

А.Ф. ЄВЧЕВА

СУЧАСНА ДІАГНОСТИКА ЗЛОЯКІСНИХ НОВОУТВОРЕНЬ ЗОВНІШНЬОГО НОСА І ВУХА

*Каф. оториноларингології (зав. – проф. С.М. Пухлік)
Одес. нац. мед. ун-та (ректор – акад. НАМН України, проф. В.М. Запорожан)*

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

Відомо, що злоякісні захворювання є однією з найважливіших сучасних медико-біологічних і соціально-економічних проблем в світі і, зокрема, в Україні. Рак є всесвітньою проблемою: близько 2,9 мільйонів нових випадків захворювань реєструється щорічно в розвинених країнах світу і ще понад 3 мільйонів – в тих країнах, що розвиваються. В Україні щорічно реєструється 1 млн. хворих на рак [2, 4, 7].

В останні роки спостерігається зростання кількості злоякісних новоутворень шкіри в усіх країнах світу. За даними Schart та Gabbe, захворюваність раком шкіри в Німеччині серед чоловіків поступається тільки раку легень, а серед жінок – раку молочної залози, що складає, відповідно 93,4 і 55,8 на 100 000 населення [7, 11, 12]. Для порівняння, в Росії злоякісні пухлини шкіри у 2007 р. займали 3-є місце, поступаючись тільки раку легень [6, 8-10]. В Україні у 2012 р. в структурі онкологічних захворювань рак шкіри (РШ) займав 1-е місце (10,3% випадків). Щорічно в Україні діагностуються більш ніж 20 тис. випадків злоякісних новоутворень шкіри, що складає 44,5 випадків на 100 тис. населення [2, 6].

Плоскоклітинний рак шкіри та інші раки можуть виникати будь-де на шкірі. Будь-які компоненти шкіри – епідерміс, дерма та суміжні структури можуть дати початок росту злоякісній пухлини. Найчас-

тіше рак виникає на ділянках шкіри, що піддаються впливу УФ-опромінення від сонця і штучної засмаги, дії хімічних речовин (контакт із сажею, сіркою, смолами, дьогтем та миш'яком), термічних агентів та фізичних подразників, що призводять до малігнізації пухлинного процесу.

Сьогодні, незважаючи на удосконалення методів діагностики і лікування, абсолютна частота випадків смерті від плоскоклітинного раку практично не змінюється [6].

У зв'язку з кореляцією ефективності лікування та стадії онкологічного процесу, розрізняють декілька рівнів діагностики раку зовнішнього носа і вуха: ранній, своєчасний і пізній [3-5]. Якщо хворий своєчасно не звертається за консультацією, перебіг новоутворення, особливо якщо воно розташоване в ділянці обличчя, дуже часто ускладнюється його розповсюдженням на хрящову та кісткову тканину, а також метастазуванням в головний мозок, в орган зору та легені [2, 5]. Питання сучасної діагностики злоякісних новоутворень зовнішнього вуха і носа є актуальними тому, що діагностування на пізніх стадіях розвитку раку призводить до низької якості життя та виживаності хворих [1, 2].

Клінічна семіотика та різні методи діагностики (крім патоморфологічного дослідження) не дозволяють у 100% випадків визначитися із діагнозом. Топічна і диференційна діагностика хронічних (передракових) станів, *cancer in situ*, а також ранніх стадій злоякісних пухлин є досить складним та непростим завданням, хоча клінічні прояви захворювань у вигляді зміни кольору та

розмірів новоутворень спостерігаються достатньо рано.

Все вищевикладене підтверджує необхідність пошуку та впровадження сучасних комплексних методів діагностики, які дають найбільшу інформацію про походження і ураження шкіри (збір анамнезу, фізикальне обстеження (оцінка об'єктивної клінічної семіотики), термодиференційного тестування, дерматоскопії, цитологічного і морфологічного дослідження), а при появі метастазів – УЗД [2, 3, 6, 7].

