перебіг раку шкіри із обмеженим і розповсюдженим процесом протікає не агресивно, володіє відносно повільним ростом у 100 % хворих. Хірургічне лікування ефективне у 94 %.

Об'єм і межі висічення пухлини шкіри залежать від клінічного стану країв та кольору пухлини, від ураженого шару шкіри, від флуоресцентної візуалізації і визначається сукупністю об'єктивних ознак: розміром і формою росту утворення (ендофітний або екзофітний).

Меланома шкіри протікає агресивно, у хворих в різні терміни (до року) діагностовано метастази в лімфатичні вузли глибокого яремного ланцюга, в орган зору і головний мозок. Ефективність лікування меланоми склала 0 %.

6.7. РЕЦИДИВИ І МЕТАСТАЗУВАННЯ ЗЛОЯКІСНИХ ПУХЛИН

Статистика свідчить, що базальноклітинний і плоскоклітинний рак складає близько 70–75 % випадків з усіх злоякісних новоутворень шкіри, які практично не дають метастазів. Але ці злоякісні пухлини мають властивість до рецидиву.

Пролонгація і рецидиви раку шкіри та метастазування спостерігаються після лікування на пізніх стадіях розвитку злоякісного новоутворення. Лікування на ранніх стадіях захворювання залежать від морфології пухлини.

Результати лікування на пізніх стадіях первинної злоякісної пухлини і рецидиву залежать не тільки від способу лікування, але і від розповсюдженості ракового процесу.

Так, за даними літератури та за нашими спостереженнями — застосування лазерної і гальванотерапії і кріодеструкції в комплексі з хіміотерапією малоефективні, оскільки рецидиви зберігаються на високому рівні.

Відомо, що клінічно рецидиви після лікування виникають через 6 і більше місяців, що залежить від основної причини розвитку, але потім пов'язані з недбалим ставленням хворого.

Відомо, що рецидив і метастазування раку шкіри супроводжуються симптомами ракової інтоксикації. При симптомах інтоксикації лікарю потрібно турбуватися їх нейтралізацію та визначити необхідні дії до проведення детоксикації і тільки потім при можливості проводити радикальне хірургічне втручання.

При рецидиві, який виникає регіонально, лікарю потрібно визначитися з об'ємом видалення і визначитися з радикальністю втручання. Коли радикальне втручання неможливе, то потрібно проводити інші методи лікування в залежності від стану хворого.

Вибір метода лікування рецидиву залежить від морфології новоутворення. Відомо, що терапія, яка використовувалася для лікування первинної злоякісної пухлини, не завжди ефективна при рецидиві. Тому потрібна повторна морфологічна діагностика рецидиву.

Але лікування, як правило, проводилося етіопатогенетичне із паліативною метою.

Діагностика рецидивів та метастазувань раку шкіри

Об'єктивну клінічну діагностику рецидивів та метастазувань потрібно проводити, як і діагностику первинної пухлини, тобто на основі скарг та інтроскопічних методів. До них слід віднести об'єктивну семіотику та методи СКТ і УЗ-дослідження для визначення диференціювання і визначення та підтвердження розповсюдженості процесу. Кінцева діагностика — морфологічне дослідження для підтвердження рецидиву.

Складність рецидиву і метастазування залежать від морфологічної структури первинної пухлини і своєчасної діагностики.

Так, БКРШ і ПРШ, проліковані на ранніх стадіях розвитку, практично не викликають рецидиву і не дають метастазування.

Найбільш схильною до агресії і рецидивування є меланома шкіри. Відомо, що меланома дає метастази в орган зору, головний мозок, легені та інші органи. На жаль, лікування тільки симптоматичне, але можлива хіміотерапія.

Тому лікування рецидиву або метастазування залежить від часу діагностики і розповсюдженості. При можливості проведення радикального хірургічного лікування потрібно його провести з урахуванням межі ураження. Коли межу розповсюдженості ракового процесу неможливо визначити, то потрібно призначати симптоматичне лікування з метою покращення якості життя хворого, щоб життя було задовільним.

Питання для самоконтролю

1. Від яких факторів залежить прогноз захворювання?
 - А) Від гістотипу (G).
 - Б) Від розповсюдження і гістотипу (G).
 - В) Від розповсюдження.
2. Які пухлини шкіри володіють найагресивнішим ростом?
 - А) Плоскоклітинний рак шкіри.

- Б) Меланома шкіри і слизової оболонки.
- В) Базальноклітинний рак.

3. Від чого залежить пролонгація раку шкіри після хірургічного лікування?
 - А) Від якісного визначення межі ураження, гістотипу і стадії захворювання.
 - Б) Від гістотипу пухлини.
 - В) Від способу лікування.
4. Який прогноз при раку шкіри T1 і T2?
 - А) Агресивний.
 - Б) Сприятливий прогноз та задовільний.
 - В) Задовільний.
5. Який прогноз при T3N1-2 плоскоклітинного раку шкіри?
 - А) Незадовільний.
 - Б) Задовільний.
 - В) Сприятливий прогноз.

Правильні відповіді: 1 (Б), 2 (Б), 3 (А), 4 (Б), 5 (А).

Література

1. Кочнева Е. В. Результаты II фазы клинического исследования фотосенсибилизатора радахлорин у больных базальноклеточным раком кожи, проведенного в Челябинской городской клинической больнице № 1 // Рос. биотерапевт. журн. — 2005. — Т. 4, № 4. — С. 92–95.
2. Цыб А. Ф., Каплан М. А., Молочков В. А. и др. О применении фотодинамической терапии в лечении солитарных и множественных базалиом // Российский журнал кожных и венерических болезней. — 2000. — (4). — С. 4–12.
3. Справочник по онкологии / под ред. С. А. Шалимова, Ю. А. Гриневича, Д. В. Мясоедова. — К.: Здоров'я, 2000. — 558 с.

Додаткова література

1. Клинико-практическое руководство Общенациональной сети по борьбе против рака (NCCN). США. 2012.

УСКЛАДНЕННЯ ЗЛОЯКІСНИХ НОВОУТВОРЕНЬ
ШКІРИ ОБЛИЧЧЯ ТА ТУЛУБА

До ускладнень злоякісних захворювань шкіри слід віднести ракову інтоксикацію і кровотечі. Проте в цілому і рак, і рецидив раку та метастазування раку шкіри супроводжуються різного ступеня симптомами ракової інтоксикації. Ускладнення залежать не тільки від стадії захворювання, гістотипу пухлини та компонентів лікування але і від його клінічного перебігу, тобто від розповсюдженості.

**7.1. РАКОВА ІНТОКСИКАЦІЯ, КРОВОТЕЧА
ТА НЕВІДКЛАДНА ДОПОМОГА**

Ракова інтоксикація може розвинути як на ранніх стадіях злоякісної пухлини, так і на третій або четвертій стадії розвитку, тобто у хворих, які знаходяться на симптоматичному лікуванні. Це залежить від загального імунного стану організму.

Ракова інтоксикація може проявлятися як невизначена втрата маси тіла більше 10 % протягом 6 місяців; також не визначені причини підйому температури тіла вище 38 °С протягом трьох днів поспіль (без ознак запалення) і нічні профузні потовиділення.

При цьому стані (симптомах інтоксикації) потрібно думати про наявність серйозної онкопроблеми. Тому у цих умовах вже необхідна детоксикація і при можливості проведення радикального хірургічного втручання.

Одночасно потрібно визначитися при цих ускладненнях чи є можливість проведення радикального хірургічного лікування?

У разі неможливості радикального хірургічного лікування потрібна симптоматична терапія, яку може призначити лікар-онколог стаціонару або сімейний лікар у поліклініці. Тому для покращення якості життя з метою детоксикації організму слід призначати: реосорбілакт 200,0 або 400,0 в/в протягом 5 діб, вітамін С — 4 мл в/в, розчин глюкози 5 % 400,0, гепаргін (бетаргін) 2 рази на добу, після їжі, протягом 10 днів.

Друге ускладнення — кровотеча, яка може бути вирішальною для життя.

Кровотечі з ракових виразок шкіри і рецидивних пухлин як правило незначні, тобто кровотеча у невеликих об'ємах. Але частіше кровотеча спостерігається з ураженням вторинних судин при розповсюджених процесах їх виразок або після променевої терапії. І тому необхідно знати і вміти використовувати методи невідкладної допомоги в зупинці кровотечі.

При кровотечах після променевої терапії через деякий час може бути профузна ерозивна кровотеча, що є вирішальною в житті хворого.

Інколи достатньо накласти тугу пов'язку. Але така допомога тимчасова у зв'язку з тим, що неможливо зупинити розпад ракового процесу і некротичну дію променевої терапії, кровотечу зупинити при вищевказаних способах неможливо.

Як правило тампонаду потрібно утримувати від 3 до 5 діб із проведенням гемостатичної терапії. Видалити тампони розмочивши 3 % розчином перекису водню. При необхідності тампонаду можливо повторити.

Але взагалі лікування повинно бути системне, шляхом в/в введення гемостатиків: 5-амінокапронової кислоти, 10 % глюконату кальцію, етамзилату (розчин діцінону) 2,0 або 4,0 під контролем артеріального тиску і місцево з використанням губки гемостатичної та тугої тампонади.

Сьогодні широко використовується транексанова кислота (50 мг/хв.) внутрішньовенно. Слід пам'ятати, що транексанову кислоту не можна змішувати з розчинами антибіотиків (пеніциліну та тетрацикліну) і препаратами крові.

Симптоматичне лікування можливо у сімейного лікаря або в онколога.

Але тактика невідкладної допомоги залежить від джерела кровотечі. Інколи доводиться проводити і перев'язку магістральних судин (зовнішніх сонних артерій), особливо при розповсюджених і глибоких ураженнях шкіри обличчя та шиї.

