

За матеріалами зарубіжних наукових видань

Дослідження 50 випадків біопсії сторожового лімфатичного вузла

Yasuhiro Fujisawa, Yasuhiro Nakamura, Hiroshi Maruyama, Yoshiyuki Nakamura, Yasuhiro Kawachi, Fujio Otsuka
// The Japanese Journal of Dermatology.— Vol. 122, iss. 12.— P. 2875—2883.

Біопсія сторожового лімфатичного вузла (СЛВ)¹ стала важливою процедурою для пацієнтів із злоякісною пухлиною шкіри. Лімфатичне картування з використанням радіоіотопів (РІ) і синього барвника є стандартною процедурою відображення СЛВ і має рівень виявлення більше ніж 90 %. Однак іноді у клінічній практиці бувають випадки, коли складно виявити СЛВ або коли розвиваються так звані лімфатичні вузли рецидиву (помилковий негативний результат). Таким чином, автори дійшли висновку, що метод виявлення СЛВ потрібно переглянути. Вони почали використовувати новий метод відображення лімфатичних вузлів з використанням флуоресценції барвника індоціанін зеленого (ІЦЗ) з грудня 2009 року і зібрали дані про 50 випадків. СЛВ було діагностовано в 49 (98 %) пацієнтів. За допомогою ІЦЗ виявлено значно більше

СЛВ, ніж у разі використання РІ: 2,20 і 1,81 у середньому на випадок, відповідно ($p < 0,05$, t -критерій Стьюдента). За допомогою ІЦЗ встановлено додаткові СЛВ у тому ж лімфатичному басейні, де радіоіотопами візуалізувався лише один вузол — у 10 випадках (20 %), додатковий СЛВ в інших лімфатичних басейнах — у 6 випадках (13 %). Понад 75 % таких додаткових СЛВ відповідали первинним пухлинам у ділянці голови/шиї, тулуба, статевих органів. Хоча статистично значимого поліпшення якості діагностики після додавання ІЦЗ порівняно з СЛВ-біопсією без ІЦЗ не виявлено (98 порівняно з 92 %), але використання цього барвника дало можливість виявляти більше сторожових вузлів. Автори мають намір продовжити дослідження і відстежувати довгострокові результати для оцінки наслідків цього нового методу відображення у виявленні СЛВ.

Лікування келоїдних рубців за пневматичною технологією: пілотне дослідження

Hyun Kyu Kim, Mi Kyung Park, Beom Joon Kim, Myeung Nam Kim, Chan Woong Kim, Sung Eun Kim
// International Journal of Dermatology.— 2012.— Vol. 51, iss. 12.— P. 1502—1507.

Келоїдні рубці утворюються під час ненормального фіброзного загоєння рани, коли порушено механізми, що контролюють репарацію та регенерацію тканин. Попередні дослідження виявили зниження рівня гіалуронової кислоти серед фібробластів, культивованих від келоїдних тканин порівняно з нормальною шкірою. Автори оцінювали ефективність і безпеку субдермальної мінімальної хірургії² з використанням гіалуронової кислоти як нового методу лікування келоїдних рубців. У дослідження було залучено десять корейських пацієнтів (тип шкіри II—IV за Фіцпатриком) з келоїдними рубцями на плечах. Усі пацієнти пройшли три сесії субдермальних мінімальних операцій з тритижневими інтервалами. Рубці було оглянуто на початковому етапі дослідження, перед кожним сеансом лікування, і через три місяці після остаточної обробки, з ви-

користанням трьох різних методів оцінки. Окрім використання Ванкуверської шкали рубців (ВШР), додатково два незалежні лікарі оцінювали остаточні косметичні результати. Задоволеність результатами учасників дослідження оцінювали за чотирибальною шкалою. Всі добровольці завершили три сеанси лікування, і дев'ять з 10 пацієнтів були задоволені процедурою. Середня оцінка за ВШР знизилася через три місяці після останнього втручання, що корелювало з клінічним поліпшенням у зоні рубців за загальною оцінкою. Побічних явищ не спостерігали, за винятком тимчасових кровотеч у точках проникнення гіалуронової кислоти і невеликого набряку після процедури, який зникав протягом 48 годин. Субдермальні мінімальні хірургічні втручання можуть стати дієвим методом лікування келоїдних рубців без помітних побічних ефектів.