Мета дослідження – оцінити результати діагностування пухлинного ураження зовнішнього носа і вуха шляхом аналізу комплексної семіотики.

Матеріал та методи дослідження

До дослідження було залучено 50 хворих з новоутвореннями шкіри зовнішнього вуха і носа. Із них 30 жінок і 20 чоловіків віком від 40 до 80 років. Дослідження виконано в умовах ЛОР-онкологічного відділення міської клінічної лікарні №11 м. Одеса.

Хворі були розподілені на 2 групи в залежності від локалізації новоутворення шкіри. До 1-ї групи увійшло 25 хворих з новоутвореннями шкіри зовнішнього вуха, до 2-ї – 25 хворих з новоутвореннями зовнішнього носа. У 10 (20%) хворих колір шкіри був світлим і були веснянки. Хворі визначали, що вони пролонговано зазнавали фізичних подразнень різного ступеню: так, у 32 (64%) це було сонячне опромінення (з опіками у 12 %). У 22 (44%) пацієнтів новоутворення розвилось при клінічно здоровій на вигляд шкірі, однак у них спостерігалися осередки атрофії шкіри; 2 (4%) хворих піддавались дії канцерогенної речовини – кам'яновугільної смоли. Тому слід підкреслити, що пролонгована дія вказаних факторів різного ступеню викликали ураження, гіперплазію, атрофію або проліферати, які могли сприяти розвитку злоякісного процесу.

Всім пацієнтам було проведено всебічне клінічне обстеження, яке включало загальний аналіз крові, вивчення анамнезу (давність виникнення новоутворення шкіри, зміна кольору, розміру та форми), оцінювалась клінічна семіотика за допомогою дерматоскопії, термодиференційного тесту і морфологічного дослідження.

Так, з даних анамнезу стало відомо, що у близьких родичів 17 хворих (34 %) з дитинства спостерігалися аналогічні новоутворення шкіри носа, вуха, які зазвичай оцінювалися як доброякісні або як родимки. Тому в родині існувало табу на будь-яке втручання. По-друге, хворі вказували, що на ранніх стадіях розвитку новоутворення зовнішнього вуха і носа були без клінічних симптомів і лише з часом розвивалася рожева болюча пляма, яка на протязі пролонгованого часу не загоювалася і супроводжувалася незначною кровотечею та свербіжем (рис. 1-3). І тільки частина хворих підкреслювала, що збільшення новоутворення в розмірі та зміна кольорового відтінку викликали в них острах виникнення злоякісного захворювання, що тільки такі ознаки спонукали їх звернутися за медичною допомогою, але в більшості випадків це було вже запізно (рис. 3, 4).

Іншим методом комплексної діагностики була дерматоскопія, яку проводили за допомогою дерматоскопа з фіксацією клінічної семіотики. Однак цей метод дозволяв лише запідозрити неопроцес і визначити в деяких випадках глибину залягання пухлинного ураження. За методом дерматоскопії підозра в бік злоякісного процесу підтвердилася лише у 22 хворих (44%). У цих хворих патоморфологічно був встановлений діагноз – базальноклітинна карцинома вуха.

Цитологічне дослідження проводилося забором мазка з поверхні новоутворення шкіри або пунктату з лімфатичного вузла. Цей метод був інформативним тільки у випадках, коли новоутворення мали вигляд рожевої болючої плями або афтозного ураження, тобто була можливість провести забір матеріалу з пошкодженої поверхні шкіри.

Термодиференційний тест – це біологічний тест, заснований на різниці температур між здоровими ділянками шкіри та пухлиною. Дослідження проводилось за допомогою електротермометру у всіх хворих з точковим вимірюванням температури ураженої ділянки (з 8-10 точок). Різниці температур в 1 градус не спостерігалось, тобто результат дослідження був неінформативним.



