



МІНІСТЕРСТВО
ОХОРОНИ
ЗДОРОВ'Я
УКРАЇНИ



**КЛІНІЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ
по діагностиці та лікуванню
дерматологічних захворювань
при наданні телемедичних послуг
(для лікарів загальної практики-сімейної медицини)**

Київ - 2019

Затверджено
на засіданні комісії Вченої Ради НМАПО імені П.Л. Шупика
з наукової роботи та інноваційної діяльності (протокол №3 від 12.03.2019 року).

Розробники:

Вороненко Ю.В. – д.мед.н., професор, академік НАМН України,
ректор Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика,
редактор;

Орабіна Т.М. – керівник експертної групи з питань реформування системи охорони
здоров'я Директорату медичних послуг МОЗ України;

Моїсєєнко Р.О. – д.мед.н., професор, проректор з науково-педагогічної та лікувальної
роботи Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика;

Літус О.І. – д.мед.н., професор, завідувач кафедри дерматовенерології
Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика;

Бісюк Ю.А. – д.мед.н., професор кафедри клінічної, лабораторної імунології та
алергології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика;

Літус В.І. – д.мед.н., професор, завідувач кафедри клінічної, лабораторної
імунології та алергології Національної медичної академії післядипломної освіти
імені П.Л. Шупика;

Долженко М.М. – д.мед.н., професор, завідувач кафедри кардіології
Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика;

Несукай В.А. – асистент кафедри кардіології
Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика;

Дитятковська Є.М. – д.мед.н, професор кафедри професійних хвороб
та клінічної імунології Дніпропетровської медичної академії МОЗ України,
завідуюча регіональним алергологічним центром, м. Дніпра;

Литвиненко Б.В. – асистент кафедри дерматовенерології
Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика;

Гаврилюк О.В. – к.мед.н, доцент кафедри дерматовенерології
Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика.

Товкай О.А. – к.мед.н., с.н.с., директор Українського науково-практичного центру
ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин;

Юзвенко Т.Ю. – д.мед.н., с.н.с., заступник директора
Українського науково-практичного центру ендокринної хірургії, трансплантації
ендокринних органів і тканин;

Маньковський Б.М. – член-кор. НАМНУ, д.мед.н., професор,
завідуюч кафедрою діабетології НМАПО імені П.Л. Шупика;

Кондрацька І. М. – к.мед.н., доцент, доцент кафедри діабетології
Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика.

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

АК	актинічний кератоз
БККШ	базально-клітинна карцинома шкіри
ВПЛ	вірус папіломи людини
ЗНШ	злаякісні новоутворення шкіри
МН	меланоцитарний невус
НМРШ	немеланомні раки шкіри
ПККШ	плоскоклітинна карцинома шкіри
СДН	синдром диспластичних невусів
УФ	ультрафіолет

ПРОБЛЕМА РАКУ ШКІРИ В УКРАЇНІ ТА СВІТІ

Підвищена увага лікарів усіх спеціальностей до новоутворень шкіри пояснюється їх великою поширеністю, пізньою діагностикою злоякісних форм, відсутністю належної онконастороженості як у лікарів, так і у населення. Так, одна з найбільш злоякісних пухлин людини – меланома шкіри в структурі всіх злоякісних новоутворень шкіри (ЗНШ) займає близько 10% питомої ваги, проте на неї припадає понад 80% смертності в цій групі (Лемехов В.Г., 2001). Кількість вперше зареєстрованих випадків меланоми щорічно підвищується. За даними ВОЗ, щорічно у всьому світі реєструється більше 200 000 випадків меланоми шкіри і приблизно 65 000 смертей, пов'язаних з меланомою (Jemal A. et al., 2007; Thiers B., 2011).

Захворюваність на меланому залишається однією з найбільш швидко зростаючих серед всіх типів раку в усьому світі. Дослідження, проведені в Європі, Сінгапурі, Канаді та Сполучених Штатах Америки (США) показали, що захворюваність продовжує зростати, особливо серед світлошкірих расових груп, на 3–7% в рік (Linos E. et al., 2009). Найвищі показники захворюваності спостерігаються серед чоловіків європеоїдної раси у віці 65 років і старше (120,6 на 100 000 населення), за ними йдуть жінки старші 65 років (46,9 на 100 000 населення) (Darrell S.Rigel et al., 2012).

Базальноклітинний і плоскоклітинний рак шкіри (БКРШ і ПКРШ), часто об'єднують терміном немеланомні раки шкіри (НМРШ) і разом є найбільш частими пухлинами у представників європеоїдної раси. Реальний рівень захворюваності НМРШ перевищує офіційні цифри, так як всі діагностовані випадки не завжди фіксуються в національних канцер-реєстрах. У США захворюваність НМРШ становить приблизно 450 випадків на 100 000 населення. В 2018 році в США було зареєстровано більше 5 млн випадків захворюваності на немеланомні раки шкіри. Передбачувана частота НМРШ неухильно зростає з 1970 року. Цей ріст захворюваності можна пояснити збільшенням часу перебування населення на сонці, а також використання штучних джерел ультрафіолетового опромінення (УФ) для засмаги. Середнє збільшення НМРШ в США, Австралії, Канаді та Європі, за оцінками експертів складає 3–8% в рік у представників білої раси (Levi F. et al., 2011).

Частота БКРШ в США складає приблизно 146 на 100 000 чоловік. 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 100 000 (Tung R., 2009).

У 2017 р. в Україні було зареєстровано більше 3 тис. нових випадків меланому та близько 1 тис. смертельних випадків, обумовлених цією пухлиною. В середньому в Україні захворюваність на меланому становить 6,18 випадків на 100 000 населення.

Питома вага злоякісних новоутворень шкіри виявлених при профілактичних оглядах становить 30% від усіх виявлених на профілактичних оглядах новоутворень (Коровін С.І. із спів., 2010).

Питома вага ЗНШ за 80 років зростає у 395 разів.

Питома вага основних 10 нозологічних форм ЗН в структурі захворюваності на ЗН населення України, %

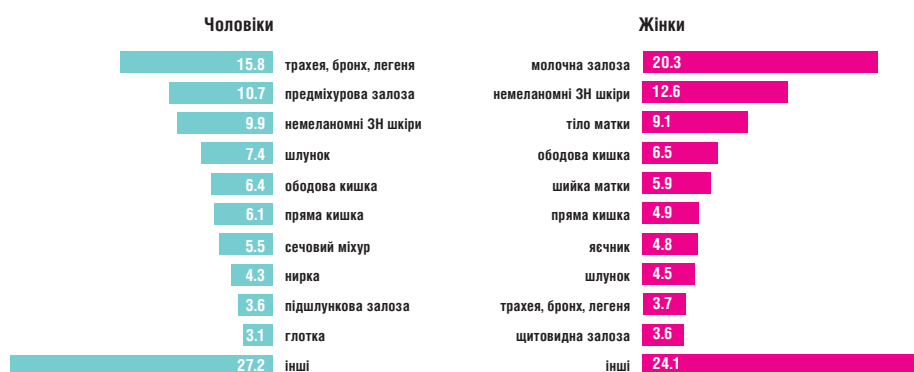


Рис. 1. Рейтинг злоякісних новоутворень серед чоловічого та жіночого населення України в 2016 році за нозологічними формами, % («РАК В УКРАЇНІ, 2016 – 2017. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби». БЮЛЕТЕНЬ НАЦІОНАЛЬНОГО КАНЦЕР-РЕЕСТРУ УКРАЇНИ № 19. КИЇВ - 2018)

Проблема раку шкіри залишається актуальною як в Україні так і в усьому світі і вимагає поліпшення рівня ранньої діагностики, а також створення комплексної програми діагностики, лікування та профілактики даної групи злоякісних новоутворень і розробки освітніх програм для населення країни. Методичні рекомендації призначені для сімейних лікарів для покращення якості первинної діагностики новоутворень та пухлин шкіри, впровадження в практику сімейного лікаря чіткого маршруту пацієнта з підозрою на злоякісне новоутворення шкіри, в тому числі з використанням сучасних можливостей телемедицини.

Етіологічні фактори розвитку раку шкіри

При побудові етіологічної моделі меланоми і НМРШ було виділено ряд причинних факторів, які або викликають злоякісне перетворення меланоцитів чи кератиноцитів, або сприяють цьому. Зазвичай їх називають факторами ризику і підрозділяють на екзогенні, що знаходяться в навколишньому середовищі, і ендогенні, породжені самим організмом людини. Звичайно, подібний поділ певною мірою є умовним, оскільки існування будь-якого живого організму неможливо без постійної взаємодії з навколишнім середовищем. Тому при виникненні і розвитку меланоми шкіри, втім, як і багатьох інших ЗНШ, має місце поєднаний вплив на людину пошкоджуючих факторів

Екзогенні фактори ризику

Дана група представлена фізичними, хімічними та біологічними факторами навколишнього середовища, що володіють безпосереднім, прямим впливом на шкіру.

Фізичні фактори ризику:

- УФ сонячне випромінювання
- Іонізуюча радіація
- Електромагнітне випромінювання
- Флюоресцентне освітлення
- Хронічна травматизація шкіри.

Основною причиною розвитку раку шкіри вважається вплив УФ випромінювання сонця або таких штучних джерел, як обладнання для штучної засмаги. У 2009 році Всесвітня організація охорони здоров'я віднесла УФ випромінювання до списку облігатних канцерогенних чинників (Lucas R. et al., WHO Report, 2009). Кілька десятиліть тому було визнано, що в результаті викидів хлорфторвуглецю та інших атмосферних забруднювачів руйнується стратосферний озон, що, в свою чергу, сприяє підвищенню рівня впливу УФ опромінення, який викликає рак шкіри і катаракту (L.Naldi et al., 2012).

Визнання прямих наслідків для здоров'я людей стало основним стимулом для підписання Монреальського протоколу, спрямованого на скорочення

викидів забруднюючих речовин, що послаблюють озоновий шар. Незважаючи на те, що ця міжнародна угода є високоефективною у зниженні ризиків в довгостроковій перспективі, надлишкове УФ опромінення залишається небезпечним для здоров'я.

На рівень УФ сонячного випромінювання впливає цілий ряд факторів:

- Висота сонця над горизонтом: чим вище сонце в небі, тим вище рівень УФ випромінювання
- Географічна широта: чим ближче до екватора, тим вище рівень УФ випромінювання
- Хмарність: найвищі рівні УФ випромінювання відзначаються при безхмарному небі, але і при наявності хмар інтенсивність опромінення може бути високим
- Висота над рівнем моря: при підйомі на кожен тисячу метрів рівень УФ випромінювання підвищується приблизно на 5%
- Озон: озон частково поглинає УФ випромінювання сонця. З виснаженням озонового шару зростає кількість УФ променів, які досягають земної поверхні.
- Відбиття від земної поверхні: деякі поверхні відбивають сонячні промені і підсилюють загальний УФ фон (наприклад, ґрунт і вода відбивають менше 10% УФ променів; свіжий сніг відбиває до 80% УФ променів; сухий пляжний пісок близько 15%, а морська піна до 25% УФ променів).

УФ спектр поділяється на три частини – УФ-А, УФ-В і УФ-С промені. УФ-С – промені з найкоротшими довжинами хвиль (100–280 нм) – найбільш небезпечні, оскільки мають найвищу енергію. На щастя, всі УФ-С промені затримуються в стратосфері.

УФ-В промені розташовані в діапазоні від 280 до 315 нм. Вони досягають поверхні Землі, проходячи через озоновий шар. У шкірі людини УФ-В промені проникають в епідерміс, але не потрапляють в дерму. Ці промені володіють сильною пошкоджуючою дією і відповідають за безліч гострих і хронічних побічних ефектів, пов'язаних з впливом сонячного світла. Хвилі довжиною 297 нм відрізняються найбільшою здатністю викликати еритему.

Довжина хвиль УФ-А променів знаходиться в межах від 315 до 400 нм. З усього УФ спектру ці промені мають найменшу енергію, але при цьому мають

найвищу проникаючу здатність. Досягаючи поверхні Землі, вони проходять крізь товщу води в морські глибини. У шкірі людини УФ-А промені досягають серединних шарів дерми. Саме з хвилями УФ-А пов'язують процеси, що лежать в основі фотостаріння шкіри.

Вважається, що УФ випромінювання викликає мутації туморсупресорних генів p53, p16 і p15 (Ping X.L. et al., 2001). Наявний прямий канцерогенний вплив простежується при БКРШ і ПКРШ, які виникають на відкритих ділянках тіла, що піддаються хронічній надлишковій інсоляції протягом тривалого часу (de Gruijl F. et al., 2001).

ЕНДОГЕННІ ФАКТОРИ РИЗИКУ

Ендогенні фактори ризику через свої відмінності можуть бути віднесені до двох груп. В одну з них входять деякі біологічні особливості організму, присутність яких підвищує ризик розвитку меланому.

Іншу групу складають попередники меланому, тобто такі патологічні зміни шкіри, які мають велику ймовірність злоякісного переродження.