Покази до перев'язки зовнішньої сонної артерії

Хірургічні втручання на шийному судинному пучку, зокрема накладання лігатури на зовнішні сонні артерії, доводиться проводити при кровотечах різного роду, в першу чергу травматичного характеру. Особливого значення набуває перев'язка зовнішніх сонних артерій

для зупинки кровотечі внаслідок поширеного пухлинного процесу. Усі кровотечі в ділянці голови і порожнин лицьового скелета, включаючи і кровотечі з судин твердої мозкової оболонки, за винятком внутрішньочерепних і внутрішньоорбітальних, можуть бути зупинені накладанням лігатури на зовнішні сонні артерії, оскільки всі зазначені відділи васкуляризуються гілками названих артерій.

У клінічній практиці застосовується як одностороння, так і двостороння перев'язка зовнішніх сонних артерій. Однак далеко не завжди, як було зазначено вище, перев'язка однієї зовнішньої сонної артерії забезпечує необхідний гемостаз як при оперативних втручаннях з приводу злоякісних пухлин, так і при травматичних пошкодженнях. Тому в багатьох випадках треба визнати більш обґрунтованою двосторонню перев'язку зовнішніх сонних артерій.

Перш ніж перейти до опису найбільш доцільного способу перев'язки зовнішньої сонної артерії, необхідно нагадати деякі топографо-анатомічні дані.

Загальна сонна артерія на рівні верхнього краю щитовидного хряща ділиться на дві кінцеві гілки — зовнішню і внутрішню сонні артерії. Іноді роздвоєння загальної сонної артерії відбувається вище — на рівні під'язикової кістки, а у деяких людей нижче — на рівні середини щитовидного хряща. Внутрішня сонна артерія за дуже рідкісним винятком не віддає у ділянці шийної жодної бічної гілки, у той час як від зовнішньої сонної артерії на її короткому шляху відходять такі гілки: верхня щитовидна, язична, висхідна глоткова, грудино-ключично-соскова, потилична, зовнішня верхньощелепна, задня вушна, внутрішня верхньощелепна і поверхнева скронева артерії.

Оскільки місцем вибору для перев'язки зовнішньої сонної артерії є проміжок між верхньою щитовидною і язичною артеріями, то необхідно знати, що відстань між ними може бути різною. За спостереженнями Е. Г. Саліщева, відстань коливається між 8 і 35 мм. При достатній довжині цього проміжку лігатуру накладають безпосередньо на даному відрізку судини. Якщо ж відстань між верхньою щитовидною і язичною артеріями дуже мала, то доводиться додатково накладати окрему лігатуру на язичну артерію.

При перев'язці зовнішньої сонної артерії має також певне значення і місце відходження верхньої щитовидної артерії. Е. Г. Саліщев вказує, що вона найчастіше починається на рівні роздвоєння загальної сонної артерії, а іноді навіть вище або нижче цього місця. Нам кілька разів під час операції на шийних судинах доводилося спостерігати

відходження верхньої щитовидної артерії безпосередньо від загальної сонної артерії. Зрозуміло, що такий анатомічний варіант необхідно враховувати при виборі місця для накладання лігатури на судину.

Топографія зовнішньої сонної артерії визначається розташуванням її в так званому сонному трикутнику, обмеженому спереду і зверху заднім черевцем двобрюшного м'яза, спереду і знизу — переднім черевцем під'язиково-лопаточного м'яза і ззаду — переднім краєм грудинно-ключично-соскового м'яза.

Для хірурга дуже важливо знати, що зовнішня сонна артерія від місця свого відходження (на рівні верхнього краю щитовидного хряща) направляєється вертикально догори і скоро ховається під двобрюшним і шилопід'язичним м'язами. Спочатку вона ледь видається з-під переднього краю грудинно-ключично-соскового м'яза. Але вище вона відхиляється від нього і впритул підходить до великого різька під'язикової кістки і піхви підщелепної залози.

Зовнішня сонна артерія розташовується зазвичай попереду і трохи поверхнево відносно внутрішньої сонної артерії. Остання в тому ж напрямку, як і загальна сонна артерія, що йде разом з внутрішньою яремною веною до основи черепа, щоб тут через сонний канал вступити в порожнину черепа.

Необхідно підкреслити, що зв'язок цих двох артерій піддається значним варіаціям. Е. Г. Саліщев вказує, що при відхиленні голови назад внутрішня сонна артерія відсувається далеко назад від зовнішньої сонної артерії. Ми неодноразово могли переконатися в тому, що при правильному напрямку кожного розрізу і відповідному положенні голови оперованого при перев'язці зовнішньої сонної артерії можна навіть не побачити внутрішню сонну артерію.

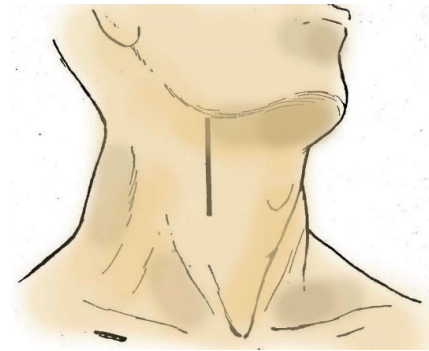
С. П. Коломнін у своїй роботі, що вийшла в 1883 р., відзначає, що при закиданні голови назад спостерігається більш визначна пульсація зовнішньої сонної артерії, бо вона віддаляється від внутрішнього краю грудинно-ключично-соскового м'яза, а при нахилі голови вперед зовнішня сонна артерія переміщується в зворотному напрямку і пальпується під внутрішнім краєм м'яза. Топографія зовнішньої сонної артерії змінюється також при повороті голови в той чи інший бік. Коли людина дивиться вперед, зовнішня сонна артерія розташовується уздовж внутрішнього краю грудинно-ключично-соскового м'яза і ховається під ним, якщо людина повертає голову в протилежний бік.

Внутрішня яремна вена переходить в сонний трикутник тільки своїм внутрішнім краєм, безпосередньо примикаючи ззаду до зо-

внішньої сонної артерії. У цьому місці зовнішню сонну артерію перетинає загальна лицьова вена у вигляді короткого стовбура, що впадає у внутрішню яремну вену. Іноді зовнішню сонну артерію перетинає тільки передня лицьова вена. У рідкісних випадках через артерію переходять окремо язикова і окремо верхня щитоподібна вена.

Під'язичний нерв, що проходить в сонному трикутнику, перехрещує зовнішню сонну артерію або йде вище рівня великого ріжка під'язикової кістки. На одному з препаратів Е. Г. Саліщева під'язичний нерв було розташовано майже на рівні біфуркації загальної сонної артерії.

При перев'язці зовнішньої сонної артерії необхідно також пам'ятати, що під'язичний нерв дає довгу гілку — спадну гілку



Мал. 64. Лінія шкірного розрізу за Насіловим

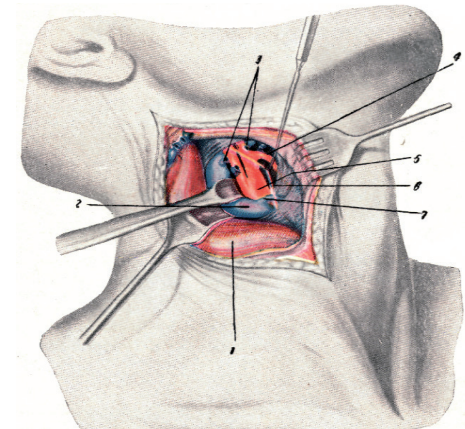
під'язичного нерва, яка спускається вниз по передній поверхні сонної артерії. З цією гілочкою треба бути більш обережним під час операції, бо вона, з'єднуючись з гілками шийного сплетення, утворює петлю під'язичного нерва, від якого йдуть гілки, що іннервують лопаточно-під'язиковий, грудинно-під'язиковий і грудинно-щитоподібний м'язи. Верхньогортанний нерв проходить вперед у поперечному напрямку під зовнішньою сонною артерією.

Техніка й успіх хірургічної операції залежать від правильного укладання хворого і правильного накладання (наведення) шкірного розрізу. На наш погляд, використання шкірного розрізу за І. І. Насіловим є найбільш обґрунтованим. Пропонований ним шкірний розріз, безумовно, дуже доцільний, тому що точно відповідає місцю розташування зовнішньої сонної артерії.

Методика перев'язки сонної артерії. Поклавши в належному положенні хворого на операційному столі, голову хворого треба відхилити назад і ледь повернути в протилежний операції бік. Проводять розріз шкіри довжиною 6–7 см за І. І. Насіловим (мал. 64), тобто починають його від точки, розташованої на 2 см попереду кута нижньої щелепи

Мал. 65. Перев'язка зовнішньої сонної артерії

- 1 — грудинно-ключично-сосковий м'яз; 2 — внутрішня яремна вена; 3 — зовнішня і внутрішня сонні артерії; 4 — верхня щитоподібна артерія; 5 — біфуркація сонної артерії; 6 — спадна гілка під'язикового нерва; 7 — загальна сонна артерія



і на 1 см нижче від неї, і продовжують у вертикальному напрямку до перетину з переднім краєм грудинно-ключично-соскового м'яза. Після цього, суворо дотримуючись лінії кожного розрізу, у послідовному порядку перетинають поверхневу фасцію, підшкірний м'яз шийної апоневроз, у результаті чого оголюється піхва шийного судинного пучка, яку розкривають подовжнім розрізом. Тепер необхідно виділити в рані загальну лицьову вену, що перетинає в поперечному напрямку зовнішню сонну артерію. Цей момент операції вимагає особливої обережності, оскільки випадкове поранення вени супроводжується дуже сильною кровотечею, що надзвичайно ускладнює операцію. Деякі автори рекомендують в обов'язковому порядку робити перев'язку загальної лицьової вени.