Рис. 1. Базальноклітинна карцинома шкіри вуха.
 Рис. 2. Низькодиференційований рак шкіри зовнішнього носа.
 Рис. 3, 4. Плоскокклітинний рак шкіри зовнішнього носа (сквамозноклітинна карцинома).

Кінцевим та остаточним методом діагностики новоутворень було морфологічне дослідження матеріалу біопсії (або після тотального видалення пухлини) з наступним, при необхідності, імуногістохімічним дослідженням. Біопсія пухлини проводилась тільки у 17 (34%) хворих при існуванні поверхневих білих та жовтих вузликів утворень шкіри, при папілярних формах росту і у випадках афтозного ураження. Біопсія виключалася, якщо у хворих спостерігалися зміни кольору і агресивний інфільтративний ріст новоутворення. У цих випадках проводили тотальне видалення новоутворення, яке було проведено у 6 (12%) хворих з інфільтративним ростом, та у 27 (54%) – з екзофітними та ендофітними формами пухлинного ураження.

Результати дослідження та їх обговорення

За допомогою комплексної діагностики у 50 хворих було діагностовано злоякісну пухлину шкіри зовнішнього вуха (C44.2) і носа: базаліома (базальноклітинна карцинома) вуха – у 23 (46 %) хворих, плоскоклі-

тинний рак зовнішнього носа (сквамозноклітинна карцинома) – у 24 (48%), низько диференційована (G3) пухлина шкіри зовнішнього носа – у 3 (6 %).

Ця комплексна діагностика сприяла визначенню у 100% хворих морфологічної структури та приналежності новоутворення, що дозволило спланувати тактику радикального лікування.

Запропоновано комплексний спосіб оцінки новоутворення шкіри на основі аналізу даних анамнезу, об'єктивної та клінічної семіотики і дерматоскопії, який у 100% хворих дозволив запідозрити та встановити клінічний діагноз, а за допомогою морфологічного дослідження (цитологічного та гістологічного) – у 100% хворих дозволив встановити остаточний діагноз злоякісної пухлини і спланувати та провести лікування.

Цей комплексний метод діагностики має суттєві переваги над окремими та поодинокими діагностичними методами, у яких діагностичні критерії дозволяють визначити неповну характеристику новоутворення шкіри.

Так, за допомогою запропонованої комплексної діагностики (клінічного та морфологічного дослідження) у всіх обстежених хворих було встановлено такі злоякісні пухлини шкіри зовнішнього вуха і носа: базаліома (базальноклітинна карцинома) вуха – у 23 (46 %), плоскоклітинний рак шкіри зовнішнього носа (сквамозноклітинна карцинома) – у 24 (48%), низько диференційована (G3) пухлина шкіри зовнішнього носа – у 3 (6 %) хворих.

Для базальної та сквамозноклітинної карциноми спочатку була характерна така клінічна семіотика: поверхня новоутворень була ніжною, рожевого кольору, але при доторканні вона починала кривавити, і з часом на її місці формувалася афта. У частини хворих новоутворення шкіри вуха і носа були у вигляді великого екзофітного утворення з ознаками чорного некрозу (рис. 2-4). Усім 50 хворим проведено комбіноване лікування: хірургічне + променева терапія, але хворим при G3 – променева терапія + хірургічне лікування.

Клінічний перебігу цих хворих був небезпечним та агресивним. У 4 пацієнтів в

різні строки спостереження (від 1,8 до 4,2 років) спостерігався рецидив з метастазуванням в лімфатичні вузли шії та легені. Але у безрецидивному періоді якість життя хворих була задовільною. Строки прояву рецидиву новоутворень шкіри склали від 1 до 3-6 років.

Таким чином, морфологічно усі злоякісні пухлини склалися із аномальних клітин плоского епітелію зовнішнього шару шкіри, які об'єктивно виглядали як жовті лускуваті ділянки шкіри.