До першої групи ендогенних факторів ризику відносяться:

- расова та етнічна схильність
- рівень пігментації шкіри
- спадкові (сімейні) фактори
- антропометричні показники
- імунні порушення
- ендокринні фактори
- репродуктивні чинники у жінок

Друга група ендогенних факторів ризику не настільки численна, але не менш значуща. Її складають:

- пігментна ксеродерма шкіри
- меланоз Дюбрейля
- диспластичні невуси

Відносний ризик розвитку меланоми пов'язаний з фототипом шкіри. При цьому найбільш схильні до розвитку пухлини особи з I та II фототипом і найменш з III – IV, що не виключає у них вірогідності розвитку хвороби.

Перший (I) тип – світловолосі або рудоволосі, очі блакитні або зелені, шкіра світла, з великою кількістю ефелідів (веснянок). Такі люди засмагають дуже погано, легко «згорають», їх шкіра замість засмаги покривається червоними плямами. Цим людям взагалі не слід засмагати – шкіра виробляє занадто мало меланіну, щоб оберігати себе від опіків, тому засмага таким людям нічого, крім шкоди не принесе.

Другий (II) тип – люди з карими і сірими очима, світлим волоссям, шкіра світла з невеликою кількістю веснянок. Такі люди можуть засмагати, але шкіра їх чутлива до опіків. Зазвичай засмазі передуює почервоніння шкіри (іншими словами – опік першого ступеня).

Третій (III) фототип характеризується каштановим волоссям, сірими або карими очима, шкіра середньої світлості. Шкіра у таких людей досить добре засмагає, іноді навіть без стадії почервоніння.

Четвертий (IV) тип – це люди зі смаглявою шкірою без веснянок, темними очима, чорним волоссям. Ці люди чудово засмагають, і у них практично не буває проблем з обгоранням.

П'ятий (V) і шостий (VI) типи шкіри характерні для азіатів і афро-американців, що для України не має особливої актуальності.

СУЧАСНІ МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ НОВОУТВОРЕНЬ ШКІРИ

ВІЗУАЛЬНИЙ ОГЛЯД

При зверненні пацієнта до лікаря загальної практики необхідно проводити огляд всього шкірного покриву та видимих слизових оболонок. Також, потрібно визначити фототип пацієнта – колір шкіри, очей, волосся, наявність ефелідів.

Під час огляду необхідно звернути увагу на всі новоутворення на шкірі пацієнта, а не тільки ті, які тим чи іншим чином турбують хворого. Пацієнту ставлять два блоки запитань.

Перший блок складається з питань, пов'язаних з конкретним новоутворенням:

- як і за який проміжок часу змінився зовнішній вигляд невуса чи іншого утворення шкіри
- захворювання виникло на тлі існуючого утворення шкіри (вродженого або набутого пігментного невуса) чи на незмінній шкірі
- наявність травми (механічної, термічної, хімічної) пігментного невуса чи іншого утворення шкіри
- наявність суб'єктивних відчуттів (свербіж шкіри, печіння, поколювання або хворобливості, кровоточивість, утворення кірочок)

Друга група питань повинна охоплювати особливості персонального і сімейного анамнезу:

- персональний анамнез меланоми чи НМРШ
- сімейний анамнез меланоми чи НМРШ
- кількість епізодів сонячного опіку, особливо в дитячому віці
- наявність несприятливих професійних чинників (хронічна УФ експозиція, контакт з канцерогенами)
- наявність імуносупресивних чи інших коморбідних станів

При об'єктивному обстеженні (огляд і пальпація) слід звернути увагу на найбільш значимі ознаки переродження невуса в меланому, до яких відносяться:

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

При огляді, бажано використовувати лупу з 2-3-х кратним збільшенням, яка дозволяє більш точно визначати особливості новоутворення та його межі. В останні роки активно використовуються лупи з вбудованим поляризованим освітленням, що дає можливість найбільш чітко візуалізувати поверхню новоутворення.



Рис. 2. Візуальний огляд за допомогою лупи з люмінесцентним підсвічуванням

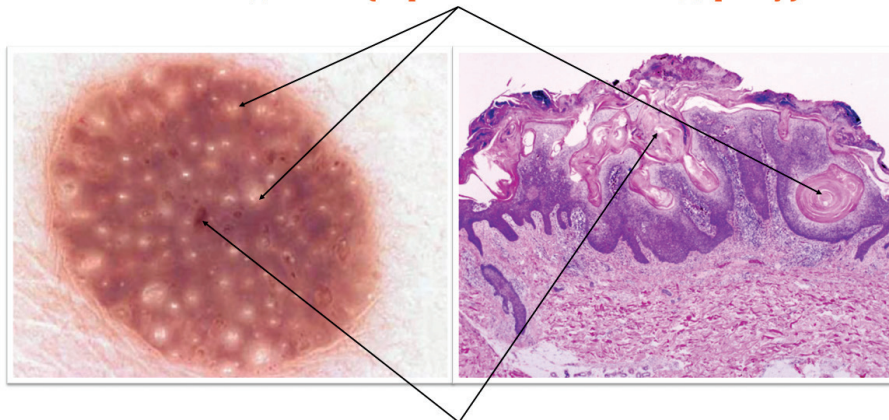
ДЕРМАТОСКОПІЯ

Дерматоскопія (дермоскопія, епілюмінісцентна мікроскопія) – неінвазивний метод дослідження, який дозволяє візуалізувати структури епідермісу і сосочкового шару шкіри, які невидимі для неозброєного ока. При застосуванні даного методу використовується оптичне збільшення зображення з нанесенням на шкіру спеціальної рідини (імерсійне, мінеральне масло, гель) спільно з направленими джерелами світла для візуалізації більш глибоких шарів дерми або ж за допомогою джерела поляризованого світла, який застосовується без використання рідини (Р. Джор із спів., 2010).

Переваги дерматоскопії:

- неінвазивний метод дослідження, який дозволяє візуалізувати морфологічні структури епідермісу і сосочкового шару дерми, які невидимі для неозброєного ока
- дерматоскопія є більш точним методом, ніж клінічне обстеження
- майже всі дерматоскопічні структури мають чітку морфологічну кореляцію
- асоціація таких структур в одному елементі та їх розташування дуже часто дозволяє чітко визначити тип новоутворення шкіри
- дерматоскопія відносно недорогий метод і технічно нескладний для виконання, однак інтерпретація вимагає певного досвіду і рівня експертизи
- цифрова дерматоскопія спрощує зберігання та пошук даних і відкриває нові можливості для спостереження, теледерматоскопії і автоматичної діагностики

Рогові псевдокісти (кератин в глибині епідермісу)



Псевдофолікулярні отвори (кератин на поверхні)

Рис. 3. Кореляція дерматоскопічних та патоморфологічних критеріїв при дослідженні себорейної кератоми шкіри

Дерматоскопія застосовується для діагностики пігментних утворень шкіри (набуті і вроджені меланоцитарні невуси), ранньої діагностики раків шкіри (як меланоми, так і НМРШ), доброякісних новоутворень шкіри, судинних утворень, а також при деяких інших станах.

Доведено, що тренування і досвід використання дерматоскопії значно покращують діагностику невоклітинних, немеланоцитарних, доброякісних і злоякісних утворень шкіри. При використанні методу, меланому діагностують на 10–27% частіше в порівнянні з діагнозом, поставленим тільки на підставі клінічного огляду (Р. Джор із спів., 2010).

При стандартному дерматоскопічному обстеженні на досліджуване новоутворення наносять масло або іншу рідину (мінеральне масло, іммерсійне масло, гель, спирт, воду). Рідина усуває відбиття світла від поверхні шкіри і робить роговий прошарок світлопроникаючим, що дозволяє краще оцінити характер пігментації та структури шкіри, які лежать під поверхнею (Р. Джор із спів., 2010).

На теперішній час існує велика кількість обладнання для дерматоскопії і цей список продовжує поповнюватись більш досконалими і складними портативними приладами чи автоматизованими системами. В залежності від бюджету і мети обстеження пацієнтів з новоутвореннями шкіри можна вибрати необхідний інструмент.

Трибальна система оцінки

Для лікарів-початківців на перших етапах використання дерматоскопії розроблені спрощені алгоритми аналізу даних, отриманих при використанні методу.

Вважається, що основним завданням для лікаря, який не має досвіду в цій сфері, є визначення необхідності виконання біопсії або видалення підозрілого новоутворення шкіри та направлення такого пацієнта до профільного вузького спеціаліста. Як результат, жоден пацієнт не повинен покинути амбулаторію з недіагностованою меланомою.

Лікар загальної практики може використовувати дерматоскопію з метою попередньої оцінки новоутворення шкіри та визначення випадків, які потребують поглибленого огляду більш досвідченими фахівцями.

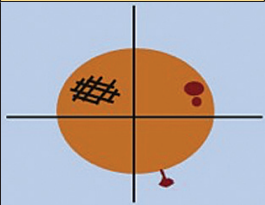
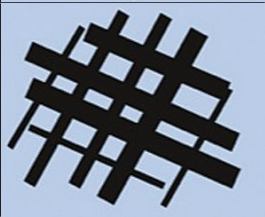

Трибальна система оцінки була спеціально розроблена для лікарів, які не мають великого досвіду використання дерматоскопії, але навіть цей алгоритм дозволяє не пропустити меланому та інші раки шкіри.

В результаті проведеної в 2001 р. консенсусної конференції по дерматоскопії (Consensus Net Meeting on Dermoscopy) (Argenziano G, Soyer HP, Chimenti S et al., 2003) було виділено три основних ознаки, що відрізняють меланому від інших доброякісних пігментних утворень шкіри.

Статистичний аналіз показав, що наявність будь-яких двох ознак вказує на високий ризик меланоми або іншого раку шкіри. Чутливість і специфічність трибальної системи оцінки тотожна порівняно з іншими алгоритмами, що вимагають більш тривалого навчання.

Згідно літературним даних, лікарі, які не мали досвіду дерматоскопії, після короткого часового вступного курсу за трибальною системою оцінки дослідили 231 випадок клінічно підозрілих пігментних утворень шкіри. Точність виявлення меланоми склала 96,3% (Soyer H. et al., 2004).

Таблиця 1. Визначення дерматоскопічних ознак за трибальною системою оцінки

Ілюстрація	Ознака	Визначення
	Асиметрія	Асиметрія пігментації та форми по одній або двом перпендикулярним осям
	Атипова пігментна сітка	Пігментна мережа з отворами неправильної форми і потовщеними лініями
	Біло-блакитні структури	Будь-які структури блакитного та / або білого кольору
<p>Наявність двох або трьох ознак вказує на підозріле новоутворення</p>		

Окрім цього, дерматоскопічне дослідження дозволяє з високим ступенем достовірності диференціювати доброякісні пухлини шкіри від злоякісних, що визначає подальшу тактику лікування хворих та прогноз.

При порівнянні даних дерматоскопії і морфологічного дослідження встановлюються діагностичні критерії, які можуть бути використані для проведення диференційної діагностики на другому етапі обстеження пацієнтів з підозрою на меланому шкіри. Дерматоскопія так само є незамінним методом в екстреній діагностиці новоутворень шкіри, їх моніторингу та скринінгових профоглядах.

БІОПСІЯ ТА ПАТОМОРФОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ

Пацієнтам з клінічними або дерматоскопічними ознаками ЗНШ слід виконувати видалення цих новоутворень з подальшою патоморфологічною верифікацією діагнозу.

Показником до видалення новоутворення шкіри є наявність хоча б однієї з наступних ознак його раптової зміни:

- збільшення площі і висоти елемента
- посилення інтенсивності пігментації, особливо якщо вона не рівномірна
- ознаки локального регресу
- виникнення пігментного віночка навколо меланоцитарного невуса, поява елементів-сателітів
- реакція запалення в новоутворенні
- свербіж, біль та ін. суб'єктивні відчуття
- ерозування і кровоточивість

Для виконання гістологічного дослідження виконують біопсію.

Види біопсій:

- ексцизійна біопсія
- інцизійна біопсія
- панч-біопсія
- поверхнева біопсія (shave-біопсія)

Ексцизійна біопсія (повне видалення) проводиться з метою подальшого гістологічного дослідження новоутворення. Вона безпечна і виконується в більшості випадків з відступом 2-3 мм від краю новоутворення, захоплюючи частину підшкірно-жирової клітковини.