Ми вважаємо за необхідне в онкологічних хворих, щоб не порушити умови відтоку крові, по можливості зберегти цю вену, яку зазвичай легко вдається відтягнути в бік невеликим тупим гачком. Після цього в полі зору виявляється судинний пучок. Виділення зовнішньої сонної артерії, як правило, не викликає особливих труднощів, оскільки вона лежить поблизу великого ріжка під'язикової кістки точно по лінії накладеного розрізу шкіри. Зовнішня сонна артерія визначається за відхідними від неї боковими гілками і в першу чергу з чіткою видимою верхньою щитоподібною артерією. Крім того, рекомендується з метою контролю притиснути в цей момент зовнішню сонну артерію. При цьому буде відсутня пульсація поверхневої скроневої і зовнішньої верхньощелепної артерій. Це ще один доказ правильного розпізнавання зовнішньої сонної артерії.

Перев'язка зовнішньої сонної артерії проводиться, як було зазначено вище, між верхньою щитоподібною і язичною артеріями (мал. 65). Накладання лігатури нижче верхньої щитоподібної артерії не припиняє кровообігу в системі зовнішньої сонної артерії внаслідок наявності анастомозів між гілками верхньої і нижньої щитоподібних артерій. Крім цього, у такому випадку можливе поширення тромбу на внутрішню сонну артерію, що може послужити причиною розвитку геміплегії. Після закінчення перев'язки зовнішньої сонної артерії та ретельного гемостазу операційну рану слід зашити наглухо.

Усі етапи операції ми виконуємо гострим шляхом за допомогою скальпеля, вважаючи недоцільним розривати фасції пінцетами або роз'єднувати тупим шляхом пухку сполучну тканину навколо кровоносних судин, як це рекомендують багато учених, лікарів (М. М. Дитерихс, А. Ю. Созоне-Ярошевич, Ф. Лежар).

Ми не наполягаємо на виділенні під'язичного нерва як розпізнавального пункту, тому що це, за нашими спостереженнями, не має практичного значення. Необережне поводження з ним викликає досить важкий симптом утруднення ковтання, що, правда, проходить без ускладнень у післяопераційному періоді. Необхідно підкреслити, що маніпуляції на сонних судинах, пов'язані з захватом і перев'язкою їх, викликають болючі відчуття, адже перев'язка зовнішньої сонної артерії проводиться під місцевою анестезією. Ми постійно підкреслюємо, що судини під час операції мають особливу чутливість, і це завжди змушує нас просочувати клітковину навколишнього судинного пучка розчином новокаїну (лідокаїну). Деякі автори вважають, що чутлива не сама стінка судин, а періартеріальна тканина. Це підтверджується тим, що після періартеріальної симпатектомії біль припиняється.

При перев'язці зовнішньої сонної артерії ми не обов'язково її перерізаємо, як при кровотечах зі злоякісних пухлин рото- і гортано-глотки, тому що одночасний переріз зовнішнього сонного сплетіння не викликає сприятливих трофічних зрушень як у самій пухлині шкіри, так і в оточуючих її тканинах, тобто вже запізно.

Питання для самоконтролю

1. Які найбільш розповсюдженні ускладнення раку шкіри спостерігаються?
А) Рецидиви.

- Б) Ракова інтоксикація.
В) Ракова інтоксикація, кровотеча.

2. Що таке ракова інтоксикація?
А) Хвороба усього організму.
Б) Невизначена втрата маси тіла; невизначені причини підйому температури тіла вище 38 °С (без ознак запалення) і нічні профузні потовиділення.
В) Все вищевказане.
3. Тактика лікаря при раковій інтоксикації.
А) Проведення детоксикації (введення детоксикаційних розчинів).
Б) Призначення антибіотиків.
В) Все вищевказане.
4. У яких випадках може спостерігатися кровотеча?
А) При рецидиві пухлини.
Б) При розпаді пухлини і наявності виразок, при доторканні до зони ураження.
В) Все вищевказане.
5. При яких симптомах людина обов'язково повинна звернутися до лікаря?
А) Підвищений тонус організму.
Б) Ракова інтоксикація.
В) Невизначена втрата маси тіла, невизначені причини підйому температури тіла вище 38° С (без ознак запалення) і нічні профузні потовиділення.
6. Чи показані антибіотики при кровотечах?
А) Ні.
Б) Так.
В) При тампонаді.
7. Які препарати призначаються у випадках кровотечі?
А) Анальгетики (анальгін, цитрамон, димедрол).
Б) Транексамова або амінокапронова кислота, глюконат Са, дицінон та тампонада).
В) Все вищевказане.

Правильні відповіді: 1 (В), 2 (В), 3 (А), 4 (Б), 5 (В), 6 (В), 7 (Б).

Література

1. Справочник по онкологии / под ред. С. А. Шалимова, Ю. А. Гриневича, Д. В. Мясоедова. — К.: Здоров'я, 2000. — 558 с.
2. Европейское руководство по лечению дерматологических болезней / пер. с англ.; под ред. Кацамбаса А. Д., Лотти Т. М. — 3-е изд. М., 2014.
3. Липатов О. Н., Меньшиков К. В., Атнабаев Р. Д. Клинический случай хирургического лечения плоскоклеточного рака кожи на фоне гипертрофического рубца // Креативная хирургия и онкология. — 2012.

Додаткова література

1. Руководство по химиотерапии опухолевых заболеваний / под ред. Переводчиковой Н. И. — 2-е изд., доп. — М., 2005.
2. Франциянц Е. М., Позднякова В. В., Ирхина А. Н. Лечение больных местнораспространенным и рецидивным плоскоклеточным раком кожи // Сибирское медицинское обозрение. — 2010. — 63:3. — С. 88–91.
3. Позднякова В. В., Дашкова И. Р. Комплексное лечение больных местнораспространенным и рецидивным плоскоклеточным раком кожи / Сибирский онкологический журнал. — 2009. — С. 158–159, прил. 1.

Розділ VIII

ПРОФІЛАКТИКА ЗЛОЯКІСНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ШКІРИ ЛЮДИНИ

Профілактика раку шкіри полягає, насамперед у своєчасному виявленні й активному лікуванні передракових захворювань, що потребує онкологічної настороженості у дерматологів і сімейних лікарів.

Тому при підозрі на трансформацію передракового дерматозу в злоякісне утворення дерматолог або сімейний лікар повинен направити хворого до онколога.

У профілактиці плоскоклітинного раку шкіри важливу роль відіграє санітарно-профілактична робота серед населення про клінічні прояви новоутворення з тим, що хворим потрібно звертатися до лікаря в максимально ранні терміни при його виникненні:

— по-перше, необхідне попередження населення про шкідливі наслідки інсоляції, особливо це стосується блондинів зі світлою шкірою;

— по-друге, про недопустимість дії УФВ (ультрафіолетового випромінювання), повинні бути попередження хворих на рак шкіри, щоб хворі з плоскоклітинним раком шкіри уникали дії УФВ;

— по-третє, необхідно звести до мінімуму використання променевої терапії при будь-яких онкологічних захворюваннях шкіри, особливо у молодих людей.

Сьогодні питання ранньої і сучасної діагностики злоякісних новоутворень обличчя та тулуба є актуальними тому, що діагностування на пізніх стадіях розвитку раку потребує розширеного хірургічного втручання з формуванням анатомічних дефектів, які потребують проведення пластично-хірургічних втручань, що призводить до низької якості життя хворих.

Своєчасне звернення людини до лікаря на ранній стадії розвитку змін шкіри обличчя та тулуба є життєво необхідним для того, щоб своєчасно провести адекватне обстеження, спостереження і при необхідності лікування.

Сьогодні усі відомі клініки Європи й України у своїх дослідженнях показують і підтверджують, що доброякісні та прикордонні новоутворення є передраковими новоутвореннями шкіри, за якими необхідно

постійно спостерігати (особливо це стосується передракових новоутворень), тому що завжди є ризик їх переродження в ракову пухлину.

На сьогоднішній день існують і відомі причини, які викликають появу цієї патології, це: сонячні опіки; генетична спадковість; послаблення імунітету у людей похилого віку; опіки на світлій шкірі; трофічні виразки та рубці шкіри. Також відомо, що злоякісні новоутворення можуть виникати як на місці родимки, так і на чистому місці шкіри.

З точки зору доказової медицини ультрафіолетове опромінення (УО) є відповідальним за ініціацію пухлинної прогресії актинічного кератозу у плоскоклітинний рак шкіри (так званий каскад розвитку раку шкіри). УО є індукованим пошкодженням ДНК і супресією протипухлинного імунітету. Сьогодні це основна причина розвитку раку шкіри обличчя і тулуба.

Таким чином, первинна профілактика розвитку злоякісного захворювання шкіри включає попередження канцерогенної дії зовнішніх та внутрішніх факторів, здоровий спосіб життя та підвищення стійкості організму до шкідливих факторів оточуючого середовища.

Профілактика розвитку у цілому неопластичного процесу шкіри голови, шиї та тулуба має велике соціальне та державне значення, що включає в себе:

- самодіагностику уражень шкіри;
- уникнення надмірного навантаження шкідливих екзогенних агентів;
- проведення регулярних профілактичних оглядів у сімейного лікаря й онколога з метою ранньої діагностики та лікування передракових станів шкіри;
- потрібно, щоб шкіра була постійно вологою, особливо при навантаженні УФ-опроміненням, щоб уникнути сухості, яка сприяє розвитку раку;
- проведення регулярних профілактичних оглядів у лікаря-онколога.

Соціальне завдання

По-перше, для зменшення кількості злоякісних пухлин шкіри та рецидиву потрібно проводити профілактику, яка полягає в уникненні людиною надмірного навантаження фізичних (УФ-опромінення від сонця і штучної засмаги), хімічних (контакт із сажею, з сіркою, смолами, дьогтем та миш'яком) та термічних агентів, що призводять до малігнізації пухлинного процесу.

По-друге, проведення регулярних профілактичних оглядів у сімейного лікаря й онколога з метою ранньої діагностики та лікування передракових станів шкіри. Слід пам'ятати, що при наявності прикордонних новоутворень важливо виключення пролонгованої дії екзогенних чинників, які можуть провокувати агресивний ріст новоутворення.