В плані своєчасної діагностики на першому етапі важливо проведення хворими самодіагностики. Наприклад, якщо людина знає, що злоякісна пухлина шкіри розвивається на місці пігментних плям або родимок; якщо знає також, що інші новоутворення шкіри при їх пролонгованому подразненні можуть спровокувати злоякісні утворення, це дозволяє прискорити проведення ранньої діагностики злоякісного процесу.

Враховуючи складність діагностики, клінічної різноманітності, залежності результатів лікування злоякісних новоутворень від морфології і стадії, необхідна регламентація методів їх виявлення та диференціації для усіх лікарів, практика яких пов'язана із новоутвореннями шкіри. Необхідно забезпечити принцип онкологічної настороженості та взаємодію між клініцистами: сімейними лікарями, дерматологами, онкологами і патоморфологами.

Висновки

1. У 100% обстежених хворих спостерігалися провокуючі фактори, тобто постійна та пролонгована дія фізичних подразників при гігієнічних процедурах, які викликали запалення, гіперплазію або атрофію

клітин на контактних частинах шкіри носа і вуха, що сприяло розвитку злоякісного процесу. При аналізі анамнезу і клінічної семіотики важливими були клінічні ознаки: нерівномірний колір пігментації новоутворення, з включенням темно-коричневих або темно-рожевих відтінків; від розмитих країв до їх зубчатих змін, та збільшення розміру пігментної плями більш ніж на 6 мм.

2. Застосування комплексу діагностичних заходів дозволило діагностувати у 100% хворих злоякісні пухлини шкіри зовнішнього вуха і носа: базаліома (базальноклітинна карцинома) вуха – у 23 (46 %), плоскоклітинний рак шкіри (сквамозноклітинна карцинома) – у 24 (48%), низько диференційована (G3) пухлина шкіри носа – у 3 (6 %) пацієнтів.

3. Для зменшення ймовірності виникнення злоякісних пухлин шкіри потрібно проводити профілактичні заходи, які полягають в уникненні надмірного контакту з фізичними (УФ-опромінення від сонця і штучної засмаги), хімічними (сажа, сірка, смоли, дьоготь та миш'як) та термічними агентами, вплив яких призводить до малігінізації пухлинного процесу.

4. Обов'язкове проведення пацієнтами самодіагностики та динамічного спостереження за новоутвореннями. При виявленні на шкірі новоутворення незрозумілої форми і кольору, яке не зникає на протязі місяця або змінює колір, слід звернутися до дерматолога та ЛОР-онколога.

5. І, насамперед, потрібно проведення регулярних профілактичних оглядів лікарями сімейного профілю пацієнтів на предмет ранньої діагностики передракових станів шкіри, що дозволить визначити своєчасну тактику спеціального лікування.

Література

1. Анищенко ИС, Важенин АВ. Плоскоклеточный рак кожи: клиника, диагностика, лечение. Челябинск, 2000; 92 с.
2. Евчев ФД, Евчева АФ. Этиология, патогенез, клиническая семиотика и диагностика новообразований кожи головы, шеи и туловища. Со-

- общение 1. Журн. вушних, носових і горлових хвороб. 2018; (1): 76-82.
3. Cancer in Ukraine, 2015-2016. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби. Бюлетень національного канцер-реєстру України. 2017; (18).