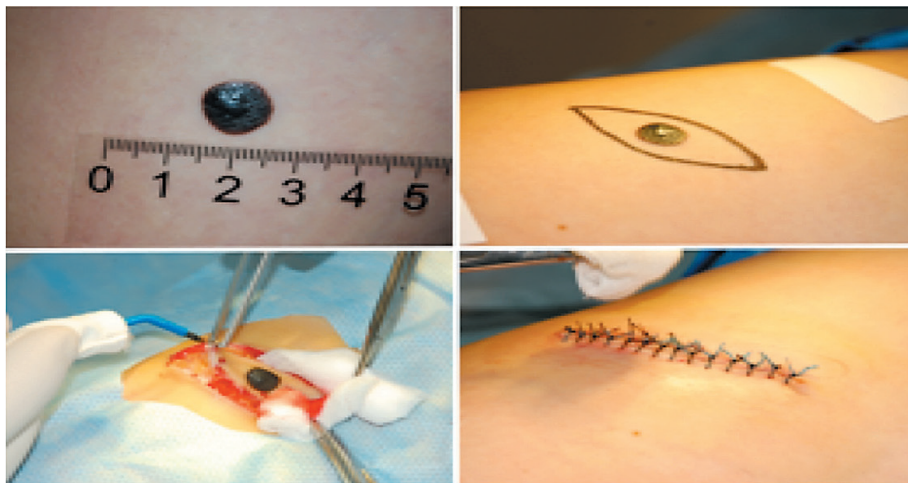


Рис. 4. Етапи проведення ексцизійної біопсії

Інцизійна (часткова) біопсія проводиться при дуже великих новоутвореннях шкіри, шляхом висічення частини новоутворення з підшкірно-жировою клітковиною. Розмір ділянки шкіри, що висікається повинен бути достатнім для проведення гістологічного дослідження.

Панч-біопсія проводиться при новоутвореннях шкіри особливої локалізації, зокрема, при раптовій появі поздовжньої меланоніхії для виключення акральньо-лентігінозної меланоми або хвороби Боуена матриці нігтя (також викликає подовжню меланоніхію). Проводять біопсію 3–4 мм пробійником (панчем).

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

ОСНОВНІ КЛІНІЧНІ ФОРМИ ДОБРОЯКІСНИХ НОВОУТВОРЕНЬ ШКІРИ

ПРОСТІ МЕЛАНОЦИТАРНІ НЕВУСИ

Набуті меланоцитарі невуси («родимки») – невеликі (діаметр до 1 см), чітко відмежовані гіперпігментовані плями або папули нейроектодермального походження, які представлені скупченням невусних клітин в епідермісі, дермі (Bauer J., Garbe C., 2003). Дані невуси відносять до найбільш частих новоутворень шкіри у представників білої раси. У кожної дорослої людини спостерігається в середньому близько 20 невусів (Ламоткін І.А., 2006). Невусні клітини відрізняються від нормальних меланоцитів відсутністю відростків, а скупчення невусних клітин утворюють так звані «гнізда».

Меланоцитарні невуси (МН) з'являються в ранньому дитинстві, досягають максимальної кількості в юності, потім можуть поступово зникати, за винятком внутрішньодермальних невусів. Протягом життя у дорослої людини можливе виникнення нових МН, але це відбувається досить рідко. Зазвичай МН не турбують пацієнтів, а виникнення деяких симптомів (свербіж, болючість, кровоточивість та ін.) може свідчити про їх зляжкісне переродження. Класифікація набутих МН базується на гістологічній локалізації скупчення невусних клітин. Розрізняють межові (інтраепідермальні), складні (дермоепідермальні) і внутрішньодермальні МН.

У межовому (інтраепідермальному) МН невусні клітини розташовані в нижній частині епідермісу над базальною мембраною. Даний невус має вигляд гіперпігментованої плями розміром до 1 см, що зазвичай не піднімається над рівнем шкіри. Колір невуса – однорідний, від жовто-коричневого до темно-коричневого і чорного, форма – кругла або овальна, межі – чіткі. Локалізація невуса – тулуб, кінцівки, обличчя, іноді – долоні та підшви (Ламоткін І.А., 2006).

Складний (дермоепідермальний, змішаний) МН характеризується поєднанням ознак межового та внутрішньодермального невуса, протягом його розвитку невусні клітини поступово проникають в папілярний шар дерми і розташовуються як в дермі, так і в епідермісі. Зазвичай складний МН має структуру папули або вузла. Колір невуса – темно-коричневий, форма – округла, куполоподібна, рідше – верукозна, часто із щетинистим волоссям. Локалізація невуса – обличчя, волоссяна частина голови, тулуб, кінцівки (Ламоткін І.А., 2006).

У внутрішньодермальному МН невусні клітини розташовані переважно в дермі. Невусні клітини при зануренні в дерму втрачають здатність до синтезу меланіну, і невус втрачає пігментацію. Типовим морфологічним елементом невуса є папула або вузол, іноді з телеангіоектазіями. Колір – від кольору шкіри до коричневого, форма – округла, куполоподібна. Локалізація невуса – обличчя, рідко тулуб та кінцівки. Зазвичай внутрішньодермальні невуси з'являються у 10–30 річному віці. При розташуванні на тулубі невус з часом набуває ніжку, або відбувається його перехід до верукозної форми. Внутрішньодермальний МН не піддається інволюції, з часом продовжує рости, потім переходить в стан спокою і піддається фіброзу (Ламоткін І.А., 2006).

Таблиця 2. Дерматоскопічні критерії простих меланоцитарних невусів (адаптовано з Malvehy J. et al., Handbook of Dermoscopy, 2005)

Схематичне зображення	Опис ознаки
	<p>Пігментна мережа (ретикулярний патерн) Виразна мережа за типом «медових сот» коричнево-чорного кольору, яка сформована за рахунок підвищеної кількості меланіну в кератиноцитах епідермальних гребенів</p>
	<p>Пігментні глобули (глобулярний патерн) Поверхневі пігментовані гнізда меланоцитів в нижніх прошарках епідермісу або папілярної дерми, більше 0,1 мм в діаметрі. Можуть групуватися в більш великі утворення у вигляді «бруківки».</p>

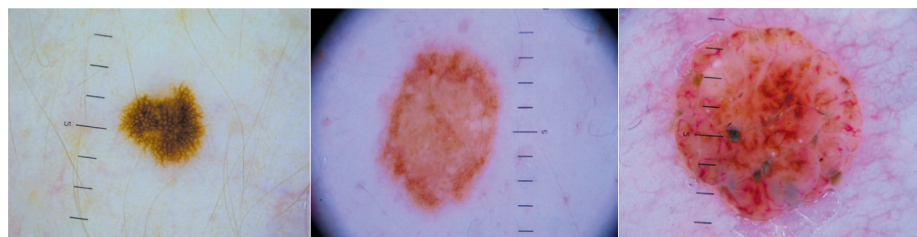


Рис. 5. Прості (набуті) меланоцитарні невуси: межовий (інтраепідермальний), складний (дермоепідермальний), внутрішньодермальний

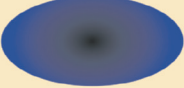
ГАЛОНЕВУС

Галоневус (невус Саттона) це МН, оточений чітко відмежованим депігментованим обідком. Депігментація обумовлена зниженням кількості меланіну в меланоцитах і зникненням самих меланоцитів з епідермісу, що викликано аутоімунними порушеннями – появою цитотоксичних антитіл і дією цитотоксичних лімфоцитів (Aouthmany M. et al., 2012). Галоневуси зазвичай зникають самостійно, при цьому пігментація периферичного обідка відновлюється в останню чергу. Типовим для галоневуса є виникнення в перші 30 років життя, іноді зустрічається у хворих з вітіліго. У своєму розвитку галоневуси проходять наступні стадії: поява депігментованого обідка навколо МН, зникнення МН (від декількох місяців до декількох років), зникнення депігментованого обідка (від декількох місяців до декількох років). Типова локалізація галоневуса – тулуб, іноді кінцівки, форма – округла або овальна. Типові дерматоскопічні критерії відсутні. Гіпопігментований обідок у вигляді дифузної гіпопігментації, центральна частина – глобулярний або, рідше, ретикулярний паттерн (Kolm I. et al., 2007).

БЛАКИТНИЙ НЕВУС

Блакитний невус (невус Ядассона-Тіче) – набутий МН, який клінічно представляє собою папулу або вузол темно-синього, сірого або чорного кольору (Zembowicz A., Phadke P., 2011). Він має щільну консистенцію і чіткі межі. Типова локалізація – тулуб та кінцівки, особливо часто виникає на тильній поверхні зап'ястка чи ступнів. Форма – кругла або овальна, розмір до 1 см в діаметрі. Дуже рідко піддається інволюції, характеризується дуже повільним ростом. За даними деяких авторів причина скупчення меланоцитів в дермі являє собою результат незавершеної міграції меланоцитів з нервового гребеня в епідерміс. Меланоцити скупчуються у верхній частині сітчастого шару дерми і мають видовжену форму, а відростки повністю заповнюються меланіном. Меланоцити перемішані з макрофагами, які також містять меланін. Окрім цього спостерігається розростання сполучнотканинних волокон.

Таблиця 3. Дерматоскопічні критерії блакитного невосу
(адаптовано з Malvehy J. et al., Handbook of Dermoscopy, 2005)

Схематичне зображення	Опис ознаки
	<p>Дифузна (однорідна) блакитна пігментація Відсутність пігментної сітки, глобул, лінійних розгалуджень. Дифузний синьо-сталевий колір з більш темним борознами, які не варто плутати з пігментними лінійними розгалудженнями.</p>

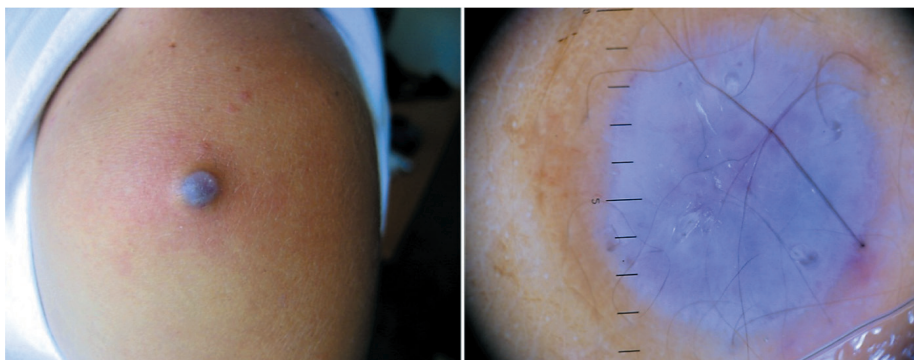


Рис. 6. Прості (набуті) меланоцитарні невоси: межовий (інтраепідермальний), складний (дермоепідермальний), внутрішньодермальний

ВРОДЖЕНИЙ НЕВОКЛІТИННИЙ МЕЛАНОЦИТАРНИЙ НЕВОС

Вроджений невоклітинний меланоцитарний невос (ВНМН) – доброякісне пігментне утворення, яке виявляється при народженні або протягом першого року життя (пізні вроджені невоси). Спостерігаються у 1–2% новонароджених дітей (Alikhan A. et al., 2012). Меланоцити розташовуються на різних рівнях, аж до нижньої третини сітчастого шару дерми. Невусні клітини виявляються і в придатках шкіри.

В залежності від розміру новоутворення ВНМН поділяють на:

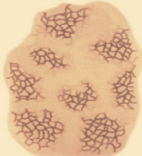
- ◆ дрібні (діаметр до 1,5 см)
- ◆ середні (від 1,5 до 10 см)
- ◆ великі (від 10 до 20 см)
- ◆ гігантські (більше 20 см), зазвичай займає всю анатомічну область

Клінічно представлені піднятою бляшкою, яка інколи вкрита термінальним грубим волоссям. Форма ВНМН округла або овальна, краї чіткі чи розмиті. Колір – від світло- до темно-коричневого або чорного, іноді спостерігаються дрібні темні вкраплення на більш світлому тлі («плямистий» неvus, *nevus spilus*). Поверхня неvуса може бути гладкою або зморшкуватою, вкритою сосочками, що нагадують звивини мозку. Дуже рідко навколо ВНМН спостерігається обідок депігментації як при галоневусі.

Гігантський ВНМН зазвичай займає цілу анатомічну зону (тулуб, кінцівки, голову, шию) або більшу її частину. Навколо основного вогнища можуть розташовуватись неvуси-сателіти. На поверхні неvуса часто спостерігаються вузли та папули, а також темне, грубе волосся (Ламот- кін І.А., 2006).

Схильністю до переродження переважно володіють гігантські ВНМН (від 2% до 6,3% за даними різних авторів). Такі неvуси вимагають ретельного динамічного контролю з вимірюванням геометричних властивостей і динаміки дерматоскопічних ознак (Arneja J. et al., 2009).

