

А.Ф. ЄВЧЕВА, С.М. ПУХЛІК

КЛІНІЧНІ ПОМИЛКИ В ДІАГНОСТИЦІ ЗЛОЯКІСНИХ НОВОУТВОРЕНЬ ШКІРИ ЛЮДИНИ

*Каф. оториноларингології (зав. – проф. С.М. Пухлік)
Одеського національного медичного університету
(ректор – чл.-кор. НАМН України, академік В.М. Запорожан)*

Шкіра обличчя і язик є дзеркалом організму людини, тому всі зміни внаслідок захворювань шлунково-кишкового тракту можуть проявлятися у вигляді запальних станів на шкірі та в ділянці ротоглотки. Пролонгована дія шкідливих факторів – промислових та дія сонячних променів теж можуть призвести до формування запалення, розвитку доброякісних новоутворень та їх переродження в злоякісні новоутворення шкіри обличчя та тулубу. Всі ці стани призводять, по перше, до косметичних порушень і, по друге, діють на психологічний стан щодо можливого онкологічного захворювання шкіри. Тому дуже актуальною є своєчасне проведення комплексної діагностики та просвітницької роботи з пацієнтами.

Проблема своєчасної діагностики злоякісних новоутворень шкіри людини є актуальною у зв'язку зі збільшенням кількості хворих на злоякісні утворення шкіри. Так, в Україні, як і в усьому світі, спостерігається неухильне зростання показників захворюваності [1-4, 6, 7]. Проблема діагностики злоякісних захворювань шкіри обличчя та тулубу, а також їх лікування турбує багатьох дослідників. Стандартний показник захворюваності на цю патологію в Україні серед чоловіків становить 40,6 на 100 тис. населення і посідає першу позицію серед усіх злоякісних новоутворень, а серед жінок – 49,7 на 100 тис. [1-3, 6].

Сьогодні відомо, що клінічний рак шкіри голови, шиї та тулубу може мати неа-

гресивний перебіг і, як правило, має повільне зростання. Але новоутворення, що розвиваються з меланоцитів шкіри – меланома – це одна з найнебезпечніших злоякісних пухлин людини, що часто рецидивує і метастазує. Також відомо, що основні злоякісні пухлини шкіри можуть виходити з епідермісу або дерми і розповсюджуватися на суміжні тканини, включаючи хрящову і кісткову. Теж відомо, що від розповсюдження процесу залежить і об'єм хірургічного втручання.

Знання анатомо-фізіологічних особливостей шкіри допомагає клініцисту зрозуміти патогенез захворювання і встановити діагноз. Однак в клінічній практиці спостерігаються неспівпадіння клінічного і морфологічного заключення, тобто кінцевий клінічний діагноз у 22% пацієнтів не відповідає морфологічному заключенню.

Метою роботи є порівняння комплексу діагностичних елементів злоякісного захворювання шкіри людини з морфологічним дослідженням для визначення помилок в їх кінцевій діагностиці.

В процесі обстеження хворих вивчались дані клінічної семіотики усіх елементів захворювання. Крім того, також інструментально досліджувалась і семіотика елементів захворювання (дерматоскопії – мікроскопію і термодиференційного тесту). Все це дозволило в порівнянні з даними морфологічного дослідження визначити клінічні помилки в діагностиці та зробити клінічний висновок.

Матеріал та методи дослідження

Під наглядом з 2018 по 2022 рр. перебувало 85 хворих із захворюваннями шкіри, яким було проведено клінічне обстеження та морфологічне дослідження після хірургічного видалення пухлинного новоутворення. З них було 25 жінок і 60 чоловіків віком від 56 до 80 років. З анамнезу відомо, що всі утворення в тій чи іншій мірі піддавалися фізичним подразненням різного ступеню, що, можливо, і викликало агресивний розвиток злоякісного процесу.

На рис. 1-3 представлено злоякісні утворення шкіри обличчя (шкіри зовнішнього носа та вуха).



Рис. 1. Високо диференційований рак шкіри зі змішаною формою розвитку.



Рис. 2. Високо диференційований рак шкіри, екзофітний тип росту.

Всі хворі до хірургічного втручання були консультовані онкологами загальної хірургії, онкодерматологами, і їм було рекомендовано одночасно провести хірургічне видалення з морфологічним дослідженням. Рекомендації були зафіксовані, всі хворі дали згоду на хірургічне видалення новоутворення. В тих випадках, коли не були визначені конкретні межі розповсюдження пухлинного процесу, хворим повідомляли про можливе збільшення об'єму тканин, які плануються для видалення при проведенні радикального видалення пухлинного ураження, на що хворі також давали згоду. Хірургічне видалення проводилось обов'язково з

використанням розчину Кляйна місцево для зменшення крововтрати.