4. Ламоткин ИА. Опухоли и опухолеподобные поражения кожи. Атлас. Москва: Лаборатория знаний, 2016; 166 с.
5. Липатов ОН, Меньшиков КВ, Атнабаев РД. Клинический случай хирургического лечения плоскоклеточного рака кожи на фоне гипертрофического рубца. [Электронный ресурс]. Креативная хирургия и онкология. 2012; 28 января: режим доступа: <http://eoncours.com/?p=1545>.
6. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Базально-клітинний рак шкіри. Наказ МОЗ України від 28.03.2016, №246. [Електронний ресурс]. Режим доступу: http://mtd.dec.gov.ua/images/dodatki/2016_246_BRshkiry/2016_246_YKPMDBKR.pdf.
7. Ганцев Ш.Х., Юсупов А.С. Плоскоклеточный рак кожи. Практик. онкология. 2012;13(2): 80-91.
8. Снарская ЕС, Молочков ВА. Базалиома. Москва: Медицина; 2003. 136 с.
9. Мяделец ОД, Адашкевич ВП. Морфофункциональная дерматология. Москва: Медицинская литература; 2006. 734 с.
10. Chagas FS, Santana Silva Bd. Mohs micrographic surgery: a study of 83 cases. An Bras Dermatol. 2012 Mar-Apr;87(2):228-34. doi: 10.1590/s0365-05962012000200006.
11. Schaart FM, Garbe C, Orfanos CE. [Disappearance of the ozone layer and skin cancer: attempt at risk assessment]. Hautarzt. 1993;44(2):63-8. [Article in German].
12. Vitaliano PP, Urbach F. The relative importance of risk factors in nonmelanoma carcinoma. Arch Dermatol. 1980;116(4):454-6.

References

1. Anishchenko IS, Vazhenin AB. [Squamous cell carcinoma of the skin: clinic, diagnosis, treatment]. Chelyabinsk, 2000; 92 p. [Article in Russian].
2. Evchev F.D., Evcheva AF. [Etiology, pathogenesis, clinical semiotics and diagnosis of neoplasms of the scalp, neck and trunk. Message 1]. Zhurnal ushnyh, nosovyh i gorlovyh boleznej. 2018; (1): 76-82. [Article in Russian].
3. Cancer in Ukraine, 2015-2016. [Morbidity, mortality, oncology service performance indicators. Bulletin of the National Cancer Registry of Ukraine]. 2017; (18). [Article in Ukrainian].
4. Lamotkin IA. Tumors and tumor-like skin lesions. Atlas. Moscow: Laboratory of Knowledge, 2016; 166 p. [In Russian].
5. Lipatov OH, Menshikov KV, Atnabaev RD. A clinical case of surgical treatment of squamous cell carcinoma of the skin against a background of hypertrophic scar. [Electronic resource] Creative surgery and oncology. 2012; January 28. Available from: <http://eoncours.com/?p=1545>. [Article in Russian].
6. [Unified clinical protocol of primary, secondary (specialized) and tertiary (highly specialized) medical care. Basal cell skin cancer]. Order of the Ministry of Health of Ukraine dated March 28, 2016, No. 246. [Electronic resource]. Available from: http://mtd.dec.gov.ua/images/dodatki/2016_246_BRshkiry/2016_246_YKPMDBKR.pdf. [Article in Ukrainian].
7. Gantsev ShKh, Yusupov AS. [Squamous cell carcinoma of the skin]. Practical Oncology. 2012; 13(2): 80-91. [Article in Russian].
8. Snarskaya EU, Molochkov VA. Basalioma. Moscow: Medicine; 2003.136 p. [In Russian].
9. Myadelets OD, Adaskevich VP. Morphofunctional dermatology. Moscow: Medical literature; 2006. 734 p. [In Russian].
10. Chagas FS, Santana Silva Bd. Mohs micrographic surgery: a study of 83 cases. An Bras Dermatol. 2012 Mar-Apr; 87(2): 228-34. doi: 10.1590/s0365-05962012000200006.
11. Schaart FM, Garbe C, Orfanos CE. [Disappearance of the ozone layer and skin cancer: attempt at risk assessment]. Hautarzt. 1993; 44(2): 63-8. [Article in German].
12. Vitaliano PP, Urbach F. The relative importance of risk factors in nonmelanoma carcinoma. Arch Dermatol. 1980; 116(4): 454-6.

Надійшла до редакції 07.05.2019

© А.Ф. Євчева, 2019

СУЧАСНА ДІАГНОСТИКА ЗЛОЯКІСНИХ НОВОУТВОРЕНЬ ЗОВНІШНЬОГО НОСА І ВУХА

Євчева АФ

Одеський Національний медичний університет; e-mail: dr.yevchev@ukr.net

А н о т а ц і я

Проблема ранньої діагностики новоутворень шкіри людини є актуальною у зв'язку із зростанням кількості хворих із злоякісними утвореннями шкіри організму людини.