Таблиця 4. Дерматоскопічні критерії вродженого неvусу
(адаптовано з Malvehy J. et al., Handbook of Dermoscopy, 2005)

Схематичне зображення	Опис ознаки
	<p>Острівкова пігментація Острівкова ретикулярна пігментація з можливим фокальним скупченням глобул. Можливі й інші варіанти патернів – суцільний ретикулярний, змішаний (ретикулярно-глобулярний) та ін.</p>

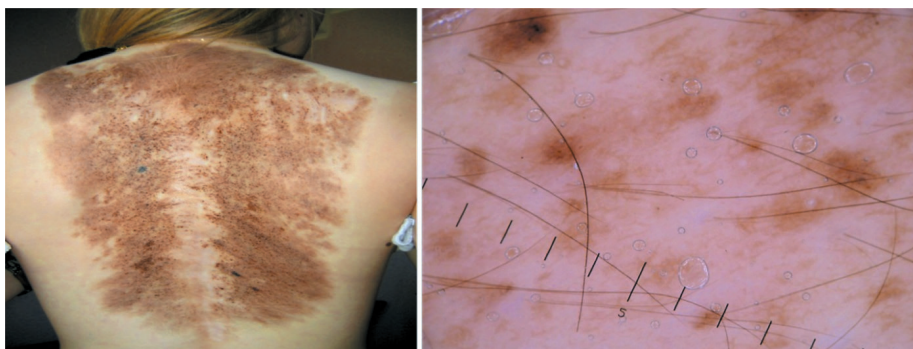


Рис. 7. Вроджений гігантський невоклітинний меланоцитарний неvus

СЕБОРЕЙНА КЕРАТОМА

Себорейний кератоз (себорейна кератома, себорейна бородавка) – доброякісне утворення, яке частіше виникає у осіб похилого віку і представляє собою розростання епідермісу (Ламоткін І.А., 2006). Себорейні кератоми (СК) можуть з'явитися на шкірі будь-якої частини тіла, крім слизових оболонок (Hafner C, Vogt T., 2008). СК починають з'являтися у віці 30–40 років, а після 60 років майже у кожної людини є себорейні кератоми. Причина розвитку СК на шкірі досі остаточно не з'ясована. Велике значення в їх появі відводять впливу сонячних променів і вірусу папіломи людини (ВПЛ).

На початку свого розвитку СК мають вигляд плями світло-або темно-коричневого кольору, овальної форми. При зростанні новоутворення відзначається трансформація плями в бляшку. Поверхня кератоми з часом має бородавчатий вид. Часто на поверхні себорейної бляшки можна бачити рогові маси. Розміри СК можуть коливатися від декількох міліметрів до декількох сантиметрів.

Гістологічно СК характеризуються наявністю папіломатозної епідермальної гіперплазії кератиноцитів та псевдокістами. Діагностика СК за наявності характерних себорейних плям та бляшок не викликає труднощів в більшості випадків.

Таблиця 5. Дерматоскопічні критерії себорейного кератозу
(адаптовано з Malvey J. et al., Handbook of Dermoscopy, 2005)

Схематичне зображення	Опис ознаки
	Міліарні псевдокісти Патогістологічна кореляція: інтраепідермальні рогові кісти (скупченні кератину)
	Псевдофолікулярні отвори Патогістологічна кореляція: інвагінації епідерміса, що заповнені кератином (гіперкератинові щілини)

Схематичне зображення	Опис ознаки
	<p>Патерн «гребенів і борозни» Множинні гребені і борозни неправильної форми, що нагадують поверхню головного мозку, світло- або темно-коричневого кольору.</p>
	<p>Патерн «відбитка пальця» Патогістологічна кореляція: Розростання та інвагінація епідермісу в роговому шарі, що заповнені кератиновими масами.</p>

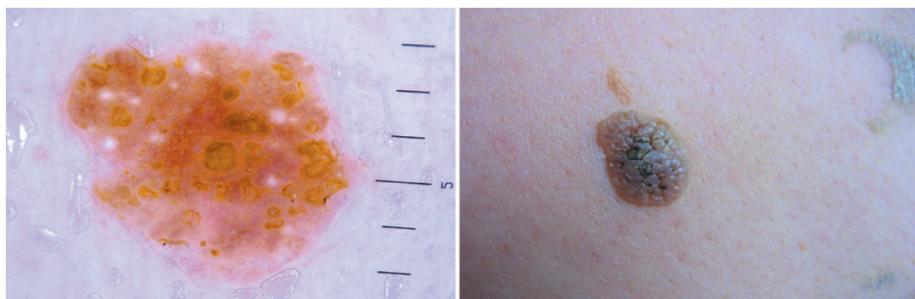


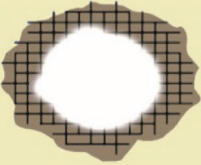
Рис. 8. Себорейна кератома тулуба

ДЕРМАТОФІБРОМА

Дерматофіброма (фіброзна гістіоцитома) є найбільш розповсюдженою доброякісною фіброгістіоцитарною пухлиною шкіри у дорослих людей і розташована в дермі. Зазвичай ці утворення являють собою маленькі, тверді, плоскі або виступаючі папули, які не перевищують 2–4 мм в діаметрі (хоча можуть досягати і 2–3 см). Колір утворення коливається від тілесного до темно-коричневого (гіперпігментація), тому їх часто приймають за невуси. Типова локалізація дерматофібром – на боковій поверхні тулуба та шкірі кінцівок. Мікроскопічно більшість дерматофібром складаються переважно з фібробластів, що виробляють велику кількість колагену. Характерним для

дерматофібром є синдром «ямочки», який полягає в западанні центральній частині новоутворення, при бічному вдавненні великим і вказівним пальцями. При пальпації – щільний вузол. Дерматофіброми вважаються доброякісними фіброгістіоцитарними пухлинами, які не демонструють схильності до малігнізації.

Таблиця 6. Дерматоскопічні критерії дерматофіброми
(адаптовано з Malvehy J. et al., Handbook of Dermoscopy, 2005)

Схематичне зображення	Опис ознаки
	<p>Центральна рубцеподібна зона Центральна рубцеподібна зона представлена сполучно-тканинним тяжем, що йде в глибину дерми, по периферії – легка ретикулярна пігментація.</p>

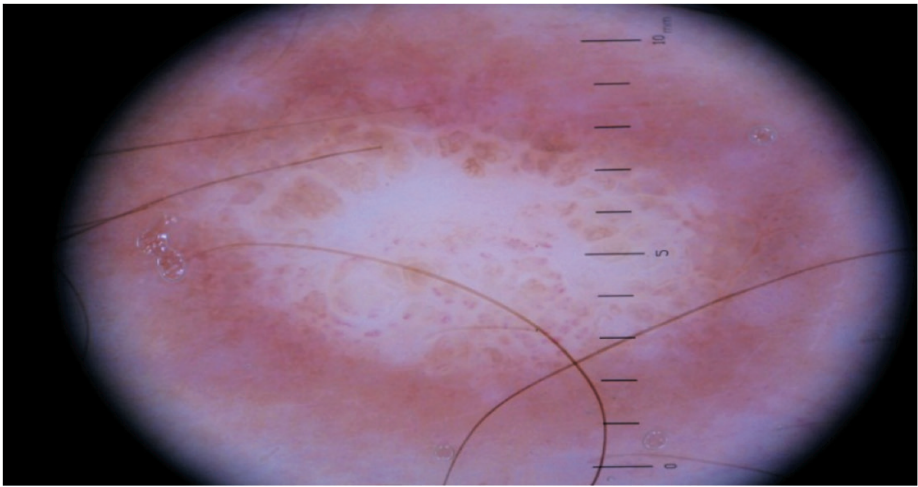


Рис. 9. Дерматофіброма

ГЕМАНГІОМА

Ангіоми – це доброякісні пухлини, які розвиваються з кровоносних (гемангіома) і лімфатичних (лімфангіома) судин. Вони можуть виникнути практично в будь-якому місці на тілі.

Судинні пухлини мають велике розмаїття клінічних форм та проявів, існує багато видів класифікацій судинних новоутворень шкіри, однією із найповніших вважається класифікація (Enjolras O. et al., 2007) Міжнародного товариства досліджень судинної патології (ISSVA, International Society for the Study of Vascular Anomalies), яку в спрощеному вигляді можна привести в наступному варіанті:

Судинні пухлини:

- ◆ Інфантильна гемангіома
- ◆ Вроджена гемангіома
- ◆ Пучкова ангіома
- ◆ Капошіформна гемангіоендотеліома
- ◆ Веретенноподібна гемангіоендотеліома
- ◆ Дерматологічні набуті судинні пухлини (наприклад піогенна гранульома)

Судинні мальформації:

- ◆ З повільним потоком
- ◆ Капілярні мальформації
- ◆ Винні плями
- ◆ Телеангіоектазії (наприклад – павукоподібна ангіома)
- ◆ Ангіокератома

Венозні мальформації:

- ◆ Спорадичні венозні мальформації
- ◆ Синдром Біна
- ◆ Сімейні венозні мальформації шкіри та слизових оболонок
- ◆ Гломеруловенозні мальформації
- ◆ Синдром Маффучі


Лімфатичні мальформації:

- ◆ Із швидким потоком
- ◆ Артеріальні мальформації
- ◆ Артеріовенозна фістула
- ◆ Артеріовенозна мальформація

Невеликі ангіоми на шкірі з'являються мимовільно, переважно у людей середнього та похилого віку. Причина виникнення більшості ангіом невідома. Ангіома може бути симптомом іншого захворювання, такого як цироз печінки. Раптова поява множинних ангіом може бути ознакою розвитку внутрішнього злоякісного утворення (паранеопластичний процес).

В деяких випадках (особливо при тромбуванні) гемангіому диференціюють з вузловою меланою, але в більшості випадків клінічна картина більш ніж типова. Самостійне регресування в основному не характерно.

Таблиця 7. Дерматоскопічні критерії ангіоми шкіри
(адаптовано з Malvehy J. et al., Handbook of Dermoscopy, 2005)

Схематичне зображення	Опис ознаки
	<p>Червоні, червоно-сині лакуни Множинні чітко відмежовані овоїдні різного діаметру і кольору (від червоного до синього і чорного), що розташовується кластерно. Патогістологічна кореляція: розширені і збільшенні судинні структури (синуси) в сосочковому прошарку дерми.</p>

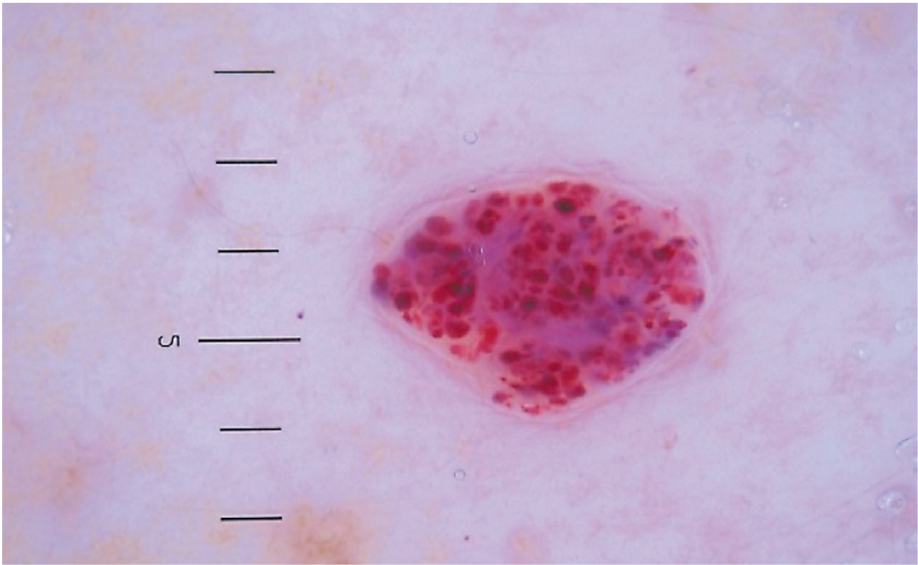


Рис. 10. Ангіома шкіри

ОСНОВНІ КЛІНІЧНІ ФОРМИ ПЕРЕДРАКОВИХ НОВОУТВОРЕНЬ ШКІРИ

АКТИНІЧНИЙ КЕРАТОЗ

Актинічний кератоз (actinic keratosis) – передвістник ПКРШ, який багато дослідників розглядають як «cancer in situ» (Stockfleth E., 2009). Клінічно актинічний кератоз (АК) являє собою ороговілі, сухі плями рожево-бордового кольору з вираженим лущенням на поверхні, які з'являються на шкірі через надмірну УФ інсоляцію. Їх часто називають сонячними плямами через появу в місцях, найбільш схильних до сонячного впливу – обличчі, вушних раковинах, шиї і шкірі голови. Часто спостерігаються телеангіектазії і болючість при доторканні до лусочок. Розміри утворень бувають різними – від 0,5 до 3–4 см.



Рис. 11. Актинічний кератоз та поле канцеризації



Рис. 12. Дерматоскопічна картина звичайної та пігментованої форма актинічного кератозу на шкірі обличчя

ХВОРОБА БОУЕНА

Хвороба Боуена – внутрішньоепідермальний (cancer in situ) плоскоклітинний рак шкіри (Shimizu I. et al., 2011). Захворювання найчастіше виникає у віці 70–80 років, з перевагою у жінок. Улюблена локалізація – на тулубі, верхніх кінцівках та в області промежини. Його розвиток пов'язують з дією УФ опромінення, травматизацією шкіри, контактом з миш'яком. У зв'язку з цим розглядають дві форми захворювання: перша – виникає на місцях, які знаходились під впливом надмірної інсоляції, а інша – на закритих ділянках шкіри. Остання форма, на думку авторів, частіше пов'язана з прийомом хворими препаратів миш'яку. Крім того, хвороба Боуена (ХБ) може розвиватися на тлі вогнищ веруциформної епідермодисплазії Левандовського-Лютца, пов'язаних з ВПЛ. Ряд авторів розцінюють ВПЛ в якості важливого фактора розвитку ХБ. Дані літератури про частоту асоціації ХБ із злякисними новоутвореннями внутрішніх органів досить суперечливі.

