

препарату відзначалось різке та стійке загострення захворювання.

За клінічними стадіями розацеа спостережувані хворі розподілялися наступним чином. Стадія I (помірна еритема, невелика кількість телеангіоектазій, відсутність папул, пустул, вузлів, бляшок, ринофімі) відзначалась у 50 (45,5%) хворих, стадія II (персистуюча еритема, безліч телеангіоектазій, наявність папул, пустул) – у 48 (43,6%) хворих, стадія III (стійка еритема, численні телеангіоектазії, наявність папул, пустул, рідше – вузлів, бляшок, ринофімі) – 12 (10,9%) хворих.

Таким чином, цікавим з нашої точки зору був той факт, що дані кореляційного аналізу дозволили встановити прямий взаємозв'язок тяжкості хвороби з давністю захворювання ($r=0,45$; $p<0,001$) та віком хворих ($r=0,37$; $p<0,001$).

УДК 616.5-006.6

КЛІНІКО-МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СУЧАСНОГО БАЗАЛЬНО-КЛІТИННОГО РАКУ ШКІРИ

**Якімова Т.П.¹, Якімов Д.Ю.²,
Шевченко О.В.²**

*¹Харківська медична академія
післядипломної освіти*

*²Національний медичний університет
ім. О.О. Богомольця*

На сьогоднішній день в Україні, м. Харкові та області спостерігається вельми висока захворюваність базально-клітинного раку шкіри (БКР). БКР шкіри складає 78 % усіх злоякісних пухлин шкіри, тоді як його діагностика в поліклінічній ланці охорони здоров'я дорівнює усього 6–8 % (Яшина Е.,

2013; Aethamura D. et al., 2013). Це пов'язують з низькою настороженістю населення, недостатньою грамотністю лікарів різного фаху, невпевненістю лікарів поліклінічної ланки, відмовою хворих від консультації онколога (Гречишнікова Т.В. та ін., 2005).

За останні роки БКР зазнав певного патоморфозу, що проявляється більш розвиненими та низько диференційованими формами, такими як солідна та аденоїдна базаліома зі значною мітотичною активністю, глибоким проростанням пухлин у дерму та метастазуванням у вісцеральні органи.

У теперішній час основними є монотерапевтичні методи лікування: кріодеструкція, лазерне та хірургічне видалення пухлин, променева терапія та ін. Між тим, БКР шкіри відзначається високою частотою рецидивів – у 85–90 % випадків, що свідчить про неадекватність методів лікування, яке треба призначати з урахуванням макро- і мікроскопічних особливостей пухлин. Неоднозначні результати перебігу БКР залежать від ступеня диференціації та гістологічного типу, ступеня зрілості клітин, мітотичної активності та глибини інвазії в дерму, віддаленості від лімфатичних та кровоносних судин. Залежно від гістологічної побудови розрізняють недиференційовані та диференційовані типи БКР. На практиці часто виявляють змішані форми.

До недиференційованих відносять поверхневу мультицентричну склерозуючу та солідну базаліому, що має пігментний та кістозний варіант. До диференційованих БКР відносять форми з диференціюванням у бік пітних, сальних залоз, волосяних фолікулів, епідермоїдну базаліому та базаліому складної побудови. Враховуючи різні варіанти, клінічні та морфологічні форми БКР, лікування його повинно бути однотипним, або комплексним: хірургічним та променевим. При розповсюджених та недиференційованих формах терапія повинна бути комплексною.