До профілактики відносять самодіагностику, коли людина фіксує зміни на поверхні шкіри при надмірному навантаженні фізичних, хімічних і термічних агентів, тобто дії екзогенних і ендогенних факторів. До ендогенних факторів, що викликають розвиток новоутворень шкіри, відносять захворювання печінки, які знижують та порушують антиоксидантний захист організму і сприяють зростанню новоутворень шкіри екзогенного походження. Тому важливо своєчасно слідкувати за станом організму (станом печінки) і проводити необхідне лікування ендогенних захворювань.

По-третє, важливу роль у профілактиці раку шкіри відіграє дотримання техніки безпеки на виробництві, де є канцерогенні речовини. Особи, які зайняті на таких виробництвах, повинні піддаватися систематичним медоглядам. У зв'язку з частою асоціацією ВПЧ 16 і ВПЧ 18 з плоскоклітинним раком статевих органів для профілактики генітального раку доцільне проведення скринінгового вірусологічного дослідження на явність групи ризику.

В цілому людині потрібно дотримуватися існуючого загального правила, яке потрібно уважно виконувати: по-перше, при наявності прикордонних пухлин потрібно уникати тривалого перебування на сонці без захисту шкіри, тобто виключити вплив агресивних чинників на шкіру і попереджати їх травмування. По-друге, при наявності цих новоутворень особливо потрібно пильно спостерігати за цими утвореннями, якщо не стоїть питання негайного оперативного лікування.

Деякі форми психотерапії приносять користь пацієнтам з підозрою на рак і хворим на рак, оскільки мають позитивний вплив на якість життя пацієнта та, можливо, і на загальне лікування.

Існують клінічні докази, що своєчасне виявлення первинної пухлини та рецидиву після лікування збільшує загальну виживаність при їх своєчасному лікуванні. Тому після проведеного лікування злоякісної пухлини шкіри пацієнт потребує постійного нагляду лікаря загальної практики — сімейного лікаря або дільничного терапевта.

Для цього **сімейним лікарям необхідно знати анатомо-фізіологічні особливості** будови шкіри та клінічну семіотику новоутворень і проявляти онкологічну настороженість.

Особливі симптоми, з якими необхідно скерувати пацієнта до спеціаліста онколога:

- Поява після статевого дозрівання нових родимок, які змінюють форму, колір або розмір.
- Зміна кольору, форми або розміру давнішої родимої плями.
- Будь-яка родима пляма, що має три або більше кольори і стає несиметричною.
- Родима пляма, що кровоточить або свербить.
- Будь-яке нове стійке ураження шкіри, особливо якщо воно розростається, пігментоване або на вигляд має судинну структуру, також випадки невизначеного діагнозу.
- Нова пігментована лінія на нігтях, особливо якщо вона пов'язана із ураженням нігтя.
- Ураження, яке розростається під нігтем.

Застереження, при яких людина негайно повинна звернутися до лікаря:

- При виявленні новоутворення шкіри незрозумілої форми і кольору, яке не зникає протягом певного часу та збільшується в розмірі.
- Наявність незагоєних та кровоточивих виразок на шкірі обличчя та тулуба.
- Профілактичні засоби.

Існують докази, що надмірне сонячне опромінення збільшує ризик виникнення базальноклітинного раку шкіри, зокрема у людей віком понад 60 років, тому рекомендується дотримання заходів, що мінімізують вплив сонячного опромінення. Особливо це стосується людей зі світлим фототипом шкіри (I–II за Фітцпатриком). Особам із fotocутливою шкірою протягом всього свого життя необхідно обмежувати рекреаційний вплив сонячного проміння.

Сьогодні відомі основні фактори ризику розвитку базальноклітинного раку шкіри: це фототипи шкіри I–II, базальноклітинний рак шкіри в сімейному анамнезі, тяжкі сонячні опіки у дитинстві і вік старше 60 років.

Рекомендації лікаря:

1. Уникати впливу факторів ризику розвитку меланому, що пов'язані зі способом життя та з оточуючим середовищем.
2. Інформувати пацієнтів щодо факторів ризику та необхідності самостійного обстеження, а також спостереження за змінами родимих плям.

3. Всіх осіб старше 60 років і з атипovими меланоцитарними ураженнями або великою кількістю родимих плям направити до дерматолога, щоб пройти повне обстеження шкіри.

4. Направити на медико-генетичне консультування осіб, у яких члени родини мають в анамнезі первинну множинну меланому або рак підшлункової залози та базальноклітинний рак шкіри.

Для зменшення кількості злоякісних пухлин шкіри потрібно проводити профілактику, яка полягає в уникненні надмірного навантаження шкіри ультрафіолетовим опроміненням. Необхідно проведення самодіагностики: при виявленні **на шкірі новоутворення незрозумілої форми і кольору, яке не зникає довгий час, слід обов'язково звернутися до дерматолога або онколога.** Рання лікарська діагностика передракових станів шкіри дозволяє визначити тактику своєчасного спеціального лікування. І насамперед, важливо проведення регулярних профілактичних оглядів лікарями сімейного профілю.

Так, існують основні фактори ризику розвитку меланоми шкіри, які потрібно лікарю мати на увазі: це світла шкіра, світле волосся і світлі очі; ластовиння та руде волосся; велика кількість родимок; фототипи шкіри I–II; меланома в сімейному анамнезі та тяжкі сонячні опіки у дитинстві.

Останні наукові докази свідчать, що надмірне сонячне опромінення збільшує ризик меланоми, особливо у віці до 35 років, тому рекомендується відмовитися від таких процедур. Доведено, що меланому в основному викликають стрімкі зміни інтенсивності сонячного опромінення, тому особам із чутливою шкірою протягом всього свого життя необхідно обмежувати рекреаційний вплив сонячного проміння.

Таким чином, можливо зробити висновок, що основною причиною розвитку злоякісного ураження шкіри є пролонгована дія мутагенних агентів не тільки на здорові частини тіла, але і на різні доброякісні новоутворення шкіри. Дія цих агентів призводять до розвитку агресивних станів, які призводять до низької якості життя та виживаності хворих.

Важливо і необхідно виключення або зменшення пролонгованої дії шкідливих факторів, що слугує профілактикою розвитку злоякісних новоутворень.

І тому потрібно своєчасне звернення людини до лікаря на ранній стадії розвитку змін шкіри обличчя та тулуба, це життєва необхідність, для того щоб своєчасно провести адекватне обстеження та спостереження і при необхідності проведення спеціального лікування.

Маршрут хворого від сімейного лікаря

При підозрі на трансформацію передракового дерматозу в рак сімейний лікар повинен направити хворого до онколога.

Симптоми, з якими необхідно скерувати хворого до онколога:

- Розростання рожевого кольору, що представляє собою плоске утворення із підвищенням по периферії та наявністю кірок в центрі.
- Червона пляма або зона подразнення, особливо в ділянці обличчя, шиї та тулуба.
- Блискучий вузол перламутрового кольору.
- Відкрита виразка або ерозія, яка не загоюється більше 5 тижнів.
- Рубцеподібна зона із блискучою поверхнею та нечіткими контурами.

В профілактиці раку шкіри важливу роль відіграє санітарна пропаганда і просвітницька робота серед населення, яка повинна використовуватися місцевими органами охорони здоров'я і сімейним лікарем необхідно попереджати населення:

- про шкідливу дію сонячної інсоляції, особливо це стосується блондинів, тобто людей зі світлою шкірою;
- про клінічні прояви новоутворень або зміни шкіри: з тим, що людина повинна звернутися до лікаря в максимально ранні терміни;
- про недопустимість ультрафіолетового опромінення шкіри;
- потрібно звести до мінімуму або виключити використання променевої терапії при базаліомі шкіри.

Між двома лазерними медичними методами — фотодинамічною терапією (ФДТ) раку і лазероіндуцированою світлокисневою терапією (ЛІСКТ) — є внутрішній зв'язок на рівні фотомолекулярних механізмів.

Наведені результати, які дозволяють зробити висновок про існування єдиної стимулюючої і деструктивної дії оптичного опромінення за допомогою генерації молекулярного синглетного кисню. Завдяки цьому відкриваються перспективи розробки щадного метода світлокисневої терапії пухлин без введення в організм чужорідних агентів.

В цілому успіх лікування раку шкіри залежить від ранньої діагностики, своєчасного видалення і захисту хворого від дії канцерогенів.

Після лікування хворий повинен знаходитися під наглядом лікаря-онколога і знаходитися під диспансерним спостереженням протягом життя.

Питання для самоконтролю

1. Які новоутворення шкіри є передраковими?
А) Доброякісні та прикордонні.
Б) Доброякісні.
В) Прикордонні.
2. Які відомі основні фактори ризику розвитку раку шкіри?
А) Надмірне сонячне опромінення осіб із фоточутливою шкірою.
Б) Особливо у людей зі світлим фототипом шкіри (I–II за Фітцпатриком)
В) Усе вищевказане.
3. Для яких новоутворень є необхідність постійного спостереження?
А) Доброякісних.
Б) Передракових.
В) Всі вищевказані.
4. При яких змінах шкіри негайно потрібно звернутися до лікаря?
А) При появі новоутворень шкіри незрозумілої форми і кольору, які не зникають протягом певного часу та збільшуються в розмірі.
Б) Наявних незагоєних виразках на шкірі обличчя та тулуба, що кровоточать.
В) Всі вищевказані.
5. Які причини спричиняють розвиток раку шкіри?
А) Сонячні опіки; генетична спадковість; послаблення імунітету у людей похилого віку; опіки на світлій шкірі; трофічні виразки та рубці шкіри.
Б) Новоутворення можуть виникати як на місці родимки, так і на чистому місці шкіри.
В) Все вищевказане.
6. Які основні причини виникнення злоякісного новоутворення шкіри?
А) Сонячні опіки на світлій шкірі, генетична спадковість, послаблення імунітету у людей похилого віку, трофічні виразки, родимки та рубці шкіри.
Б) Дія екзогенних та ендогенних факторів.
В) Все вищевказане.