Клінічно ХБ характеризується частіше солітарними і в 1/3 випадків множинними вогнищами ураження. Спочатку вогнища ураження представлені дрібною плямою червоного кольору або незначною інфільтрованою бляшкою неправильних обрисів або округлої форми з незначним лущенням. Бляшки можуть бути утворені злиттям червонуватих лентикулярних папул і вузлів різної величини. На поверхні вогнища спостерігається біле або жовте лущення, яке легко видаляється без ознак кровоточивості, оголюючи червону мокнучу поверхню. Осередок має чіткі межі і поступово стає піднесеним над рівнем шкіри. По мірі збільшення його розмірів плоска поверхня стає гіперкератотичною і в деяких ділянках покривається кірками.

Важливими клінічними ознаками також можуть бути: нерівномірний ріст вогнища по периферії, його строкатість (за рахунок ділянок атрофії, гіперкератозу, бородавчастих розростань), піднесення крайової зони. Розмір вогнища варіює від 2 мм до долоні дитини. Іноді ХБ представлена кількома, в тому числі і поширеними вогнищами, близько розташованими і такими, що зливаються між собою по мірі їх збільшення. Пігментна форма ХБ зустрічається в 2% випадків.

ХБ, що трансформувалася в інвазивний плоскоклітинний рак, зберігає цитологічні характеристики інтраепідермальної пухлини, причому спочатку глибоке занурення акантотичних тяжів з вираженим поліморфізмом клітин і порушенням базальної мембрани може відбуватися в обмеженій ділянці пухлини. Для виявлення такої ділянки слід досліджувати серійні зрізи препарату.

Таблиця 8. Дерматоскопічні критерії хвороби Боуена
(адаптовано з Malvehy J. et al., Handbook of Dermoscopy, 2005)


Схематичне зображення	Опис ознаки
	<p>Кластери клубочкоподібних судин Наявність клубочкоподібних судин, розташованих фокально(кластерно) є дуже специфічним критерієм для хвороби Боуена.</p>



Рис. 13. Клінічна та дерматоскопічна картина хвороби Боуена

ДИСПЛАСТИЧНИЙ НЕВУС ТА СИНДРОМ ДИСПЛАСТИЧНИХ НЕВУСІВ

Диспластичний меланоцитарний невус (невус Кларка, атиповий меланоцитарний невус) – це набутий меланоцитарний невус, який є попередником меланоми (зазвичай поверхнево розповсюдженої). На відміну від набутих меланоцитарних невусів, диспластичний меланоцитарний невус (ДМН) виникає пізніше – незадовго до початку статевого дозрівання, при цьому нові елементи невуса можуть з'являтися аж до самої старості.

В популяції поширеність ДМН коливається від 2 до 18% (Tucker M.A. et al., 2003). Частота виникнення не залежить від статі. ДМН може бути спорадичним (в 30–50% випадків) або сімейним, що передається аутосомно-домінантним типом наслідування. В останньому випадку захворювання називають синдромом диспластичних невусів. Особливо високий ризик переродження диспластичного невуса в меланому, якщо остання була у когось із родичів.

Диспластичний меланоцитарний невус виникає незалежно від індивідуальної реакції організму на сонячні промені, в тому числі на сонячні опіки. У той же час деякими авторами відзначена залежність ступеня клітинної атипії і дисплазії в ДМН від попереднього сонячного опромінення (Landi M. et al., 2002). Вплив і штучного, і природного УФ випромінювання може промотувати клітинні альтерації в генетично «ініційованих» меланоцитах при ДМН (або навіть в нормальній шкірі у індивідуумів з синдром диспластичних меланоцитарних невусів), приводячи до формування нових диспластичних невусів, трансформації існуючих диспластичних невусів у меланому або розвитку меланому de novo. У хворих з диспластичними невусами, що одержують імунодепресанти (наприклад після трансплантації нирки), ризик розвитку меланому ще вищий (Kubica A., Brewer JD., 2012).

ДМН частіше бувають множинними, великих розмірів (діаметром більше 5 мм). Вони мають нерівномірну строкату пігментацію, колір варіює від чорно-коричневого до рожево-червоного. Межі утворення, як правило, нечіткі, неправильні. Улюблена локалізація – спина, нижні кінцівки, волосиста частина голови, грудна клітка, сідниці, статеві органи, тобто ділянки шкіри, закриті для інсоляції.

Синдром диспластичних невусів (СДН) є одним з найбільш важливих факторів ризику розвитку меланому шкіри. У 1978 році Кларк опублікував результати спостережень за сім'ями з множинними невусами і показав підвищення ризику розвитку меланому у таких пацієнтів, а також створив модель прогресії пухлини з меланоцитарних невусів.

Кларк запропонував назвати цей синдром – В-К mole syndrome – за першими літерами прізвищ пацієнтів, в сім'ях яких він спостерігав даний синдром. Диспластичні невуси зустрічаються досить часто – від 2% до 8% у осіб європеїдної раси у віці до 40 років, у пацієнтів з персональним анамнезом меланому диспластичні невуси зустрічаються набагато частіше (від 34% до 59%).

Незважаючи на наявність зв'язку між диспластичним невусом і розвитком меланому, переважна більшість диспластичних (клінічно атипових) невусів ніколи не перероджуються в меланому (відносний ризик 1:10 000).

Профілактична ексцизія не покращує загальний ризик розвитку меланому і дає пацієнтові помилкове відчуття безпеки, так як більше 50% меланом розвиваються de novo.

У пацієнтів із СДН повинен забезпечуватися адекватний моніторинг з акцентом контролю «чистої» шкіри із застосуванням засобів цифрової фотографії і «картування» всієї поверхні шкіри, яка суттєво покращує об'єктивний контроль в даній групі пацієнтів. Дерматоскопія може бути використана для діагностики нових / мінливих утворень. Самоконтроль над пігментними утвореннями шкіри та навчання пацієнтів дозволяє значно поліпшити раннє виявлення меланому шкіри.

Таблиця 9. Дерматоскопічні критерії диспластичних невусів та ранньої меланоми шкіри (адаптовано з Malvehy J. et al., Handbook of Dermoscopy, 2005)

Схематичне зображення	Опис ознаки
	<p>Атипова пігментна мережа Розширення пігментної сітки, потовщення ліній пігментної сітки, поява розширень по периферії новоутворення.</p>
	<p>Атипові точки/глобули Поява нерівномірно-забарвлених точок/глобул. Можливе як локальне скупчення атипових глобул, так і дифузне їх розташування.</p>
	<p>Асиметрія за формою або структурою Наявність асиметрії по одній або обом осям. Оцінюється як геометричні характеристики новоутворення, так і наявність асиметрії кольору і окремих структур.</p>



Рис. 14. Синдром диспластичних невусів

ОСНОВНІ КЛІНІЧНІ ФОРМИ ЗЛОЯКІСНИХ НОВОУТВОРЕНЬ ШКІРИ

МЕЛАНОМА

Меланома (меланобластома, меланоцитома, невокарцинома) – одна з найбільш злоякісних пухлин. Вона розвивається з меланоцитів – пігментних клітин, розташованих переважно в базальному шарі епідермісу.

За різними даними, захворюваність на меланому шкіри становить від 1 до 30 і більше випадків на 100 000 населення в рік, а частота – 1–4% серед всіх злоякісних новоутворень шкіри (Jemal A., 2007). За останні роки відзначається значне зростання захворюваності меланою шкіри в різних регіонах світу: показник щорічної захворюваності збільшується в різних країнах на 2,6–11,7%.

Основними формами меланоми є (James W. et al., 2006):

- ◆ поверхнева (39–75% випадків)
- ◆ вузлова (15–30%)
- ◆ злоякісна лентигомеланома (10–13%)
- ◆ акральна лентігіозна меланома (8%)
- ◆ амеланоцитарна (безпігментна) меланома (<2%)

Клінічні прояви та перебіг меланом шкіри дуже різноманітні. Найбільш важлива тривожна ознака – це будь-яка зміна розміру, форми або кольору новоутворення які сталися за короткий період часу.

Оскільки зв'язок меланоми з родимками, пігментними невусами чітко встановлено, звертають особливу увагу на наступні початкові симптоми їх активізації:

- ◆ швидке зростання невуса, що раніше незмінювався або збільшувався повільно
- ◆ ущільнення невуса
- ◆ асиметричне збільшення однієї з його ділянок
- ◆ зміна пігментації (посилення або зменшення)
- ◆ поява почервоніння у вигляді обідка навколо невуса
- ◆ випадіння волосся з поверхні невуса
- ◆ поява відчуття наявності новоутворення, виникнення свербіжжю, відчуття печіння, напруження, поколювання
- ◆ поява папіломатозних виростів, тріщин, виразки, кровоточивість

Правило «ABCDE», містить перелік найбільш показових оціночних діагностичних ознак:

- A (asymmetry) – асиметрія, одна сторона не схожа на іншу;
- B (boundary, border irregularity) – нерівний край;
- C (color) – включення ділянок червоного, коричневого, синього або білого кольору; D (diameter) – діаметр більше 6 мм;
- E (elevation) – піднесеність пухлини над навколишньою шкірою.

Основним методом ранньої діагностики меланоми шкіри є дерматоскопічне дослідження, яке збільшує діагностичну точність при оцінці пігментних утворень шкіри і меланоми більш ніж на 40%, а чутливість і специфічність на 6% і 19% відповідно.

Таблиця 10. Дерматоскопічні критерії меланоми шкіри
(адаптовано з Malvehy J. et al., Handbook of Dermoscopy, 2005)

Схематичне зображення	Опис ознаки
	<p>1 – Плями/«клякси» Пляма – темно-коричнева або чорна, гомогенна ділянка, що приховує підлеглі структури і включає не менше 10% новоутворення.</p> <p>2 – Атипові точки/глобули Наявність нерівномірно-забарвлених точок/глобул.</p> <p>3 – Прожилки/відростки Відростки – радіально розташовані гіперпігментовані ділянки (про довження) пігментної мережі на периферії новоутворення, на кінцях можуть мати розширення. При меланомі мають асиметричне (нерівно мірне) розташування.</p> <p>4 – Атипові судини Наявність атипових судин – точкових, звивистих, штопороподібних та інших</p> <p>5 – Ділянки регресу Ділянки, де відсутні ознаки пігментної сітки, білястого кольору, з наявністю блакитно-сірих точок (меланофаги)</p> <p>6 – Біло-блакитна вуаль/пелена Дифузна пігментація біло-блакитного кольору, представлена глибоким розташуванням атипових меланоцитів.</p> <p>7 – Атипова пігментна мережа Розширення пігментної сітки, потовщення ліній пігментної сітки, поява розширень по периферії новоутворення.</p>

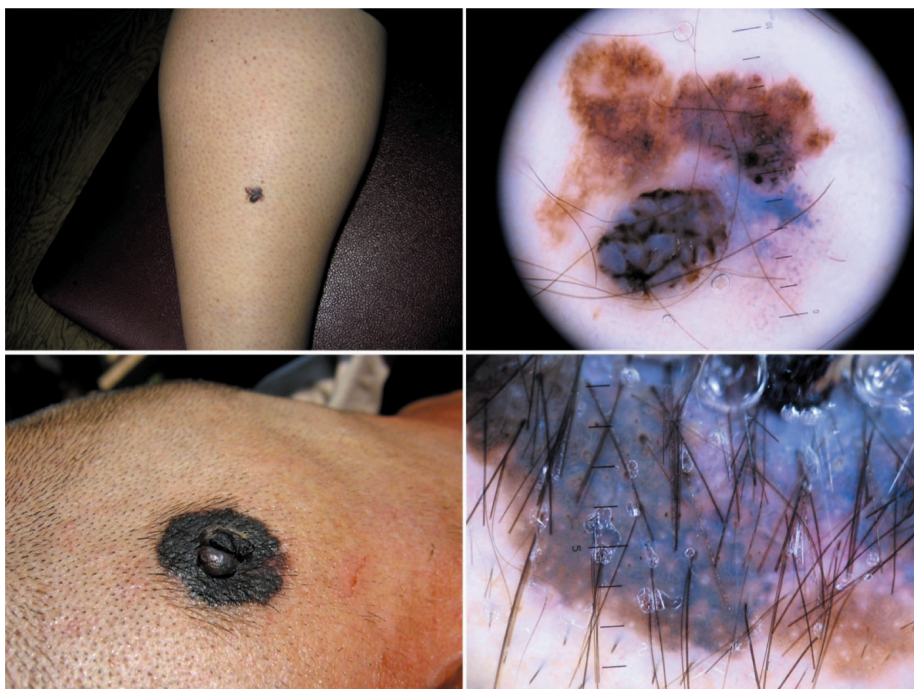


Рис. 15. Клінічні та дерматоскопічні прояви меланоми шкіри

БАЗАЛЬНО-КЛІТИННА КАРЦИНОМА ШКІРИ

Базально-клітинна карцинома шкіри (БККШ) є найбільш поширеним злоякісним захворюванням шкіри (Коровін С.І., 2010) і складає до 75% немеланомних раків шкіри (Crowson A.N., 2006). Пухлина розвивається з клітин базального (найглибшого) шару епідермісу або залозистих додатків шкіри та характеризується повільним місцево деструктивним ростом.