Рис. 3. Рак шкіри, змішаний та екзофітний тип росту раку шкіри.

Результати дослідження та їх обговорення

Сьогодні існує думка, що доброякісні новоутворення шкіри тільки при постійному їх подразненні перероджуються в злоякісні. Морфологічне дослідження, проведене у 85 хворих з підозрою на злоякісне новоутворення, підтвердило його наявність лише у 43. Тому потрібно дуже принципове відношення лікарів та детальне проведення морфологічного дослідження при всіх новоутвореннях шкіри.

Так, з 85 хворих у 43 (50,6%) морфологічно встановлено діагноз рак шкіри, з них у 21 (48,8%) був базальноклітинний рак (БКРШ) і у 22 (51,2%) – плоскоклітинний рак шкіри (сквамозноклітинна карцинома (ПКРШ)). У 39 (45,9%) встановлено пігментований кератоз шкіри і тільки у 3 (3,5%) – рак шкіри черевної стінки. Хворі з цією патологією направляли до онко-дерматолога.

Кінцеві результати показали, що не завжди клінічна семіотика співпадала з морфологічним дослідженням. Так, у 39 (45,9%) обстежених нами пацієнтів визначено клінічні помилки.

Спостереження за хворими на рак шкіри обличчя та черевної стінки протягом 3-5 років показало задовільну якість життя в усіх хворих без ознак рецидиву.

Ми вважаємо, що на те, що ознак рецидиву не спостерігалось, вплинуло оздоровлення пацієнтів і їх дотримання рекомендацій виключити дію шкідливих промислових факторів та вплив УФ опромінення.

Не можуть не радувати факти підвищеної онкологічної настороженості лікарів загального профіля, про що свідчить не підтвердження злоякісності процесу в ділянці шкіри у хворих з підозрою на злоякісні новоутворення.

Висновки

1. Оцінка результатів діагностування проводилася на основі використання комплексної діагностики: аналізу анамнезу, об'єктивної семіотики (мікроскопія – дерматоскопія та термодиференційного тесту).

2. Клінічні помилки в діагностиці злоякісного захворювання шкіри склали 45,9%, що свідчить про підвищену загальну онкологічну настороженість лікарів загального профілю.

3. Клінічно рак шкіри мав неагресивний перебіг і, вочевидь, залежав від не включення меланоцитів в процес захворювання.

4. Використання розчину Кляйна під час видалення пухлини сприяло значному зменшенню кровотечі і легкості виконання хірургічного втручання.

5. Для зменшення кількості злоякісних пухлин шкіри потрібно проводити профілак-

тику, яка полягає в уникненні людиною надмірного навантаження фізичних факторів (УФ-промінення від сонця і штучної засма-

ги, дії шкідливих промислових термічних агентів, а також контакту із сажею, сіркою, смолами, дьогтем та миш'яком).

Література

1. Yevcheva AF. [Modern diagnostics of face and neck skin neoplasma]. *Otorhinolaryngology*. 2019;2(2-3):47-52. doi 10.37219/2528-8253-2019-2-47. [Article in Ukrainian].
2. Cancer in Ukraine, 2018-2019. Incidence, mortality, activities of oncological service. http://www.ncru.inf.ua/publications/BULL_21/index_e.htm.
3. [Unified clinical protocol for primary, secondary (specialised), tertiary (highly specialised) medical care basal cell skin cancer]. Order of the Ministry of Health of Ukraine dated 28.03.2016 No. 246. https://ips.ligazakon.net/document/view/MOZ25865?an=1&ed=2016_03_28. [In Ukrainian].
4. Gross K, Steinman HK, editors. *Mohs Surgery and Histopathology: Beyond the Fundamentals*. Cambridge University Press; 2009. 198 p.
5. Yevchev FD, Yevcheva AF. [Etiology, pathogenesis, clinical semiotics and diagnostics of skin neoplasms of the head, neck and body. Part 1]. *Zhurnal ushnyh, nosovyh i gorlovyh boleznej*. 2018;(1):76-82. [Article in Ukrainian].
6. Yevchev FD, Zabolotny DI, Yevcheva AF. [Diagnosis and treatment of patients with malignant neoplasms of the external nose and ear and body. Educational and methodological manual]. Odesa: Astroprint; 2021. 184 p. [In Ukrainian].
7. Yevcheva AF, Pukhlik SM. [Clinical signs and treatment management in malignant processes of the skin of the external nose]. *Odes'kij medichnij zhurnal*. 2021;(6):43-8. doi: 10.54229/2226-2008-2021-6-8. [Article in Ukrainian].