7. Яке спеціальне лікування використовується при злоякісних новоутвореннях?
 - А) УВЧ, електрофорез, знеболюючі засоби.
 - Б) Магніт, знеболюючі засоби.
 - В) Операція, променева і фотодинамічна терапія та хіміотерапія.
8. З якими симптомами необхідно скерувати пацієнта до спеціаліста онколога?
 - А) Поява після статевого дозрівання нових та давніших родимок, які змінюють форму, колір або розмір і стають несиметричними, родима пляма, що кровоточить або свербить.
 - Б) Будь-яке нове стійке ураження шкіри, особливо якщо воно розростається, пігментоване або на вигляд має судинну структуру, також випадки невизначеного діагнозу.
 - В) Все вищевказане.
9. Які фізіотерапевтичні методи можливо призначати при раку шкіри?
 - А) УВЧ і електрофорез.
 - Б) УВЧ, лазерне проміння.
 - В) Магніт.

Правильні відповіді: 1(А), 2(В), 3(В), 4(В), 5(В), 6(В), 7(В), 8(В), 9(В).

Література

1. Анищенко И. С., Важенин А. В. Плоскоклеточный рак кожи: клиника, диагностика, лечение. — Челябинск, 2000. — 92 с.
2. Антонів В. Ф., Заболотний Д. І., Прокопів І. М. Новоутворення вуха (клініка, діагностика, лікування). — К.: Здоров'я, 1997. — 1984 с.
3. Барчук А. С., Анисимов В. В. Методики дооперационной диагностики степени распространения меланомы кожи. — СПб., 1998. — 14 с.

Додаткова література

1. Білинський Б. Т., Стернюк Ю. М., Шпарик Я. В. Онкологія. — К., 2004. — С. 158–174.

2. Cancer in Ukraine, 2015–2016. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби // Бюлетень національного канцероєстру України. — 2017. — 18.
3. Вагнер Р. И., Анисимов В. В., Барчук А. С. Меланома кожи. Ч. 2: Диагностика, клиника, прогноз заболевания. — СПб.: Наука, 1996. — 274 с.

У посібнику викладені основні клінічні аспекти різних новоутворень обличчя та тулуба, знання яких вкрай необхідні лікарям для проведення діагностики і лікування хворих. Сучасні уявлення про новоутворення шкіри дозволяють зрозуміти чисельні проблеми, що стоять перед лікарями.

Наш багаторічний досвід диктує необхідність подальшого поглибленого вивчення та накопичення клінічного матеріалу. Тільки такий підхід буде давати поштовх розвитку цього напрямку в онкології та розширенню можливостей діагностики і лікування. Спираючись на прийняті класифікації, клініцисти мають обрати єдиний підхід для визначення гістологічної структури і розповсюдження новоутворення. Це дозволить порівняти матеріали різних авторів і зробити правильні об'єктивні висновки.

В наш час недостатньо мати інформацію тільки про мікроскопію новоутворення. Для вибору метода лікування і прогнозування захворювання необхідно встановити гістологічний різновид пухлини та ступінь злоякісності захворювання.

Саме це треба ретельно вивчати і результати дослідження впроваджувати в практику.

Глибоке розуміння особливостей клінічного перебігу злоякісного новоутворення повинно стати основою при плануванні лікування. Прогноз значно погіршується при розповсюдженні пухлинного процесу в регіонарні лімфатичні вузли, легені чи в орган зору. В таких випадках доводиться розробляти нові підходи до лікування або проводити лише симптоматичне лікування.

Лікарі різних спеціальностей, які проводять діагностику і лікування передпухлинних процесів та злоякісних новоутворень, особливо онкологи, повинні організувати лікувальну роботу невідривно від організаційної.

Сьогодні в онкології досягнуті успіхи в діагностиці злоякісних новоутворень шкіри та їх лікуванні. Постійно розробляються, вивчаються та впроваджуються різні методи лікування. Але часом складні та незрозумілі випадки виходять за межі компетенції одного лікаря, тому для визначення захворювання і тактики лікування хворого повинен проводитися лікарський консилиум.

The manual outlines the main clinical aspects of various neoplasms of the face and torso. Such knowledge is essential for doctors to diagnose and treat patients. Modern ideas about skin tumors allow us to understand many problems that doctors face.

Many years of our experience demand further in-depth study and accumulation of clinical material. Such approach will give impetus to the development of this area in oncology and expand the possibilities of diagnosis and treatment.

Using accepted classifications, the clinicians should choose the general approach to determine the histological structure and spread of the tumor. This will allow you to compare materials from different authors and come to the right objective conclusions.

Nowadays, it is not enough to have information only about the microscopy of the tumor. To choose the method of treatment and prognosis of the disease, it is necessary to establish the histological type of the tumor and the degree of malignancy of the disease.

It should be carefully studied and the results of the study must be put into practice.

Deep understanding of the features of the clinical course of malignant neoplasms should be the basis for treatment planning. The prognosis is significantly worsened by the spread of the tumor process in the regional lymph nodes, lungs, or in the organ of vision. In such cases it is necessary to develop new approaches to treatment or to carry out only symptomatic treatment.

Physicians of various specialties who diagnose and treat precancerous processes and malignant neoplasms, especially oncologists, must organize medical work inseparable from organizational work.

Today, oncology has made progress in the diagnosis of malignant skin tumors and their treatment. Various methods of treatment are constantly being developed, studied and implemented. But sometimes complex and incomprehensible cases are beyond the competence of one specialist. In such cases the medical consultation must be organized in order to determine the disease and tactics of treatment of the patient.

Рецептура

Rp.: Anatoxinum diphtherico-tetanicum 1ml (2 дози)

D. t.d. N. 10 in ampullis

S. По 0,5 внутрішньовенно

Rp.: Aziwok (azitromycinum) 0,5 (0,25)

D. t.d. N. 10 in tabul.

S. По 1 пігулці за годину до їжи, 1 раз на добу

Rp.: Acidi acetylsalicylici (Aspirini) 0,5

D. t.d. N. 10 in tabul.

S. По 1 пігулці 3–4 рази на добу

Rp.: Acetylcysteini (АЦЦ) 200 (400 або 600)

D. t.d. N. 10 in tabul.

S. По 1 пігулці (гранулі) 1 раз на добу дітям і 3 рази на добу дорослим (400 або 600 1 раз на добу)

Rp.: Actovegini 200

D. t.d. N. 50 in tabul.

S. По 2 пігулки 3 рази на добу

Rp.: Amicilum 0,1 (0,25)

D. t.d. N. 50 in fl.

S. По 1,0 внутрішньовенно на 100,0 5 %-ї глюкози або внутрішньом'язово 2 рази на добу

Rp.: Acidi ascorbinici 0,05

D. t.d. N. 20 in tabul.

S. По 1 пігулці 3 рази на добу, один місяць

Rp.: Amoksiklavi 625

D. t.d. N. 15 in tabul.

S. По 1 пігулці 2–3 рази на добу

Rp.: Amoxil–KMP 0,5 (0,25)

D. t.d. N. 20 in tabul.

S. По 1 пігулці 2 рази на добу

Rp.: Augmentini 625 (1,0)

D. t.d. N. 28 in tabul.

S. По 1 пігулці 2 рази на добу

Rp.: Augmentini 1,2

D. t.d. N. 10 in fl.

S. Внутрішньовенно 2 рази на добу

Rp.: Acidi aminocapronici 5 % 100,0

DS. По 100,0 внутрішньовенно

Rp.: Sol. Adrenalini hydrochloridi 0,1 % 1,0

D. t.d. N. 10 in ampullis

S. По 0,5–1 мл підшкірно

Rp.: Sol. Albumini 5 % (10 %) 100,0

DS. По 100,0 внутрішньовенно

Rp.: Amidopyrini (Pyramidoni) 0,025

D. t.d. N. 12 in tabul.

S. По 2 пігулки 3–4 рази на добу

Rp.: Aminazini 0,025 (0,05)

D. t.d. N. 20 in tabul.

S. По 1 пігулці 1–3 рази на добу, після їжі

Rp.: Sol. Aminazini 05 % 5,0

D. t.d. N. 10 in ampullis

S. Для внутрішньом'язового введення (розвести в 3–5 мл 0,5 % розчину новокаїну)

Rp.: Analgini 0,5

D. t.d. N. 12 in tabul.

S. По 1 пігулці 3–4 рази на добу

Rp.: Sol. Analgini 50 % 2,0

D. t.d. N. 10 in ampullis.

S. По 2,0 внутрішньом'язово 2–3 рази на добу

Rp.: Sol. Atropini sulfatis 0,1 % 1,0

D. t.d. N. 10 in ampullis.

S. По 1,0 підшкірно

Rp.: Bicillini 600000 OD
D. t.d. N3 in flaconis
S. Внутрішньом'язово один раз в три дні

Rp.: Benzylpenicillini 500000 (1 ml)
D. t.d. N25 in flaconis
S. Підшкірно, внутрішньом'язово, внутрішньовенно 4 рази на добу

Rp.: Claritromycini 0,5 (0,25)
D. t.d. N20 in tab.
S. По 1 пігулці 2 рази на добу

Rp.: Sol. Calcii chloridi 10 % 200,0
DS. По 1ст. л. 3 рази на добу

Rp.: Sol. Calcii chloridi 10 % 10,0
D. t.d. N. 10 in ampullis.
S. По 10,0 внутрішньовенно, повільно

Rp.: Sol. Calcii gluconatis 10 % 10,0
D. t.d. N. 10 in ampullis.
S. По 10,0 внутрішньовенно

Rp.: Cordiamini 2,0
D. t.d. N. 10 in ampullis.
S. По 2,0 підшкірно 2 рази на добу

Rp.: Sol. Corgluconi 0,06 % 1,0
D. t.d. N. 10 in ampullis
S. По 0,5–1,0 внутрішньовенно, повільно в 20 мл 40 % глюкози

Rp.: Sol. Cerucali 2,0 (10 мг)
D. t.d. N. 10 in ampullis
S. По 2,0 внутрішньовенно або внутрішньом'язово