Мета роботи: Оцінити результати діагностики пухлинного ураження шкіри зовнішнього носа і вуха шляхом аналізу комплексної семіотики дерматоскопія, термодиференційного тесту і морфологічного дослідження.

Матеріал і методи: У дослідження включено 50 пацієнтів з новоутвореннями шкіри зовнішнього носа і вуха. З них 30 жінок і 20 чоловіків, віком від 40 до 80 років. Хворі розділені на дві групи в залежності від локалізації новоутворення: I-а група – 25 хворих з пухлинами шкіри зовнішнього носа і II-а група – 25 пацієнтів з пухлинами шкіри зовнішнього вуха. Всі обстежені в процесі життєдіяльності піддавалися фізичним подразнень різного ступеня, що можуть сприяти розвитку злоякісного процесу шкіри.

Результати: Оцінка результатів обстеження проводилася на підставі застосування комплексної діагностики, за допомогою якої у 50 пацієнтів виявлено злоякісний процес шкіри: базальноклітинну карциному вуха у 23 (46%) хворих, сквамозноклітинну карциному – у 24 (48%) і низькодиференційований рак шкіри зовнішнього носа – у 3 (6%).

Комплексна діагностика дозволила у 100% хворих визначити морфологічну структуру і тканинну приналежність, що сприяло правильному вибору тактики лікування.

Висновки: результати дослідження свідчать про те, що комплексна діагностика дає можливість провести остаточне діагностування захворювання шкіри і адекватно спланувати лікування.

Для своєчасної діагностики та зменшення числа злоякісних утворень шкіри необхідно навчити населення самодіагностики і проведення профілактичних заходів щодо зменшення надмірного ультрафіолетового, різного хімічного і механічного впливу на здорову шкіру.

Ключові слова: пухлини шкіри обличчя: носа і вуха, ефективність комплексної діагностики.

MODERN DIAGNOSTICS OF FACE AND NECK SKIN NEOPLASMA

Yevcheva AF

Odesa National Medical University; e-mail: dr.yevchev@ukr.net

Abstract

The problem of modern diagnosis of neoplasms of the human skin is relevant in connection with the growing number of patients with tumorous formations of the skin of the human body.

The aim of the study was to evaluate the results of the diagnosis of tumor lesions of the face and neck skin on the basis of the analysis of clinical semiotics, dermatoscopy (microscopy) and morphological research.

Material and Methods: The study included 50 patients with neoplasms of the external nose and ear skin. There were 30 women and 20 men, aged from 40 to 80 years. The patients were divided into two groups, depending on the location of the neoplasm. The 1st group included 25 patients with tumors of the outer skin of the nose and 2nd group – 25 patients with skin tumors of the outer ear.

All neoplasms in the process of vital activity were subjected to physical irritations of various degrees that may develop the malignant process of the skin.

The results and discussion: The evaluation of diagnostic results was carried out on the basis of the use of complex diagnostics, with the help of which a malignant skin process was detected in 50 patients. A basal cell carcinoma of the ear was revealed in 23 (46 %) patients, squamous cell carcinoma in 24 (48%) patients, low grade nasal cancer in 3 (6 %) patients.

Complex diagnostics allowed to determine the morphological structure and tissue affiliation in 100% of patients. It contributed to the correct choice of the method of treatment.

Conclusions: The results of the study suggest that a comprehensive detection technique makes it possible to fulfill a final diagnosis of the skin disease and to plan treatment adequately. To diagnose timely and reduce the number of malignant skin formations it is necessary to train the population to self-diagnose and to conduct preventive measures for reducing excessive ultraviolet, various chemical and mechanical effects on healthy skin.

Key words: the malignant tumors of face and neck skin, efficiency of complex diagnostics