

І. В. Ашаніна

СУЧАСНІ АСПЕКТИ ДІАГНОСТИКИ НОВОУТВОРЕНЬ У ДЕРМАТОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Одеський національний медичний університет

Щороку в країнах Європи реєструють приблизно 5–7 випадків меланоми на 100 тис. населення, що дорівнює приблизно 9–10 тис. нових випадків на рік [1; 2]. За даними ВООЗ, меланома шкіри (синонім — чорний рак шкіри) становить 4 % від усіх злоякісних новоутворень, посідає друге місце за смертністю після раку легень, друге місце за розповсюдженістю серед жінок 25–29 років після раку молочної залози [3].

Меланома шкіри — це злоякісна пухлина, яка з'являється внаслідок трансформації меланоцитів або невусних клітин, характеризується здатністю до швидкого метастазування лімфогенним і гематогенним шляхами. Вперше меланому було описано Rene Laennec (1806). У 50 % випадків меланома локалізується на тулубі, у 20 % — на нижніх кінцівках, у 17 % — на верхніх кінцівках, у 15 % — на обличчі, шиї, волосистій частині голови.

Загальний коефіцієнт смертності від меланоми шкіри в Україні (на 100 тис. населення) у 2006 р. дорівнював 2,2; у 2007 р. — 2,2; в 2008 — 2,3; у 2009 р. — 2,4; у 2010 р. — 2,3 [1]. Одна з причин такої статистики — пізнє звертання, недостатність засобів діагностики на ранньому етапі захворювання.

Серед причин розвитку меланоми шкіри називають такі:

— спадковість (синдром родинної атипичної родимки і меланоми — CAPM, синдром В-К родимки (диспластичний меланоцитарний невус) — один із варіантів синдрому має

майже 100 % індивідуальний ризик розвитку як мінімум 1 меланоми протягом життя);

— надмірна інсоляція (особливо в дитинстві) — головна, якщо не єдина причина, в тому числі — солярій, який є дуже небезпечним;

— травматизація;

— велика кількість родимок на тілі (понад 50);

— родимки великого розміру (> 7 мм у діаметрі) [3].

Серед країн світу за розповсюдженістю захворювання передують Австралія та Нова Зеландія (табл. 1).

В Україні захворюваність у 2009 р. серед чоловіків становила 4,9 (загальний коефіцієнт) на 100 тис. населення, серед жінок — 6,6 (табл. 2). Як бачимо, коефіцієнт щороку збільшується [7].

Ситуація, що склалася, потребує системного аналізу з метою формування концептуальних обґрунтованих дій, спрямованих на оптимізацію профілактики й удосконалення діагностики новоутворень шкіри.

Безумовно, клінічна діагностика пігментних шкірних утворень залишається важливою в практиці дерматолога, але на сучасному етапі, в умовах погіршення екологічної ситуації, збільшення рівня сонячної активності, особливо в умовах півдня України, онкологічна настороженість повинна бути присутня в роботі дерматолога. Найбільша кількість меланом реєструється в Криму. З 2006 по 2010 рр. показники захворюваності в Автономній Республіці Крим збільшилися на 31,8 %, тимчасом як загальноукраїнські — на

14 % [1]. У Росії, в Краснодарському краї (також південний регіон), у 2008 р. злоякісні новоутворення шкіри посідали третє місце за рівнем захворюваності серед усіх онкологічних захворювань, поступаючись раку легень і молочної залози. За 10 років (1999–2008 рр.) загальна захворюваність зі злоякісних пухлин меланоцитарного характеру у Російській Федерації збільшилась у 1,8 разу та в 1,6 разу — немеланоцитарних утворень. Захворю-

Таблиця 1

Захворюваність на меланому на 100 тис. населення станом на грудень 2008 р. серед країн світу

Країна	Загальний коефіцієнт захворюваності	
	Чоловіки	Жінки
Австралія	51,6	40,7
Нова Зеландія	45,2	44,4
Швеція	19,8	19,9
США	16,4	12,9
Данія	14,8	17,6
Швейцарія	12,5	15,0
Нідерланди	12,2	16,7
Австрія	11,5	15,4

Таблиця 2

Захворюваність на меланому на 100 тис. населення в Україні станом на 2010 р.

Рік	Загальний коефіцієнт захворюваності	
	Чоловіки	Жінки
2006	4,4	5,5
2007	4,6	5,9
2008	4,9	6,1
2009	4,9	6,6
2010	4,8	6,2



ваність на меланому шкіри в Росії за 5 років збільшилася на 10,3 %, смертність — на 8 %, середньорічні темпи приросту — 3 % [8].