Rp.: Ceruloplazmini (Biocerulini) 0,1
D. t.d. N. 10 in fl.
S. По 0,2 на 200,0 5 % глюкози внутрішньовенно, крапельно, повільно

Rp.: Cetrini 10 мг
D. t.d. N. 20
S. По 1 пігулці 1 раз на добу

Rp.: Cerucali 10 мг
D. t.d. N. 10 in tab.
S. По 1 пігулці 2–4 рази на добу

Rp.: Cefazolini 0,5 (1,0)
D. t.d. N. 40 in fl.
S. По 1,0 внутрішньовенно або внутрішньом'язово кожні 8 годин

Rp.: Ceftriaxoni KMP 0,5 (1,0)
D. t.d. N. 40 in fl.
S. По 1,0 внутрішньовенно на 5 % глюкози або внутрішньом'язово 2 рази на добу

Rp.: Corvaloli 20,0
DS. По 10 крапель 3 рази на добу

Rp.: Dexamethasoni 0,0005 (0,001)
D. t.d. N. 50 in tab.
S. По 2–5 пігулок 2 рази на добу, після їжі

Rp.: Sol. Dexamethasoni 0,4 % 1,0 (0,004 г/мл)
D. t.d. N. 10 in ampullis
S. По 2,0 внутрішньовенно або внутрішньом'язово

Rp.: Sol. Dibazoli 1 % 1,0
D. t.d. N. 10 in ampullis
S. По 2,0–4,0 внутрішньовенно або внутрішньом'язово

Rp.: Sol. Dimedroli 1 % 1,0
D. t.d. N. 10 in ampullis
S. По 1,0 внутрішньовенно або внутрішньом'язово 1–2 рази на добу

Rp.: Dimedroli 0,05
D. t.d. N. 10 in tab.
S. По 1 пігулці 1–3 рази на добу

Rp.: Sol. Ephedrini hydrochloridi 5 % 1,0
D. t.d. N. 10 in ampullis
S. По 1,0 підшкірно 1–2 рази на добу

Rp.: Sol. Euphyllini 2,4 % 10,0
D. t.d. N. 10 in ampullis
S. По 5–10,0 внутрішньовенно, повільно в 20 мл 40 % глюкози

Rp.: Euphyllini 0,1 (0,15)
D. t.d. N. 10 in tab.
S. По 1 пігулці 2–3 рази на добу

Rp.: Sol. Glucosi 5 % 200,0
DS. По 200,0 внутрішньовенно

Rp.: Sol. Glucosi 40 % 20,0
D. t.d. N. 10 in ampullis
S. Внутрішньовенно

Rp.: Heparini 25 000 OD
D. t.d. N. 10 in ampullis
S. По 5000–25 000 ОД внутрішньовенно або внутрішньом'язово

Rp.: Hydrocortisoni acetate 2,0 (в 1,0–25 мг)
D. t.d. N. 10 in ampullis
S. Для внутрішньовенного введення на фізіологічному розчині або 5 % розчині глюкози

Rp.: Hypothyazidi 0,025
D. t.d. N. 10 in tab.
S. По 1–2 пігулки 2–3 рази на добу

Rp.: Insulini 6,0 (40 OD)
D. t.d. N. 10 in amp.
S. По 20 OD 2–3 рази на добу, підшкірно

Rp.: Laevomysetini 0,5
D. t.d. N. 10 in tab.
S. По 1 пігулці 4 рази на добу

Rp.: Lasix 0,04
D. t.d. N. 50 in tab.
S. По 2 пігулки 2 рази на добу

Rp.: Sol. Magnesium sulfatis 25 % 10,0
D. t.d. N. 10 in amp.
S. По 10,0 внутрішньовенно або внутрішньом'язово

Rp.: Sol. Metrogyli 100,0
D. t.d. N. 10 in fl.
S. По 100,0 внутрішньовенно 2 рази на добу

Rp.: Sol. Myramistini 0,01 % 100,0
D. t.d. N. 2 in fl.
S. Антисептичний засіб

Rp.: Sol. Decasani 200.0 (400.0)
D. t.d. N. 1 in fl.
S. Антисептичний засіб

Rp.: Sol. Morphin hydrochloridi 1 % 1,0
D. t.d. N. 10 in amp.
S. По 1,0–2,0 підшкірно

Rp.: Sol Natrii hydrocarbonatis 5 % 100,0
DS. Внутрішньовенно

Rp.: Sol Natrii chloridi 0,9 % 400,0 pro injectionibus
DS. Внутрішньовенно, крапельно у трахеостому

Rp.: Nitroglycerini 1 % 5,0
DS. По 2 краплі на цукор під язик

Rp.: Nitroglycerini 0,0005
D. t.d. N. 20 in tab.
S. По 1 пігулці під язик

Rp.: Nystatini 250 000 OD (500 000)
D. t.d. N. 20 in tab.
S. По 2 пігулці 3 рази на добу

Rp.: Sol. Omnoponi (Pantoponi) 2 % 1,0
D. t.d. N. 10 in amp.
S. По 1,0–2,0 підшкірно

Rp.: Sol. Papaverini hydrochloridi 2 % 1,0
D. t.d. N. 10 in amp.
S. По 1,0–2,0 підшкірно

Rp.: Prednisoloni hydrochloridi 1,0 (30мг)
D. t.d. N. 10 in amp.
S. Для внутрішньовенного введення

Rp.: Prednisoloni 0,005
D. t.d. N. 40 in tab.
S. По 1–2 пігулці 2–4 рази на добу

Rp.: Proteflazidi 30,0
DS. У краплях за схемою на цукрі або хлібі 3 рази на добу

Rp.: Protfenolozidi 50,0
DS. У краплях за схемою на цукрі або хлібі 2 рази на добу

Rp.: Sol. Promedoli 2 % 1,0
D. t.d. N. 10 in amp.
S. По 1,0–2,0 підшкірно

Rp.: Mycosisti (fluconazoli) 150
D. t.d. N. 1 in caps.
S. По 1 капсулі одноразово

Rp.: Olei Ricini 30,0
DS. На один прийом

Rp.: Sol. Straphanthinii 0,05 % 1,0
D. t.d. N. 10 in amp.
S. По 0,25–0,5 мл внутрішньовенно в 20,0 40 % розчині глюкози.
Повільно

Rp.: Sulfadimethoxini 0,5
D. t.d. N. 20 in tab.
S. По 4 пігулки одноразово у перший день і по 2 пігулки у наступні дні

Rp.: Seduxeni 0,005
D. t.d. N. 20 in tab.
S. По 1 пігулці 2–3 рази на добу

Rp.: Sol. Seduxeni 2,0
D. t.d. N. 5 in amp.
S. Внутрішньом'язово, внутрішньовенно по 2 мл 2 рази на добу

Rp.: Sol. Sibazoni 0,005
D. t.d. N. 10 in tab.
S. По 1 пігулці 2–3 рази на добу

Rp.: Sol. Sibazoni 0,5 % 2,0
D. t.d. N. 5 in amp.
S. Внутрішньом'язово, внутрішньовенно по 2 мл 1–2 рази на добу

Rp.: Sol. Suprastini 2 % 1,0
D. t.d. N. 10 in amp.
S. Внутрішньом'язово по 1 мл

Rp.: Suprastini 0,025
D. t.d. N. 20 in tab.
S. По 1 пігулці 3 рази на добу

Rp.: Validoli 10,0
DS. По 5 крапель на цукор під язик

Rp.: Olei Vaselini 50,0
DS. По 1 ст. л. 3 рази на добу

Rp.: Sol. Vicasoli 0,3 % (1 %) 5,0
D. t.d. N. 10 in amp.
S. По 3–5 мл внутрішньом'язово (1 % по 1 мл)

Rp.: Traneksami 250
D. t.d. N. 30 in tab.
S. По 1 пігулці 3 рази на добу при кровотечі

Rp.: Sol. Traneksami 5,0 (в 1 мл 50 мг)
D. t.d. N. 10 in amp.
S. По 10–20 мл внутрішньовенно (крапельно)