Ризик мати БККШ у чоловіків складає від 33% до 39%, а у жінок – від 23% до 28% (Christenson L.J., 2005). Частота захворюваності зростає з віком. Люди з білою шкірою страждають цим захворюванням частіше, ніж темношкірі. Доведено безпосередній зв'язок між часом знаходження під прямими променями сонця і частотою БККШ. Люди, що працюють під відкритим небом або живуть в районах з високою сонячною радіацією, мають підвищений ризик захворювання.

В 80–85% випадків базаліома є солітарною, в 10–20% – множинною, причому пухлини можуть виникати як послідовно, так і одночасно (Молочков В.А.

із спів., 2012). Деякі науковці вказують на можливість метастазування БККШ в 0,0028% – 0,55% випадків (Ting P.T. et al., 2005).

Переважає локалізація пухлинного процесу – обличчя та волосиста частина голови (70%) (Erba P. et al., 2007), кінцівки та тулуб (25%) (Fresini A. et al., 2007) і статеві органи, періанальна ділянка (5%) (Shindel A.W. et al., 2007).

Основні клінічні форми базаліоми.

Нодулярна (вузликова, пухлиноподібна, noduloulcerative) найбільш часта (до 60%) класична форма цієї пухлини (Молочков В.А. із спів., 2012).

Переважає локалізація даної форми БККШ – підборіддя, повіки, внутрішній кут ока, нососічні складки. На поверхні незміненої шкіри з'являється вузлик, щільний по консистенції, який виступає над поверхнею шкіри. Колір даного вузлика може бути різним – від рожевого до червоного. Шкіра над вузликом може бути матова або блискуча, витончена із телеангіектазіями.

Центральна частина утворення з часом виразкується і вкривається кірочкою, відторгнення якої супроводжується крапельною кровотечею, потім кірка наростає знову. При цьому сам виразковий дефект може бути невеликих розмірів (0,5–1 см в діаметрі), неправильної конусоподібної форми із проникненням в глибокі шари шкіри («ulcus rodens») (Sexton M. et al., 2001). По краю такої пухлини утворюється щільний валик із закругленими краями, кольору «перлини».

Виразково-інфільтративна базаліома може викликати значні деструктивні зміни підлеглих тканин та займати великі площі («ulcus terebrans») (Sexton M. et al., 2001). Дана форма виникає частіше на ділянках шкіри, які піддаються постійній травматизації (скроні, чоло, плечі та інші). Вона може руйнувати підлеглу тканину, навіть кістки, відрізняється інтенсивним ростом і при деяких локалізаціях може призвести до летального кінця (Молочков В.А. із спів., 2012).

Поверхнева базаліома (superficial) – зустрічається рідше (до 15% випадків) в більш молодому віці і переважно на тулубі. Клінічно характеризується бляшкоподібним округлим вогнищем рожевого або червоного кольору діаметром від 1 до декількох сантиметрів із поверхневим лущенням різної інтенсивності, незначними кірочками, ділянками гіпо- чи гіперпігментації, атрофії (Bastiaens M.T. et al., 2001). Така клінічна картина робить її схожою на екзему, псоріаз, мікоз, але завжди присутня одна із характерних ознак базаліоми – валик із «перламутрових» вузликів.

Тривалість розвитку такої пухлини в часі велика, кілька десятиліть, розвиток доброякісний, але часто пухлини бувають множинними. Виділяють окремо спадкове захворювання – синдром Горліна – Гольця (невоїдний базально-клітинний синдром, Gorlin syndrome), що включає в себе розвиток поверхневих форм базаліом, множинних кіст нижньої щелепи, аномалії ребер та інші вади розвитку.

Нодулярна або поверхнева базаліоми можуть включати пігмент меланін, який надає їм коричневий, синій чи чорний відтінок (пігментна форма, pigmented). Пухлина може бути пігментованою частково або повністю. Дану форму базаліоми необхідно диференціювати із злоякісною меланомою. Всі ознаки БККШ в такому вузлик зберігаються, він має характерний вигляд і «перлиноподібний» обідок, але в центрі або по краям базаліоми є коричнева або чорна пігментація.

Склеродермоподібна форма (morphaeform, морфеаподібна) – досить рідка форма базаліоми (до 3%), але агресивна. Клінічно нагадує рубець або вогнищеву склеродермію і проявляється щільною інфільтрованою бляшкою із жовтуватою воскоподібною поверхнею, телеангіектазіями та «перламутровими» папулами по периферії. Характеризується первинно ендофітним ростом та здатністю проникати в глибокі шари шкіри. Також має тенденцію до процесу рубцювання (нагадує вдавнений рубець), або може виразкуватись (виразково-атрофічний варіант).

Таблиця 11. Дерматоскопічні критерії меланоми шкіри
(адаптовано з Malvey J. et al., Handbook of Dermoscopy, 2005)

Схематичне зображення	Опис ознаки
	<p>1 - Виразки Наявність поверхневих виразок.</p> <p>2 - «Спиці в колесі» Пігментовані структури з темно-коричневою центральною частиною і більш світлими радіальними відростками. Патогістологічна кореляція: пухлинні гнізда базальних клітин, що розташовуються перифолікулярно.</p> <p>3 - Синювато-сірі овоїдні гнізда Синьо-сірі або сіро-чорні овоїдні гнізда можуть бути чітко відокремленими, так мати тенденцію до злиття, більш 0,2 мм в діаметрі. Патогістологічна кореляція: фокальне скупчення меланіну у великих пухлинних гніздах базальних клітин.</p>

4 - Множинні синювато-сірі глобули

Синьо-сірі овальні глобули з чітко відмежованою овальною структурою, більше 0,1 мм в діаметрі і відсутністю пігментної мережі. Патогістологічна кореляція: фокальне скупчення меланіну в пухлинних гніздах базальних клітин.

5 - Патерн «кленового листа»

Пігментовані новоутворення, розташовані по периферії утворення, що складаються з об'єднаних овальних структур, що формують подобу кленового листа. Патогістологічна кореляція: розкидані гнізда епітеальних пігментованих вузлів атипичних базальних клітин.

6 - Деревоподібні розгалужені судини

Судини, що розгалужуються подібно гілкам дерева.

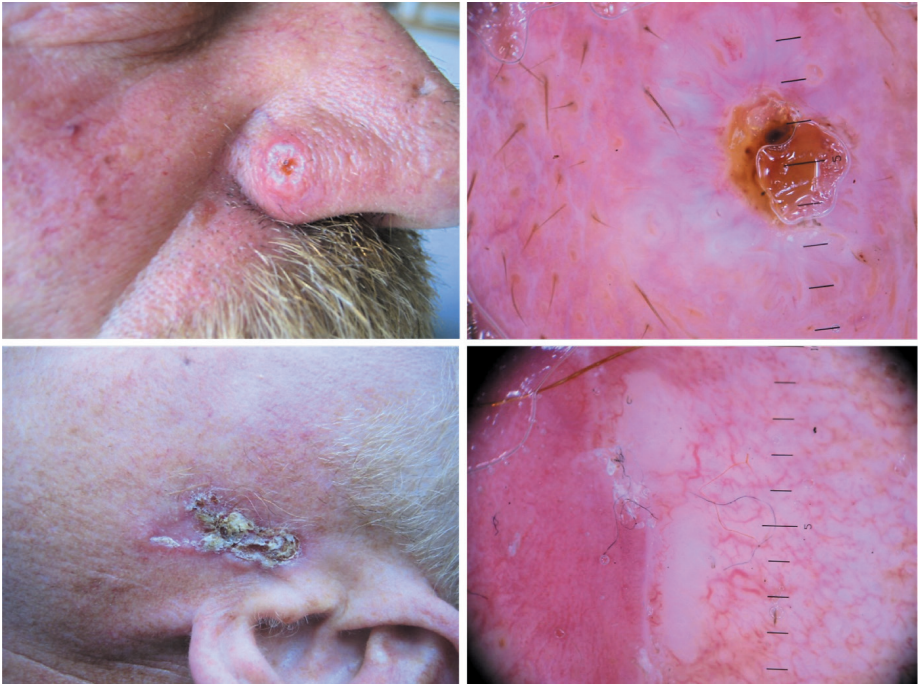


Рис. 16. Клінічні та дерматоскопічні прояви базально-клітинної карциноми шкіри

ПЛОСКОКЛІТИННА КАРЦИНОМА ШКІРИ

Плоскоклітинна карцинома шкіри (спіноцелюлярний рак, плоскоклітинна епітеліома, squamous cell carcinoma) (ПККШ) – найбільш злоякісна епітеліальна пухлина шкіри та слизових оболонок походженням із клітин остистого шару епідермісу. Частка ПККШ серед ЗНШ складає близько 20%, а співвідношення з базаліомою становить 1:4 (Rapini R.P. et al., 2005). Вірогідність виникнення ПККШ у чоловіків більше ніж у жінок (співвідношення 3:1) і складає 81–136 випадків на 100 000 чоловіків та 26–59 випадків на 100 000 жінок (Goldman G.D. et al., 2000; Miller D. et al., 2000).

ПККШ майже завжди розвивається на тлі передраку (АК та інших) або внутрішньо епідермального раку (ХБ, еритроплазія Кейра), а також може виникати на тлі рубцевої атрофії при червоному вовчаку, хронічній виразковій піодермії, трофічних виразках, на місці опіку, травми, рентгенівського дерматиту, хронічного дерматозу (псоріазу, бородавчатої форми червоного плоского лишая та інших). Розвиток ПККШ de novo зустрічається рідко (Молочков В.А. із спів., 2012).

Захворювання частіше зустрічається після 50 років, за винятком випадків розвитку ПККШ на тлі пігментної ксеродерми, або у хворих на СНІД та після трансплантацій солідних органів.

За останні роки встановлено значимість певних ВПЛ (16, 18, 31, 33, 35 та 45 типів) в розвитку ПККШ. Процес канцерогенезу відбувається при синергічній дії вірусу з фізичними (надлишкове сонячне опромінення) та хімічними канцерогенами і обумовлений генетично-регульованими імунними механізмами (мутація p53 tumor suppressor gene) (Nghiem D.X. et al., 2002).

При наявності ПККШ хворі пред'являють скарги на пухлину або виразку шкірних покривів, що швидко збільшуються в розмірах і тривалий час не загоюється (від 1 місяця і більше). При великій площі ураження шкіри і підлеглих тканин та приєднанні запального процесу внаслідок інфікування виникають скарги на біль в ділянці розташування пухлини (Jensen V. et al., 2010).

Ендофітна (інфільтративно-виразкова) форма ПККШ буває поверхневою та глибокою. Поверхневий різновид характеризується поверхневою виразкою неправильної форми з чіткими межами у вигляді епітеліального валу та вкритою щільною кіркою. Глибокий різновид розповсюджується не тільки по периферії, а і в глибину тканини. Характеризується виразкою із різко піднятими, щільними краями, що оточують її з усіх боків у вигляді вала. Дно виразки нерівне, щільне, жовтувато-червоного кольору. З пухлини виділяється

рясний серозно-кров'яний ексудат, який засихає у вигляді коричневих кірочок. Від новоутворення виходить неприємний запах через вторинне інфікування. Регіональні метастази з'являються як правило на 3–4 місяці існування пухлини у вигляді сателітних вузликів (Молочков В.А. із спів., 2012).

Екзофітна (пухлиноподібна, вузлова, папілярна) форма ПККШ клінічно представляє собою вузол чи бляшку червоно-рожевого кольору вкриту кірками, роговими масами або бородавчастими розростаннями, які нагадують за зовнішнім виглядом «кольорову капусту» або гриб на широкій основі. Консистенція, як самого вузла, так і його основи, щільна. З часом на поверхні вузла можуть з'явитися ерозії чи виразки. Зростання даної форми ПККШ швидке (Молочков В.А. із спів., 2012).

У зонах регіонарного метастазування (в паховій ділянці, паховій западині, на шиї) можуть з'явитися збільшені, щільні, безболісні, рухливі лімфатичні вузли. Пізніше вони втрачають рухливість, стають болючими, спаюються з шкірою і розпадаються з утворенням вкритих виразками інфільтратів.