На сучасному етапі діагноз злоякісної меланоми шкіри базується на даних клінічного огляду та світлової дерматоскопії, яка сприяє оптимізації діагностики, необхідність біопсії слід обговорити, бо таке втручання може призвести до розвитку метастазів. Використання онкомаркерів для визначення малих кількостей клітин меланом, що циркулюють у крові або в кістковому мозку, прогностичної цінності на ранніх стадіях захворювання не мають [3]. Також використовують УЗД шкіри в режимі сканування з використанням височастотних датчиків, що дозволяє об'єктивізувати клінічні дані. Можна визначити й оцінити диференціювання епідермісу та дерми, товщину ехоструктури, ехогенність, судинний малюнок [4].

У 5 % випадків меланома може локалізуватися на сітківці ока та структурах ЦНС. Так, наприклад, описано поєднання невусу Оти (вперше описаний у 1939 р. М. Ота як осередок шкірної пігментації, який локалізується навколо ока за ходом першої та другої гілок трійчастого нерва) з меланою ока (може локалізуватися на судинній оболонці, склері, райдужці, війчастому тілі, очному нерві).

Найбільш часті сполучення: увеальної меланоми та раку молочної залози, сечового міхура. Офтальмологи меланому діагностують рідко, але принципово важливо, де локалізується первинний осередок, тому що лікування первинного осередка і метастатичної пухлини принципово різне [5]. Вроджені гігантські невоклітинні невуси слід розглядати як попередники меланоми, однак доволі часто з цих осередків розвиваються так звані псевдомеланоми, диференцію-

вати їх від справжньої меланоми доволі складно [3]. Також найбільш підозрілими є темно-коричневі та чорні меланоцитарні невуси (МН), з насторогою слід ставитися до синюшних, білих, червоних ділянок на поверхні МН, особливо у людей слов'янського типу, зі світлою шкірою [2].

За наявності МН широкого використання набула дерматоскопія як один з основних методів, який дозволяє на ранніх етапах запідозрити можливість злоякісного переродження того або іншого пігментного утворення на шкірі, а також діагностувати деякі непігментні утворення, як-от: базальноклітинну карциному, диспластичний невус, акантозний себорейний кератоз, себорейну кератому, ангиокератому, голубий невус та ін.

Вперше поняття «дерматоскопія» було введено Saphier (1920) [1].

В основі роботи дерматоскопа лежать збільшення (наприклад, ручний дерматоскоп HEINE mini 3000 дає 10-кратне збільшення) та освітлення, в результаті якого, внаслідок поглинання світла гемоглобіном і меланіном, усі шари шкіри: роговий та інші шари епідермісу, сосочковий та сітчастий шари дерми — є досяжними для обстеження на більш тонкому рівні.

Техніка поверхневої шкірної дерматоскопії з імерсією (використовують дерматоскопічне імерсійне масло, гель для УЗД) дає можливість ідентифікувати значно тонші деталі утворень порівняно зі звичайним збільшенням. Імерсійні засоби використовують для полегшення оцінки пігментних утворень при освітленні дерматоскопом.

За допомогою дерматоскопа можна розв'язати такі завдання:

— визначити, чи є дане утворення на шкірі пігментноклітинним або воно має іншу клітинну етіологію;

— ідентифікувати типові структурні елементи пігментноклітинних утворень: пігментну сітку, вузлики, гранули, гіллясті смужки, псевдоподії, сіро-голубі зони, вуаль, псевдофолікулярні отвори, зроговілі псевдокісти, червоні або чорно-голубі зони, структури у формі кленового листка та ін.;

— оцінити такі параметри утворення за системою ABCD:

A) асиметрію (максимальний індекс для асиметрії — 2 за двома площинами, на які можна поділити утворення);

B) границі (максимальний індекс — 8 за восьми секторами, на які поділено утворення);

C) колір — поліхромію (максимальний індекс — 6 за кількістю кольорів);

D) динаміку — структурні зміни (максимальний індекс — 5 за кількістю структур, що змінюються).

На підставі аналізу цих дерматоскопічних даних розраховується коефіцієнт Штольца, так званий дерматоскопічний індекс (DS):

Асиметрія (A) \times 1,3

Границя (B) \times 0,1

Колір (C) \times 0,5

Зміни (D) \times 0,5

DS за Штольцем — найбільш важливий діагностичний критерій. Якщо DS більше 5,45, то утворення зараховують до розряду малігнізованих, якщо індекс становить 4,75–5,45 — імовірність дорівнює 50 на 50 %, а пухлина має бути зарахована до розряду підозрілих [2].

Також використовують так звану 7-точкову «глазговську» систему:

- 1) зміна розмірів, об'єму;
- 2) зміна форми, країв;
- 3) зміна кольору;
- 4) зміна кольору + запалення;
- 5) кірка або кровоточивість;
- 6) зміна відчуття;
- 7) діаметр більше 7 мм

Залежно від фаз росту пухлини, патоморфологічно виділяють ступінь інвазії за Кларком: I–II ст. — радіального росту (в межах епідермісу), III–



IV — вертикального росту (в дерму) [7]. При поверхнево розташованій меланомі контакт із судинами відсутній, тому метастазування не відбувається, проте 97 % пацієнтів мають меланому з глибоким рівнем розташування.