Список літератури

1. Абраменко И. В., Фильченков А. А. Оценка параметров апоптоза в диагностике онкологических заболеваний, их прогноз и оптимизация схем терапии // Вопросы онкологии. — 2003. — № 1. — С. 21–30.
2. Актинический кератоз: Обзор проблемы. Патогенез, фотоканцерогенез и иммунопатология / Литвиненко Б. В., Литус А. И. // Дерматолог. — К., 2015. — № 2.
3. Анисимов В. В., Вагнер Р. И., Барчук А. С. Меланома кожи. Ч. 1: Эпидемиология, этиология, патогенез, профилактика. — СПб.: Наука, 1995. — 151 с.
4. Анисимов В. В., Горделадзе А. С., Барчук А. С. и др. Меланома кожи: Атлас клинико-морфологической диагностики. — СПб.: Наука, 1999. — 107 с.
5. Анищенко И. С., Важенин А. В. Плоскоклеточный рак кожи: клиника, диагностика, лечение. — Челябинск, 2000. — 92 с.
6. Антонів В. Ф., Заболотний Д. І., Прокопів І. М. Новоутворення вуха (клініка, діагностика, лікування). — К.: Здоров'я, 1997. — 1984 с.
7. Базальноклітинний рак шкіри. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах. — К., 2016.
8. Барчук А. С., Анисимов В. В. Методики дооперационной диагностики степени распространения меланомы кожи. — СПб., 1998. — 14 с.
9. Білінський Б. Т., Стернюк Ю. М., Шпарик Я. В. Онкологія. — К.: Здоров'я, 2004. — 528 с.
10. Вагнер Р. И., Анисимов В. В., Барчук А. С. Меланома кожи. Ч. 2: Диагностика, клиника, прогноз заболевания. — СПб.: Наука, 1996. — 274 с.
11. Галил-Оглы Г., Молочков В. А., Сергеев Ю. В. Дерматоонкология. — М., 2005.
12. Гамаюнов С. В., Калугина Р. Р., Шахова Н. М. и др. Анализ предикторов эффективности фотодинамической терапии рака кожи // Рос. биотерапевт. журн. — 2012. — № 11. — С. 2–12.
13. Ганцев Ш. Х., Юсупов А. С. Плоскоклеточный рак кожи // Практическая онкология. — 2012. — Вып.13, № 2. — С. 80–91.
14. Диагностическая дерматоскопия. Иллюстрированное руководство / пер. с англ. под ред. Кубановой А. А. — М., 2013.
15. Европейское руководство по лечению дерматологических болезней: пер. с англ. / под ред. Кацамбаса А. Д., Лотти Т. М. — 3-е изд. — М., 2014.
16. Евчев Ф. Д., Евчева А. Ф. Этиология, патогенез, клиническая семиотика и диагностика новообразований кожи головы, шеи и туловища. Сообщение 1 // Журнал вушних, носових і горлових хвороб. — 2018. — № 1. — С. 76–82.
17. Євчева А. Ф. Сучасна діагностика злоякісних новоутворень зовнішнього носа і вуха // Оториноларингологія. — 2019. — № 2–3. — С. 47–52.
18. Заболотный Д. И. Новообразования уха: клиника, диагностика, лечение (обзор авторефератов диссертаций) // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. — 1996. — № 1. — С. 1–12.
19. Капинус В. Н., Каплан М. А. Фотодинамическая терапия рака кожи головы и шеи // Физ. медицина. — 2005. — № 1. — С. 23–31.
20. Капинус В. Н., Каплан М. А., Спиченкова И. С. и др. Фотодинамическая терапия эпителиальных злокачественных новообразований кожи // Фотодинамическая терапия фотодиагностики. — 2014. — № 3. — С. 9–14.
21. Капинус В. Н., Каплан М. А., Спиченкова И. С. и др. Фотодинамическая терапия с фотосенсибилизатором Фотолон плоскоклеточного рака кожи // Лазерная медицина. — 2012. — № 16:2. — С. 31–34.
22. Каплан М. А. Фотодинамическая терапия как новый радикальный метод лечения больных с рецидивирующими опухолями «неудобной» локализации // Вопросы онкологии. — 2000. — № 2. — С. 238.
23. Клинико-практическое руководство Общенациональной сети по борьбе против рака (NCCN). — США, 2012.
24. Ковальський О. В., Мечев Д. С., Данилевич В. П. Радіологія. Променева терапія. Променева діагностика. — К., 2013.
25. Коровін С. І. та ін. Меланоми шкіри: досягнення та перспективи в діагностиці та лікування. — К., 2013.
26. Коровін С. І. та ін. Проблема меланоми шкіри в Україні. — К., 2010. — 43 с.
27. Кочнева Е. В. Результаты II фазы клинического исследования фотосенсибилизатора радахлорин у больных базальноклеточным ра-

- ком кожи, проведенного в Челябинской городской клинической больнице № 1 // Рос. биотерапевт. журн. — 2005. — Т. 4, № 4. — С. 92–95.
28. Кочнева Е. В., Привалов В. А. Фотодинамическая терапия в онкологической практике // Лазерная медицина. — 2005. — № 9.
29. Кунте К., Конц В. Современные рекомендации по терапии базальноклеточной и плоскоклеточной карцином // Дерматолог. — 2012. — № 3. — С. 179–186.
30. Куценко В. В., Гамалея Н. Ф. Фотодинамическая терапия злокачественных опухолей // Онкология. — 2003. — № 1. — С. 69–72.
31. Ламоткин И. А. Клиническая дерматоонкология. Атлас. — М.: Бино, 2011. — 504 с.
32. Ламоткин И. А. Опухоли и опухолеподобные поражения кожи. Атлас. — М.: Бино, 2006. — 166 с.
33. Лаптев В. П., Киселевский М. И., Овчинников А. Е. и др. Влияние ФДТ с использованием препарата Хлорина-е6 на жизнеспособность и функциональную активность лимфоцитов периферической крови // Физическая медицина. — 2005. — Т. 15, № 2. — С. 46–47.
34. Липатов О. Н., Меньшиков К. В., Атнабаев Р. Д. Клинический случай хирургического лечения плоскоклеточного рака кожи на фоне гипертрофического рубца // Креативная хирургия и онкология. — 2012. — 28 января.
35. Лихтенштейн А. В., Потапова Г. И. Генетические дефекты как маркеры опухолевого роста // Молекул. биология. — 2003. — № 2. — С. 181–193.
36. Лихтенштейн А. В., Шапот В. С. Опухолевый рост: ткани, клетки, молекулы // Патол. физиология и экспер. терапия. — 1998. — № 3. — С. 25–44.
37. Лукач Е. В., Чепурна О. М., Пашковський В. М. Лікування базальноклітинного раку зовнішнього носа методом фотодинамічної терапії // Ринологія. — 2017. — № 1). — С. 65–67.
38. Молочков А. В., Романко Ю. С., Казанцева К. В. и др. Лазероиндуцированная термотерапия и фотодинамическая терапия в дерматологии: возможности и перспективы // Альманах клин. медицины. — 2014. — № 34. — С. 30–35.
39. Онкология: підручник / Г. В. Бондар, Ю. В. Думанський, О. Ю. Попович та ін.; за ред. Г. В. Бондаря, Ю. В. Думанського, О. Ю. Поповича. — К.: Медицина, 2013. — 544 с.
40. Пасс Х. И. Фотодинамическая терапия в онкологии: механизмы и клиническое применение // Физ. медицина. — 1993. — Т. 3, № 3–4. — С. 5–22.
41. Пачес А. И. Опухоли головы и шеи. — Москва: Медицина, 2000. — 480 с.
42. Петровский В. Ю., Титова В. А. Фотодинамическая терапия в лечении первичного и рецидивного рака кожи // Лазерная медицина. — 2012. — Т. 16, № 3. — С. 11–13.
43. Позднякова В. В., Дашкова И. Р. Комплексное лечение больных местнораспространенным и рецидивным плоскоклеточным раком кожи // Сибирск. онкол. журн. — 2009. — С. 158–159: прил. 1.
44. Про затвердження примірною табеля оснащення основним медичним обладнанням та виробами медичного призначення лікувально-профілактичних закладів охорони здоров'я, що надають медичну допомогу онкологічним хворим: Наказ МОЗ України від 15.12.2009 № 954.
45. Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування: Наказ МОЗ України від 14.02.2012 № 110.
46. Про систему онкологічної допомоги населенню України: Наказ МОЗ України від 30.10.2013 № 845.
47. Про удосконалення організації служби променевої діагностики та променевої терапії: Наказ МОЗ України від 28.11.1997 № 340.
48. Прокопенко І. В., Мамчур А. А., Шишко Є. Д. та ін. Розподіл фотосенсибілізатора хлорина е 6 в нормальних і пухлинних тканинах мишей та вплив на цей процес наночастинок золота // Фотобіологія та фотомедицина. — 2010.
49. Пустовіт Н. М., Ткаченко О. В., Удовенко І. В. Використання лазерного коагулятора «Лікар-хірург» для видалення новоутворень шкіри повік та кон'юнктиви // Матеріали науково-практич. конф. — Черкаси, 2016. — С. 162–163.
50. Романко Ю. С., Каплан М. А., Попучиев В. В. и др. Базальноклеточный рак кожи: проблемы лечения и современные аспекты фотодинамической терапии // Рос. журн. кожных и венерических болезней. — 2004. — № 6. — С. 6–10.
51. Романова О. А. Ранняя диагностика и профилактика меланомы кожи. — М.: Мед. информ. агентство, 2012. — 96 с.