Окремо необхідно відмітити плоскоклітинний рак нижньої губи, яка більше знаходиться під впливом УФ опромінення ніж верхня губа. Плоскоклітинний рак нижньої губи розвивається частіше у чоловіків, ніж у жінок (співвідношення 40:1) на тлі тривалого травмування, актинічного хейліту, лейкоплакії курців, рецидивуючого герпесу та професійних факторів (складуви та інші) (Молочков В.А. із спів., 2012). На початку клінічно процес характеризується одиночною лусочкою або ерозією без ознак ендоефітного чи екзофітного росту. Типовим є неоднорідність червоної облямівки за кольором (з білими, жовтими, червоними ділянками) та наявність ознак атрофії слизової оболонки, присутність кірочок та тріщин. Поступово вогнище приймає обриси вузла з некрозом та виразкуванням, що супроводжуються болем та деформацією губи (Burgdorf W.H.G.et al., 2009).

ПРОФІЛАКТИКА РАКУ ШКІРИ

Профілактика меланому полягає в ранньому і активному виявленні попередників злоякісної пухлини, в першу чергу диспластичних невусів, необхідності виділення пацієнтів з наявністю таких новоутворень в «групу ризику» з постійним динамічним спостереженням за макроскопічними та дерматоскопічними змінами цих новоутворень.

Таким чином, абсолютно логічними і зрозумілими стають шляхи ранньої діагностики та профілактики злоякісних новоутворень шкіри.

В Україні дерматологічною службою в тісній співпраці з онкологічною службою протягом останніх п'яти років проводяться організовані масові огляди населення на предмет наявності новоутворень шкіри з їх верифікацією та визначенням подальшої тактики ведення таких пацієнтів.

Успіх у проведенні масових оглядів населення залежить від проінформованості населення та медичної громадськості про проведену акцію. З цією метою заздалегідь у засобах масової інформації, інтернет ресурсах і в лікувальних установах розміщується відповідна інформація із зазначенням місця та часу проведення акцій. В реалізації проекту беруть участь лікарі бюджетних і приватних лікувальних установ, з якими попередньо проводяться тематичні тренінги. Огляди проводяться за допомогою лупи з 2-3-х кратним збільшенням і оптичних дерматоскопів. У випадках підозри на злоякісне новоутворення шкіри проводиться експертна дерматоскопія цифровим дерматоскопом. На кожен випадок новоутворення шкіри оформляється відповідна медична документація. Всім пацієнтам, які приймають участь в скринінгу, надається інформаційний матеріал у вигляді брошур з інформацією про новоутворення шкіри, правила самоогляду, рекомендації щодо профілактики злоякісного переродження новоутворень шкіри.

Всі отримані дані в результаті проведення дня діагностики злоякісних новоутворень шкіри узагальнюються і подаються в оргметодвідділі лікувальних установ. Пацієнти зі злоякісними новоутвореннями шкіри направляються на лікування до профільних лікувально-профілактичних закладів, також диспансерному спостереженню підлягають пацієнти з передонкологічними новоутвореннями шкіри.

ПРОВЕДЕННЯ САМООГЛЯДУ ШКІРНИХ ПОКРИВІВ

Багато відомих організацій з охорони здоров'я, що працюють в галузі попередження раку шкіри, рекомендують людям групи підвищеного ризику (які мають світлу шкіру, багато родимих плям або найближчих родичів, у яких був рак шкіри) один або два рази на місяць робити самоогляд шкіри для виявлення будь-яких підозрілих пухлин або ознак раку шкіри. Самоогляд слід проводити повністю роздягнувшись, перед великим, в повний зріст дзеркалом і допомагаючи собі маленьким ручним дзеркалом при перевірці важкодоступних для огляду місць.

Інвентар необхідний для проведення самоогляду: дзеркало велике, дзеркало з ручкою, два табурети, фен, джерело світла.

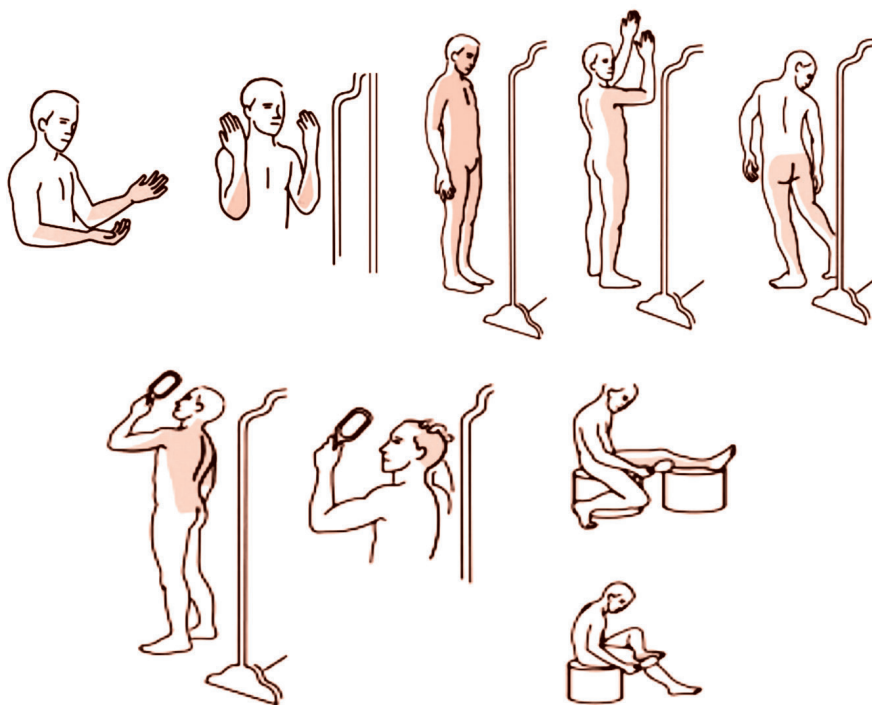


Рис. 17. Проведення профілактичного самоогляду поверхні шкіри

Самоогляд слід проводити в наступному порядку:

Крок 1. Уважно оглянути внутрішню поверхню передпліччя

Крок 2. Використовуючи дзеркало уважно оглянути зовнішню поверхню передпліччя

Крок 3. Ставши обличчям до дзеркала уважно оглянути обличчя, шию, передню поверхню тулуба (груди, живіт, лобкову ділянку), плечей, стегон, гомілок.

Крок 4. Ставши боком до дзеркала уважно оглянути бічні поверхні тулуба, плечей стегон, гомілок, пахвових областей.

Крок 5. Ставши спиною до дзеркала оглянути шкіру спини, сідниць, задню поверхню стегон і гомілок, сідничну складку і підколінні ямки.

Крок 6. Ставши спиною до дзеркала і узявши дзеркальце в руку сфокусуйте зображення в маленькому дзеркалі і огляньте шкіру спини, задньої поверхні плечей і шиї, задню поверхню стегон і гомілок, сідничну складку і підколінні ямки.

СОНЦЕЗАХИСНІ ЗАСОБИ

УФ промені є домінуючим чинником виникнення меланоми і НМРШ. Відповідно захист шкіри від УФ впливу є актуальною проблемою первинної і вторинної профілактики цих захворювань. Особливо ретельно потрібно підходити до фотозахисту пацієнтам із груп ризику. Захист від УФ випромінювання і відповідальне ставлення до прийняття сонячних ванн, має бути належним чином відображено в модифікації способу життя.

Захист від УФ випромінювання повинен включати:

- ◆ Обмеження часу впливу – скорочення часу перебування на сонці
- ◆ Зменшення інтенсивності впливу – уникнення перебування на сонці в період пікової інтенсивності УФ випромінювання
- ◆ Обмеження площі впливу – використання закритого одягу, захисних капелюхів, парасольок і т.п.
- ◆ Використання зовнішніх сонцезахисних засобів – нанесення речовин, які зменшують вплив УФ на шкіру

СОНЦЕЗАХИСНІ ЗАСОБИ, ЗА МЕТОДОМ ЇХ ДІЇ

З фізичним механізмом дії (фізичні УФ фільтри), коли діюча речовина являє собою непрозорий матеріал і володіє властивістю відбивати УФ промені від поверхні шкіри не викликаючи біологічної дії. Найчастіше для цих цілей використовують діоксид титану, оксид цинку або їх комбінацій.

Переваги фізичних УФ фільтрів:

- ◆ стабільний рівень захисту
- ◆ рідко викликають контактну алергію
- ◆ не сприяють нагріванню шкіри

Недоліки фізичних УФ фільтрів:

- ◆ візуалізуються на шкірі у вигляді характерного білястого блиску
- ◆ більш чутливі до правильного нанесення.

З хімічним механізмом дії, діюча речовина таких засобів поглинає енергію УФ випромінювання під дією якої відбувається хімічна реакція і небезпечна для шкіри УФ енергія перетворюється на теплову. Існує багато речовин, які володіють УФ фільтруючими здібностями, але як правило певні речовини краще поглинають деяку частину УФ спектру, тому хімічні фільтри, як правило, містять декілька діючих речовин. Серед речовин, які використовуються в якості сонцезахисних засобів, найбільш популярні похідні параамінобензойної кислоти (ПАБК), циннамати, саліцилати, бензофеноли та інші сполуки.

Переваги хімічних УФ фільтрів:

- ◆ косметична прийнятність – засіб не помітно на шкірі
- ◆ засоби з хімічними УФ фільтрами, як правило, мають більш тонку текстуру і, відповідно, легше наносяться

Недоліки хімічних УФ фільтрів:

- ◆ з часом ефективність захисту зменшується
- ◆ в наслідок багатокomпонентного складу, більш часті алергічні реакції
- ◆ фотохімічні реакції часто екзотермічні, тому сприяють додатковому нагріванню шкіри

Сучасні комбіновані засоби поєднують в собі хімічні та фізичні фільтри, для максимально ефективного захисту.

ФАКТОРИ ЗАХИСТУ ВІД УФ В СОНЦЕЗАХИСНИХ ЗАСОБАХ

У міжнародній практиці широко використовується аббревіатура SPF (Sun Protection Factor) – Фактор Захисту від Сонця, який представляє собою рівень впливу сонця, необхідний для того, щоб отримати мінімальну еритему шкіри з нанесеним сонцезахисним засобом, поділений на кількість енергії, необхідної для отримання такої ж еритеми на незахищеній шкірі.

SPF = МЕД (з сонцезахисним засобом) / ПЕД (без сонцезахисного засобу)

Критерієм для визначення SPF є еритема, а як відомо, еритемною дією володіють в основному УФ промені спектру Б. У той же час ряд негативних біологічних ефектів, які відбуваються в шкірі пов'язані з УФ променями спектру А, не в останню чергу через більш глибоке проникнення, до рівня дерми. Тому фактор SPF не відображає ефективність фільтрації УФ-А, більше того немає уніфікованого міжнародного стандарту з маркування цього виду захисту. Ефективність сонцезахисних засобів по відношенню до УФ-А в різних країнах маркується по різному: від констатації наявності УФ-А-фільтра, або маркування «broad spectrum» (широкий спектр) до позначення сили УФ-А фільтрації (в зірочках від 1 до 4).

Резюмуючи вище викладене, слід зауважити що доцільно розглядати фактор захисту SPF як орієнтовний показник, який корелює з вмістом активної речовини в сонцезахисному засобі, і не підходить до вибору сонцезахисних засобів з формальної, «математичної» позиції.

ОСОБЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ СОНЦЕЗАХИСНИХ ЗАСОБІВ

Сонцезахисні засоби по сучасним рекомендаціям варто наносити не менше ніж за 15 хвилин до інсоляції та відновлювати шар через кожні 2 години під час інсоляції.

Якщо на сонцезахисному засобі не вказано спосіб дозування, його слід дозувати з розрахунку 2мг/см², таким чином для нанесення сонцезахисту на всю поверхню шкіри дорослої людини ($S = 1,5-2\text{м}^2$) буде потрібно 30–40мл засобу, а це досить велика кількість. В останнє десятиліття з'явилося ряд досліджень, в яких було доведено, що більшість людей наносять недостатню кількість сонцезахисних засобів, тим самим істотно зменшуючи їх ефективність. У цьому контексті дуже важливим є регулярне відновлення шару фотозахисного засобу.

Крім маркування SPF, і фільтрації УФ-А, нерідко на сонцезахисних засобах вказують їх водостійкість і поділяють їх на водостійкі і неводостійкі. У питанні водостійкості також немає єдиних міжнародних стандартів, тому водостійкість сонцезахисних засобів не можна розглядати як абсолютну, і для забезпечення максимального захисту, слід рекомендувати повторно нанесення сонцезахисних засіб після кожного купання або потіння.