За даними Національного інституту раку з 1990 по 2007 рр. було проліковано 1915 пацієнтів, у 4,9 % діагностовано пухлинні вузли в післяопераційному рубці та в зоні радіусом до 5 см навколо нього. При цьому первинна меланома була діагностована у 36,8 % чоловіків та у 63,2 % жінок, вік пацієнтів — від 20 до 78 років. Термін ремісії після видалення становить 13 міс., а термін маніфестації рецидивів і метастазів коливається від 1 міс. до 20 років і більше [9].

Профілактика полягає у ранньому активному виявленні передмеланомних уражень, що дозволяє зробити дерматоскопія.

Дерматологу також необхідно приділяти увагу профілактиці трансформації пігментних та непігментних утворень на шкірі та вести роз'яснювальну профілактичну роботу серед пацієнтів: по-перше, щодо необхідності уникати перебування на сонці в години його найбільшої активності і пам'ятати, що надмірний вплив сонячних променів є небезпечним, особливо це стосується дітей до трьох

років, використовувати сонцезахисні засоби. Слід займатися самодіагностикою, тобто стежити за динамікою існуючих утворень, для чого можна використовувати так зване правило російської аббревіатури ФІГАРО:

Ф (форма) — при меланомі вона опукла, що краще видно при бічному освітленні, меланоми *in situ* і акральні-лентигозна — плоскі;

И (изменения) — зміни розміру, прискорення росту — важлива ознака;

Г (границы) — границі неправильні, край «з'їдений»;

А (асимметрия) — одна половина пухлини не схожа на іншу;

Р (размер) — звичайно понад 6–7 мм;

О (окраска) — зміна, поліморфність забарвлення [6].

При змінах за будь-яким параметром, а тим більше за кількома параметрами потрібна консультація дерматолога або онколога.

У зв'язку з великим занепокоєнням у суспільстві цією проблемою в Україні питання про широке впровадження дерматоскопії в практику спеціаліста-дерматолога є актуальним та необхідним для ранньої, своєчасної діагностики.

ЛІТЕРАТУРА

1. Прохоров Д. В. Особенности эпидемиологии и клинических проявлений меланомы кожи в АР Крым / Д. В. Прохоров // Український жур-

нал дерматології, венерології, косметології. — 2001. — № 2. — С. 25–29.

2. *Краткий курс дерматоскопии. Диагностика пигментных поражений кожи* : Атлас [Электронный ресурс]. — Heine. — 31 с. — Режим доступа : <http://www.heineopto.ru>

3. *Европейское руководство по лечению дерматологических болезней / под ред. А. Д. Кацамбаса, Т. М. Лотти.* — М. : МЕДпресс-информ, 2008. — 724 с.

4. Курдина М. И. Ультразвуковая диагностика в дерматологии / М. И. Курдина, Л. А. Макаренко, Н. Ю. Маринич // Российский журнал кожных и венерических болезней. — 2009. — № 4. — С. 11–15.

5. *К развитию меланомы глаза при приобретенном невусе Оты* / В. А. Молочков, А. А. Рябцева, А. В. Мясонов [и др.] // Российский журнал кожных и венерических болезней. — 2010. — № 3. — С. 4–7.

6. *К дифференциальной диагностике интрадермального меланокитарного невуса* / А. В. Молочков, Л. С. Багапш, А. А. Грознова, Л. А. Ледникова // Российский журнал кожных и венерических болезней. — 2009. — № 3. — С. 9–12.

7. *Заболеваемость меланомой кожи в Украине* / С. И. Коровин, Л. О. Гуляк, Б. А. Толетонятов [и др.] // Онкология. — 2006. — Т. 8, № 1. — С. 18–22.

8. Рухина Т. Г. Злокачественные новообразования кожи: анализ заболеваемости в Краснодарском крае, проблемы профилактики и совершенствования ранней диагностики / Т. Г. Рухина, М. Б. Аксененко, С. Н. Гырылова // Вестник дерматологии и венерологии. — 2010. — № 4. — С. 4–9.

9. Коровин С. И. Хирургическое лечение при первичном очаге меланомы / И. С. Коровин // Онкология. — 2010. — Т. 12, № 1. — С. 90–92.

УДК 616.858.6:577.169

І. В. Богданова

АКТИВНІСТЬ ГІПОФІЗАРНО-НАДНИРКОВОЗАЛОЗНОЇ ТА ГІПОФІЗАРНО-ТИРЕОЇДНОЇ СИСТЕМ У ХВОРИХ НА ХВОРОБУ ПАРКІНСОНА

Державна установа «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», Харків

При дегенерації нейронів у нігдростриатній системі, яка відповідає за регуляцію рухових реакцій організму, одно-

часно відбувається порушення функціонування нейронів у гіпоталамусі, де дофамін бере участь у контролі нейро-

ендокринних функцій [1; 2]. В останньому випадку змінюється секреція гормонів гіпофіза.