52. Руководство по химиотерапии опухолевых заболеваний / под ред. Переводчиковой Н. И. — 2-е изд., доп. — М., 2005.
53. Рябов М. В., Странадко Е. Ф. Опыт фотодинамической терапии базальноклеточного рака кожи размерами, соответствующими символу T2 // Фотодинамическая терапия: матер. Всерос. симп. — М., 1999. — С. 56–65.
54. Свириденко Л. Ю. Опыт применения ФДТ при лечении опухолей различной локализации // Матер. XXXIX междунар. науч.-практ. конф. — Ялта, 2013. — С. 9–92.
55. Снарская Е. С., Молочков В. А. Базалиома. — М.: Медицина, 2003. — 136 с.
56. Спіженко Н. Ю., Чеботарьова Т. І., Ярмак О. Г. та ін.. Можливості та переваги електронотерапії в лікуванні немеланомного раку шкіри. — К., 2017.
57. Справочник по онкологии / под ред. С. А. Шалимова, Ю. А. Гриневича, Д. В. Мясоедова. — К.: Здоров'я, 2000. — 558 с.
58. Сухова Т. Е. Внутриочаговое введение Фотолон при фотодинамической терапии базальноклеточного рака кожи // Biomedical Photonics. — 2016.
59. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Базально-клітинний рак шкіри: Наказ МОЗ України від 28.03.2016 № 246. — Режим доступу: <http://mtd.dec.gov.ua/images/dodatki/2016-246-BRshkiru2016246YKPMDD-BKR.pdf>.
60. Филоненко Е. В. Флюоресцентная диагностика и фотодинамическая терапия, обоснование применения и возможности в онкологии // Фотодинамическая терапия фотодиагностики. — 2014. — № 1. — С. 3–7.
61. Фотодинамическая терапия / под ред. Голдмана М. П.; ред. серии Доувер Дж.С.; при участии Алама М.; пер. с англ. под общ. ред. Виссарионова В. А. — М., 2010.
62. Фотодинамічна терапія — сучасний ефективний метод лікування базальноклітинного раку шкіри / Б. В. Литвиненко, С. І. Коровін, О. І. Літус та ін.; Нац. мед. академія післядипл. освіти ім. П. Л. Шупика МОЗ України, м. Київ, Нац. ін-т раку МОЗ України, м. Київ, Укр. мед. стоматол. академія, м. Полтава // Клінічна хірургія. — 2016.
63. Франциянц Е. М., Позднякова В. В., Ирхина А. Н. Лечение больных местнораспространенным и рецидивным плоскоклеточным раком кожи // Сибирск. мед. обозр. — 2010. — Вып. 63:3. — С. 88–91.
64. Цыб А. Ф., Каплан М. А., Молочков В. А. и др. О применении фотодинамической терапии в лечении солитарных и множественных базалиом // Рос. журн. кожных и венерических болезней. — 2000. — № 4. — С. 4–12.
65. Экспериментальные исследования Фотолон как средства для фотодинамической диагностики и терапии злокачественных новообразований / П. Т. Петров [и др.] // Человек и лекарство: матер. X рос. нац. конгресса, Москва, 7–11 апреля 2003 г. — Москва, 2003. — С. 20–25.
66. Brantsch K. D., Meisner C., Schonfisch B. et al. Analysis of risk factors determining prognosis of cutaneous squamous cell carcinoma // A prospective study. *Lancet Oncol.* — 2008. — 9. — P. 713–720.
67. Brash D. E. Roles of the transcription factor p53 in keratinocyte carcinomas // *Br J Dermatol.* — 2006. — 154. Suppl 1. — P. 1–8.
68. Breuninger H., Sebastian G., Kortmann R. D. et al. Kurzleitlinie: Plattenepithelkarzinom der Haut, der Lippen und der Augenlider // *J Dtsch Dermatol Ges.* — 2006. — 4. — P. 260–262.
69. Breuninger H., Sebastian G., Kortmann R. D. et al. Kurzleitlinie: Basalzellkarzinom der Haut // *J Dtsch Dermatol Ges.* — 2004. — 4. — P. 441–443
70. Cancer in Ukraine, 2015–2016. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби // Бюлетень Національного канцер-реєстру України. — 2017. — 18.
71. Chaqas F. S., Silva B. Mohs micrographic surgery: a study of 83 cases // *An Bras Dermatol.* — 2012. — Apr., 87 (2). — P. 228–234.
72. Fischbach A. J., Sause W. T., Plenk H. P. Radiation therapy for skin cancer // *West J Mld.* — 1980. — 133:5. — P. 379–382.
73. Garbe C. Epidemiologie des Hautkrebses // Garbe C., Dummer R., Kaufmann R., Tilgen W. (Hrsg). *Dermatologische Onkologie.* — Berlin; Heidelberg; New York; Tokio: Springer, 1997. — S. 40–56.
74. Green A., Marks R. Squamous cell carcinoma of the skin (non-metastatic) // *Brit Med J Clinical Evidence Handbook.* — 2007. — P. 506–507.
75. Henderson B. W., Dougherty T. J. How does photodynamic therapy work? // *Photochem. Photobiol.* — 1992. — Vol. 55, No 1. — P. 145–157.
76. Karagas M. R., Greenberg E. R., Sprencer S. K. et al. Increase in incidence rates of basal cell and squamous cell skin cancer in New Hampshire Ckin Cancer Study Group // *Int J Cancer.* — 1999. — 81. — P. 555–559.

77. Kwan W., Wilson D., Moravan V. Radiotherapy for locally advanced basal cell and squamous cell carcinomas of the skin // Intern J of Rad Oncol Biol Phys. — 2004. — 60(2). — P. 406–411.
78. Lane J. E., Kent D. E. Surgical margins in the treatment of non-melanoma skin cancer and mohs micrographic surgery // Curr Surg. — 2005. — 62:5. — P. 518–526.
79. Melnicova V. O., Ananthaswamy H. N. Cellular and molecular events leading to the development of skin cancer // Mutation Res. — 2005. — 571. — P. 91–106.
80. Minton T. J. Contemporary Mohs surgery applications // Curr Opin Otolaryngol Head and Neck Surg. — 2008. — 4. — P. 376–380.
81. Scharf F. M., Gabbe C. Disappearance of the ozone layer and cancer: attempt at risk assessment // Hautarzt. — 1993. — 44:2. — P. 63–68.
82. Veness M., Richards S. Role of modern radiotherapy in treating skin cancer // Australas J Dermatol. — 2003. — 4. — P. 159–166.
83. Wei J. et al. Photodamage: All Sings Lead to Actinic Keratosis and Early Squamous // Cell Carcinoma. — 2015. — P. 14–19.
84. Woerle B., Heckman M., Konz B. Micrographic surgery of basal cell carcinomas of the head // Recent Results Cancer Res. — 2002. — 160. — P. 219–224.

Додаток

Правильні відповіді на тестові завдання з анатомії, фізіології, методів дослідження шкіри. Новоутворення шкіри, діагностика, лікування і прогноз

Основні функції шкіри людини, будова шкіри зовнішнього носа і вуха, кровопостачання, іннервація та діагностика.

Правильні відповіді: 1 (А), 2 (А), 3 (Г), 4 (А), 5 (А), 6 (А), 7 (Б), 8 (А), 9 (Б), 10 (А), 11 (Б), 12 (А), 13 (Г).

Статистичні данні захворювань шкіри злоякісними новоутвореннями.

Правильні відповіді: 1 (В), 2 (Б), 3 (А), 4. (А), 5 (А), 6 (А)

Пухлиноподібні утворення.

Правильні відповіді: 1 (В), 2 (А), 3 (Б), 4 (В), 5 (В), 6 (А), 7 (Б), 8 (Б).

Передракові (прикордонні) захворювання шкіри.

Правильні відповіді: 1 (А); 2 (В); 3 (А); 4(Б); 5(А).

Злоякісні пухлини.

Правильні відповіді: 1 (А), 2 (В), 3 (В), 4 (Б), 5 (В), 6 (А), 7 (А), 8 (В), 9 (Б), 10 (В), 11 (А).

Етіопатогенез.

Правильні відповіді: 1 (В), 2 (В), 3 (В), 4 (В), 5 (А), 6 (В), 7 (В), 8 (В), 9 (В), 10 (В).

Діагностики і клінічні ознаки новоутворень.

Правильні відповіді: 1 (А), 2 (Б), 3 (А), 4 (В), 5 (В), 6 (В), 7 (Б).

Диференційна діагностика з інфекційними захворюваннями шкіри.

Правильні відповіді: 1 (Б), 2 (А), 3 (Б), 4 (А), 5 (А).

Об'єктивні методи діагностики новоутворень шкіри.

Правильні відповіді: 1 (А), 2 (В), 3 (В), 4 (Б), 5 (В).

Морфологічна діагностика.

Правильні відповіді: 1 (А), 2 (В), 3 (А), 4 (В).

Складання діагнозу.

Правильні відповіді: 1 (В), 2 (В), 3 (Б), 4 (А), 5 (А), 6 (В) 7 (А), 8 (А), 9 (Б), 10 (А), 11 (А), 12 (Б).

Методи лікування.

Правильні відповіді: 1 (А), 2 (А), 3 (А), 4 (Б), 5 (А).

Прогноз захворювання.

Правильні відповіді: 1 (Б), 2 (Б), 3 (А), 4 (Б), 5 (А).

Ускладнення злоякісних утворень.

Правильні відповіді: 1 (В), 2 (В), 3 (А), 4 (Б), 5 (В), 6 (В), 7 (Б).

Фактори ризику розвитку раку шкіри і профілактика.

Правильні відповіді: 1(А), 2(В), 3(В), 4(В), 5(В), 6(В), 7(В), 8(В), (В).

Євчев Ф. Д.

Є278 Діагностика та лікування хворих зі злоякісними новоутвореннями зовнішнього носа і вуха та тулуба : навчально-методичний посібник для студентів вищих медичних навчальних закладів III–IV рівнів акредитації / Ф. Д. Євчев, Д. І. Заболотний, А. Ф. Євчева. — Одеса : Астропринт, 2021. — 188 с.

ISBN 978–966–927–753–4

У посібнику розглядаються питання з клінічної анатомії, фізіології, морфології, методи діагностики і лікування хворих з новоутвореннями шкіри органів обличчя і тулуба. Висвітлено сучасні погляди на етіологію, патогенез, класифікації доброякісних та злоякісних новоутворень шкіри. Особливу увагу приділено першим та раннім симптомам захворювань. Визначено місце комплексної діагностики та комбінованого і комплексного лікування злоякісних пухлин шкіри зовнішнього носа і вуха.

Посібник ілюстровано кольоровими малюнками. Видання базується на досвіді діагностики та лікування понад 1000 хворих з новоутвореннями шкіри зовнішнього носа і вуха.

Посібник розраховано на студентів вищих медичних навчальних закладів освіти III–IV рівнів акредитації, лікарів-інтернів, курсантів, клінічних ординаторів, магістрів та практикуючих сімейних лікарів, лікарів отоларингологів та дерматологів.

УДК 617.51:617.53-006:616-071:616-02

Навчальне видання

**ЄВЧЕВ Федір Дмитрович
ЗАБОЛОТНИЙ Дмитро Ілліч
ЄВЧЕВА Ангеліна Федорівна**

**ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ
ХВОРИХ ЗІ ЗЛОЯКІСНИМИ
НОВОУТВОРЕННЯМИ
ЗОВНІШНЬОГО НОСА І ВУХА
ТА ТУЛУБА**

Навчально-методичний посібник
для студентів вищих медичних навчальних закладів
III–IV рівнів акредитації

Завідувачка редакції *Т. М. Забанова*
Редактор *Н. Я. Рихтік*
Технічний редактор *М. М. Бушин*
Дизайнер обкладинки *О. А. Кунтарас*
Коректор *І. В. Шепельська*

Формат 60x84/16. Ум. друк. арк. 10,93.
Тираж 300 прим. Зам. № 290 (59).

Видавництво і друкарня «Астропринт»
65091, м. Одеса, вул. Разумовська, 21
Тел.: (0482) 37-14-25, 33-07-17, (048) 7-855-855
e-mail: astro_print@ukr.net; www.astroprint.ua; www.stranichka.in.ua
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК № 1373 від 28.05.2003 р.