Надійшла до редакції 27.08.2023

© А.Ф. Євчева, С.М. Пухлік, 2023

КЛІНІЧНІ ПОМИЛКИ В ДІАГНОСТИЦІ ЗЛОЯКІСНИХ НОВОУТВОРЕНЬ ШКІРИ ЛЮДИНИ

Євчева АФ, Пухлік СМ

Каф. оториноларингології Одеського національного медичного університету

Email: esebuat11@gmail.com

А н о т а ц і я

Мета: практичне порівняння комплексу діагностики злоякісних захворювань шкіри людини з кінцевим морфологічним дослідженням для визначення помилок в їх діагностиці.

Матеріал та методи: Під наглядом з 2018 по 2022 рр. перебувало 85 хворих з захворюванням шкіри, яким було проведено клінічне обстеження та морфологічне дослідження після хірургічного видалення пухлинного утворення шкіри. З них було 25 жінок і 60 чоловіків віком від 56 до 80 років. З анамнезу відомо, що всі новоутворення в тій або іншій мірі піддавались фізичним подразненням різного ступеню, що, можливо, викликало агресивний розвиток злоякісного процесу.

Результати: З 85 хворих у 43 (50,6%) морфологічно встановлено діагноз рак шкіри. З них у 21 (48,8%) хворого був базальноклітинний рак (БКРШ) і у 22 (51,2%) – плоскоклітинний рак шкіри (сквамозноклітинна карцинома (ПКРШ)). У 39 (45,9%) обстежених встановлено пігментований кератоз шкіри і тільки у 3 (3,5%) – рак шкіри червоної стінки.

Кінцеві результати показали, що не завжди клінічна семіотика співпадала з морфологічним дослідженням. В нашому дослідженні кількість помилок склало 45,9%.

Спостереження пацієнтів з раком шкіри обличчя та червоної стінки протягом 3-5 років показало задовільну якість життя в усіх хворих зі злоякісними пухлинами шкіри без ознак рецидиву. Ми вважаємо,

що на це вплинуло оздоровлення пацієнтів і їх дотримання рекомендацій виключити дію шкідливих промислових факторів та вплив УФ опромінення.

Але не підтверджений злоякісний процес шкіри свідчить про підвищену онкологічну настороженість лікарів.

Ключові слова: злоякісні пухлини шкіри, діагностика, клінічні помилки.

CLINICAL MISTAKES IN THE DIAGNOSTICS OF MALIGNANT NEOPLASMS OF THE HUMAN SKIN

Yevcheva AF, Pukhlik SM

Odesa National Medical University Ministry of Health of Ukraine

Email: esebuat11@gmail.com

Abstract

Purpose: practical comparison of the complex of diagnostic elements of a malignant human skin disease with the final morphological study to determine errors in their diagnosis.

Materials and methods: 85 patients with skin disease were observed, who had clinical examination and morphological examination after surgical removal of a skin tumor from 2018 to 2022. 85 patients were involved in the study. Clinical research included 25 women and 60 men, aged from 56 to 80 years. From the anamnesis, all formations were subjected to physical irritation of varying degrees, which may have prompted the aggressive development of the malignant process.

Results and discussion: Out of 85 patients, 43 patients were morphologically diagnosed with skin cancer, which accounted for (50.6%). Of these, 21 (48.8%) patients had basal cell carcinoma (BCC) and 22 (51.2%) had squamous cell carcinoma of the skin (SCC). The second group of patients – 39 (45.9%) had pigmented keratosis of the skin and only 3 patients had skin cancer of the abdominal wall, which was 3.5%.

The final results showed that the clinical semiotics did not always coincide with the morphological examination. It was in 39 patients, which amounted to 45.9% of the error.

Observation of patients with skin cancer of the face and abdominal wall for 3-5 years showed a satisfactory quality of life in all patients with malignant skin tumors, without signs of recurrence. And because no signs of relapse were observed, which confirmed that the patients were cured and it was recommended to exclude harmful actions – industrial and solar actions. But the unconfirmed malignant process of the skin testifies to the increased oncological vigilance of oncologists, and this is gratifying.

Keywords: malignant skin tumors, diagnosis, clinical errors.