ПОБІЧНІ ЕФЕКТИ ВІД ВИКОРИСТАННЯ СОНЦЕЗАХИСНИХ ЗАСОБІВ

З найбільш поширених побічних ефектів слід зазначити алергічні реакції, які особливо характерні для хімічних сонцезахисних фільтрів (зокрема ПАБК, бензофенолів). При виникненні такого роду реакцій, варто замінити сонцезахисний засіб на засіб з іншим хімічним фільтром або на засіб з фізичним механізмом фільтрації. Для засобів з фізичними фільтрами більш характерними є ускладнення у вигляді пітниці, через можливий оклюзійний ефект. У цьому випадку варто віддавати перевагу засобам з більш легкою текстурою, наприклад, емульсії на водній основі або розчині.

Підсумовуючи, необхідно відмітити, що у питаннях, пов'язаних з профілактикою меланоми і НМРШ в цілому, і сонцезахисту зокрема роль лікаря дерматовенеролога має бути ключовою. Також вельми значним є проведення санітарно-освітньої та просвітницької роботи серед населення з цих питань, при чому така робота повинна бути спрямована на всі вікові групи від молодшого шкільного віку до літніх людей.

ТЕЛЕМЕДИЦИНА В ДІАГНОСТИЦІ РАКУ ШКІРИ

Головною метою телемедицини є поліпшення здоров'я населення шляхом забезпечення рівного доступу до медичних послуг належної якості.

Основними завданнями телемедицини є:

- ◆ забезпечення надання медичної допомоги пацієнту, коли відстань є критичним чинником її надання
- ◆ збереження медичної таємниці та конфіденційності, цілісності медичної інформації про стан здоров'я пацієнта
- ◆ створення єдиного медичного простору
- ◆ сприяння підвищенню якості допомоги та оптимізації процесів організації та управління охороною здоров'я
- ◆ формування системних підходів до впровадження та розвитку телемедицини в системі охорони здоров'я

В даний час існують наступні основні види телемедичних процедур, що входять в загальне поняття «телемедицина»:

- ◆ телемедичне консультування
- ◆ біотелеметрії (телемоніторинг)
- ◆ домашня (індивідуальна) телемедицина
- ◆ телескрінінг
- ◆ телеприсутність
- ◆ телеасистування
- ◆ дистанційне навчання

Телемедицина представлена комплексним використанням перерахованих вище процедур (в різних модифікаціях) для досягнення клінічних та інших цілей в рамках певної медичної спеціальності.

Теледерматологія – застосування телемедичних комп'ютерно-телекомунікаційних технологій в сфері дерматології, дерматохірургії, дерматоонкології, венерології та косметології. Термін «теледерматологія» був введений D.Perednia і N.Brown в 1995 році.

Основні завдання теледерматології:

- ◆ швидка та ефективна взаємодія різних рівнів медико-санітарної допомоги для своєчасного та повноцінного надання консультативної допомоги пацієнтам з дерматологічною та венерологічною патологією
- ◆ дистанційна підтримка діагностичних та лікувальних рішень
- ◆ скринінг дерматоонкологічної патології
- ◆ контроль і моніторинг пацієнтів на амбулаторному етапі
- ◆ формування та контроль за маршрутом пацієнта
- ◆ забезпечення клінічної, економічної та організаційної ефективності системи охорони здоров'я, регіональної первинної ланки надання медичної допомоги
- ◆ безперервна медична освіта

Основними напрямками теледерматології є загальна теледерматологія, теледерматоскопія, теледерматопатологія, домашня телемедицина та телемоніторинг (пацієнти з псоріазом, екземою, акне, вітіліго, тропічними виразками та іншою хронічною патологією), “сортування” пацієнтів на першому рівні надання медичної допомоги.

Теледерматоскопія – використання дерматоскопічних зображень в телемедичних цілях. Цифрові дерматоскопічні зображення отримують за допомогою спеціальних цифрових систем або шляхом приєднання (через спеціальний адаптер) дерматоскопу до фотокамери.

Останнім часом з'явилися дерматоскопи, що адаптуються до цифрових фотоапаратів смартфонів. У зв'язку з цим в теледерматології спостерігається поява нового напрямку – мобільної теледерматоскопії. Застосування подібної технології є найбільш актуальним для скринінгу онкологічної патології (перш за все меланоми) та відкриває нові можливості щодо розробки пацієнто-орієнтованих телемедичних рішень в найближчий час.

Теледерматопатологія – використання статичних або динамічних телепатологічних систем, в якості компонента теледерматологічної консультації. У ряді випадків для телепатологічної діагностики окрім результатів біопсії додатково дистанційно додається клінічна інформація, цифрові фотографії місця хвороби і дерматоскопічне зображення. Даний підхід носить найменування «теледерматоскопічно-асистованої дерматопатології»

(«teledermoscopically-aided dermatopathology») і призначений для підвищення якості діагностичного рішень лікаря-патолога.

Теледерматологічна консультація може бути проведена в реальному часі (real-time teledermatology, синхронна) або у відкладеному часі (store-and-forward, асинхронна).

Телеконсультація **в реальному часі** має деякі переваги, такі як більш повна та «жива» клінічна картина, безпосереднє прийняття рішення по діагнозу та рекомендаціям, менший відсоток пацієнтів надалі звертається за очною консультацією. Однак, такий режим надання телемедичної допомоги є ресурсозатратним (фіксований час консультантів, дороговартісне обладнання) та в більшості випадків, є надлишковим в рутинній дерматологічній практиці (окрім телеконсилиуму).

Перед початком телеконсультації в реальному часі необхідно:

- Роз'яснити пацієнту процедуру телеконсультації та отримати згоду пацієнта
- Забезпечити візуальну та аудіо-конфіденційність місця проведення консультації
- Ідентифікувати та представити всіх учасників телеконсультації
- Освітлення та меблі повинні бути пристосовані для комфортної та професійної взаємодії
- Камери повинні бути зафіксовані для запобігання рухомих артефактів під час консультації

Технічні вимоги до теледерматологічної консультації у реальному часі:

- ◆ стандарт компресії відео H.264 або вищий
- ◆ підтримка стандарту H.323
- ◆ підтримка стандарту компресії H.261
- ◆ стандарт компресії аудіо G.711 або вищий
- ◆ роздільна здатність «живого» відео-зображення 4CIF (704 · 480) або вище
- ◆ роздільна здатність контенту XGA (1024 · 768) або вище
- ◆ якість каналу передачі даних – 384 kbps при 4CIF@30fps
- ◆ мінімальний канал зв'язку 384 kbps між центрами надання телемедичної допомоги

Асинхронні теледерматологічні консультації є більш дешевим методом, зручним для провайдера телемедичної консультації, має високий рівень діагностичної точності, найбільш швидко впроваджується в рутинну клінічну практику та потребує базового набору телекомунікаційного обладнання. До недоліків цього виду телеконсультацій можна віднести відсутність прямого контакту між пацієнтом і експертом, затримки в процесі постановки діагнозу та призначення рекомендацій.

Дані пацієнта, що мають бути зібрані перед початком консультації:

- Основні персональні дані (вік, стать, раса)
- Головні скарги
- Анамнез хвороби та висипу (локалізація, опис, розмір, кількість, тяжкість, тривалість, динаміка, попереднє лікування та відповідь на нього)
- Додаткові симптоми та хвороби
- Анамнез життя, сімейний анамнез
- Які ліки приймає пацієнт, тривалість, дозування
- Алергічні реакції
- Якісні знімки (макро, дерматоскопічні, тощо)
- Діагностичні дані (лабораторні та інструментальні дослідження)

Пациент	
Описание случая	Пациент обратился с жалобами на наличие образования на коже в области спины. Отмечает периодическое воспаление в области образования, которое проходит в виде увеличения образования в высоту, появление пузырька, который периодически лопается и кровоточит. В последнее время беспокоит зуд.
Макроснимки	
Дерматоскопические снимки	
Описание	На коже спины отмечается выступающее образование асимметричной формы, незначительно выступающий над уровнем кожи, бардово-синюшного оттенка. Дерматоскопически отмечаются множественные лагуны, заполненные кровью, участки выраженного фиброза, шелушение. В нижней части образования отмечается узел, с наличием пролиферативных изменений.
Диагноз	Ангиокератома
Код МКБ-10	D23.L74
Рекомендации	Удаление хирургическим методом с последующим патогистологическим исследованием


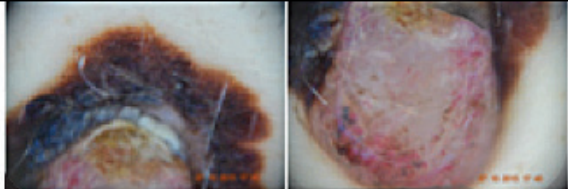
Пациент	
Описание случая	Жалобы на наличие образования на коже поясничной области спины слева. Образование появилось в период новорожденности. Субъективных жалоб не отмечал. Около 2 лет назад образование начало увеличиваться в размере, стало более интенсивно окрашенным. 2 месяца назад в нижней части образования появился узел багрово-красного цвета, безболезненный. После травмы в области узла появился зуд и изъязвление, покрытое корочкой. Онко анамнез не отягощен.
Макроснимки	
Дерматоскопические снимки	
Описание	На коже поясничной области спины отмечается образование асимметричной формы, с ободком коричнево-черного цвета, представленного пятном и центральной узловой частью, розово-бурого оттенка с выраженным сосудистым компонентом. Дерматоскопически определяется атипия пигментной сети, утолщение пигментной сети в периферической части образования, признак «бело-голубой» пленки. В нодулярной части определяется полиморфизм сосудов, которые в большинстве своем атипичны.
Диагноз	Susp. m. cutis?
Код МКБ-10	C43.5
Рекомендации	Направление в специализированное онкологическое учреждение для проведения иссечения первичной опухоли, патоморфологического исследования и последующей терапии по результатам патоморфологического исследования

Рис. 18. Приклад протоколу теледерматоскопічної консультації з приводу підозри на рак шкіри

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Джор Р., Сойер Х.П., Ардженциано Дж., Хофман-Велленхоф Р., Скольвенци М. Дерматоскопия. Перевод с англ. под редакцией проф. Л.В.Демидова. - М.: ООО «Рид Элсивер». – 2010. – 244 с. с илл.
2. Дерматоскопия в клинической практике. Под редакцией проф. Н.Н. Потекаева. – М.: Изд-во МДВ. - 2010. – 143 с.
3. Ламоткин И.А. Опухоли и опухолеподобные поражения кожи: Атлас/ И.А.Ламоткин. – М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2006. – 166с.: ил.
4. Молочков В.А., Молочков А.В., Хлебникова А.Н., Кунцевич Ж.С. Эпителиальные опухоли кожи. – М.: Издательство БИНОМ. – 2012. – 224 с., алл.
5. Литвиненко Б.В., Литус А.И. Актинический кератоз: обзор проблемы. Часть 1: эпидемиология, клиника и диагностика Дерматолог, 2015, Том 06, No1, С. 64-70.
6. A. Neil Crowson, Cynthia M. Magro and Martin C. Mihm. Biopsy Interpretation of the Skin: Primary Non-Lymphoid Neoplasms of the Skin (Biopsy Interpretation Series). Lippincott Williams & Wilkins, 2009.
7. Cancer of the skin/ Second Edition. Darrell S. Rigel et al. – ELSIVER saunders. – 2012. – 698 с.
8. Cancer of the Skin: Expert Consult, 2nd Edition, Darrell S. Rigel MD, June K. Robinson MD, Merrick I. Ross MD and Robert Friedman. Saunders – 2011. – 720p.
9. Johr R, Stolz W. DERMOSCOPY An Illustrated Self-Assessment Guide. McGraw-Hill, 2010.
10. Jorg Reichrath. Molecular Mechanisms of Basal Cell and Squamous Cell Carcinomas (Medical Intelligence Unit). Springer, 2006.- 137p.
11. Keyvan Nouri. Skin Cancer. McGraw Hill Professional, 2007.- 734 p.
12. Kittler H., Rosendahl C., Cameron A., Tschandl P. Dermatoscopy - An Algorithmic Method Based on Pattern Analysis. – «Facultas Verlags- & Buchhandels AG». – 2011. – 334p.
13. Malvehy J, Puig S, Braun RP, et al: Handbook of Dermoscopy. New York, Taylor & Francis, 2006.
14. Soyer HP, Argenziano G, Hofmann-Wellenhof R, Johr R. Color Atlas of Melanocytic Lesions of the Skin. Berlin Heidelberg New York: Springer, 2007.
15. Tosti A. Dermoscopy of Hair and Scalp Disorders with Clinical and Pathological Correlations. Informa , 2008.

АКТИВУЙ ЗДОРОВ'Я



Проект USAID Підтримка реформи охорони здоров'я

Ця публікація підготовлена за підтримки Агентства США з міжнародного розвитку (USAID), наданої від імені народу Сполучених Штатів Америки, та Програми Уряду Великої Британії «Good Governance Fund», наданої від імені народу Великої Британії. Відповідальність за зміст цієї публікації, який необов'язково відображає погляди USAID, Уряду Сполучених Штатів Америки, UK aid або Уряду Великої Британії, несе виключно компанія ТОВ «Делойт Консалтинг» в рамках контракту №72012118C00001.