¹ Сторожовий лімфатичний вузол — це перший лімфатичний вузол або група вузлів, через які відбувається відтік лімфи від вогнища раку. В разі ракової дисемінації сторожові лімфатичні вузли є органами-мішенями першої черги метастазування.

² Субдермальна мінімальна хірургія — це неінвазивне (без проколів) введення під шкіру спеціальною пневматичною системою препарату, найчастіше високомолекулярної гіалуронової кислоти, що містить наночастки.

Предиктори базально-клітинної карциноми у групі високого ризику

Robert K. Dyer, Martin A. Weinstock, Tobias S.D. Cohen, Amilcar E. Rizzo, Stephen F. Bingham // *Journal of Investigative Dermatology*.— 2012.— Vol. 132.— P. 2544—2551.

Базальноклітинна карцинома (БКК) є на сьогодні найпоширенішою формою раку в Сполучених Штатах Америки. У більшості пацієнтів, які мали один її епізод, з часом спостерігаються рецидиви. Предиктори нових карцином на обличчі та вухах у групі осіб дуже високого ризику детально не вивчалися. Автори провели проспективне дослідження протягом 6 років та виявили, що кількість випадків базальноклітинних карцином у попередніх 5 років була найважливішим предиктором. Вік, чутливість до сонця, професійне перебування на сонці у віці до 30 років (але не пізніше),

низький рівень освіти, наявність екземи, застосування інгібіторів ангіотензинперетворювального ферменту/блокаторів рецепторів ангіотензину і часте використання сонцезахисного крему виявилися незалежними предикторами, але роль сонячних опіків, звичайної інсоляції, інших сонцезахисних заходів, інших видів раку шкіри, актинічних кератозів автори відхилили. Кумулятивний ризик виникнення базальноклітинної карциноми становив 55 %. Автори припустили, що екзема в анамнезі може збільшити ризик появи цього виду раку шкіри.

Амбулаторна дерматологічна хірургія та хірургія Мооса: перспективний аудит хірургічних операцій і ускладнень в амбулаторній дерматологічній практиці

Timothy G. Elliott, Graham A. Thom, Kelly A. Litterick // *Australasian Journal of Dermatology*.— 2012.— Vol. 53, iss. 4.— P. 264—271.

Дерматологи часто виконують хірургічні втручання, зокрема і мікрографічні операції Мооса¹, в амбулаторних, офісних умовах. Хоча вони широко відомі як безпечні та ефективні, формальні дані про таку хірургічну практику обмежені. Автори дослідження вивчили спектр хірургічних процедур і пов'язаних з ними ускладнень у практиці австралійського фахівця дерматології та хірургії за методом Мооса. Було проведено проспективний аналіз усіх хірургічних процедур за 55-тижневий період, зібрано дані про стать, вік пацієнта, тип процедури, уражену ділянку тіла, діагностику й ускладнення. У звичайних для практики умовах

комбінували стерильні та чисті хірургічні методи залежно від процедури. Загалом виконано 2370 втручань, зокрема і за методом Мооса в 934 випадках, більшість (68 %) — на голові та шиї. Зафіксовано 56 ускладнень у 51 пацієнта. Бактеріальні ранові інфекції з'явилися в 13 випадках (0,5 %), кровотеча — у 5 (0,2 %). Жодне з ускладнень не потребувало госпіталізації або внутрішньовенного застосування антибіотиків. Це дослідження підтверджує думку, що дерматологічна хірургія, зокрема мікрографічні операції Мооса, можлива в амбулаторних умовах, на базі амбулаторної процедурної, з низьким рівнем ускладнень.

Підготував В.В. Короленко

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

¹ Мікрографічна хірургія за методом Мооса — це тканинозбережна техніка, яка дає змогу точно визначити і видалити пухлинну тканину, залишаючи навколишні здорові тканини. Лікар, досліджуючи тканину під мікроскопом, шар за шаром видаляє пухлину доти, доки залишаться лише здорові тканини. Таким чином можна досягти кращих результатів при немеланомному раку шкіри, цей метод зазвичай використовують для лікування пацієнтів з групи високого ризику та видалення пухлин з нечіткими межами. Метод розробив американський хірург Фредерік Моос (Frederic Mohs) у 1938 році, а значно вдосконалив його Перрі Робінс (Perry Robins) у 1970-х роках. У США хірургія Мооса є субспеціальністю в дерматології.