

УДК 617.572/574+617.582)-001.5-008
DOI: 10.15587/2313-8416.2016.64973

РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ ПОСТРАЖДАЛИХ З ПОЛІФРАКТУРАМИ СТЕГНОВОЇ КІСТКИ

© Д. В. Власенко, В. О. Литовченко, Є. В. Гарячий, В. Г. Власенко

Проведене біомеханічне дослідження дозволило встановити, що використання блокуючого інтрамедулярного остеосинтезу є біомеханічно обгрунтованим та доцільним при кінцевій стабілізації кісткових відламків при поліфрактурах стегнової кістки.

Використання запропонованої технології в клінічній практиці дозволило покращити результати лікування постраждалих та отримати 82,6 % добрих і 17,4 % задовільних результатів. Ефективність розробленої хірургічної технології полягає в збільшенні частки саме добрих результатів (на 25,8 %), зниженні задовільних (на 5,8 %) та відсутності незадовільних результатів

Ключові слова: поліфрактура, стегнова кістка, анатомо-функціональні утворення, блокуючий інтрамедулярний остеосинтез, моноостеосинтез, результати лікування

Aim. The biomechanical research allowed detect that the treatment of patients with polyfractures of thigh bone using monoconstruction – the blocking intramedullary pivot is biomechanically grounded and expedient at the final stabilization of the bone fragments.

Materials. The clinical part of the work included 48 patients with polyfractures of the thigh bone (34 men and 14 women) who were at the stationary treatment in traumatological department of Kharkiv regional clinical hospital – Center of the emergency and catastrophe medicine and in prof. O. I. Meschaninov Kharkiv municipal hospital of emergency. The examined patients were of the 18–70 years old, the mean age was 37,2 years. The patients were divided into two groups depending of the surgical approach to treatment.

Result. At assessment of the results of treatment of patients from the I (control) group according to S. D. Tummyan were detected 56 %, 24 % and 20 % of results respectively. At assessment of the results of treatment of patients from the II (main) group according to S. D. Tummyan were detected 82,6 % and 17,4 % of results respectively. There were no unsatisfactory results of the treatment of patients from the II clinical group.

Conclusion. It is completely evident that the offered surgical practice of the treatment of thigh bone polyfractures using one fixator (blocking intramedullary pivot) is expedient in the aspect of biomechanics and effective in the aspect of clinical use

Keywords: polyfracture, thigh bone, anatomic-functional masses, blocking intramedullary osteosynthesis, monoosteosynthesis, results of treatment

1. Вступ

Лікування переломів стегнової кістки в різних анатомо-функціональних утвореннях не втратило своєї актуальності й сьогодні. Ці пошкодження виникають в результаті прямої дії високоенергетичного механічного фактору та, за даними різних авторів, становлять від 6,6 до 29,8 % всіх переломів стегнової кістки [1, 2]. Наявність двох та більше зон пошкодження в різних анатомо-функціональних утвореннях стегнової кістки (проксимальний відділ, діафіз та дистальний відділ) породжує вагання і нерішучість в виборі методів лікування, способів остеосинтезу, послідовності його виконання, а іноді, навіть призводить до застосування гібридних методів (поєднання консервативних та оперативних методів лікування) [3].

2. Обгрунтування дослідження

Консервативне лікування поліфрактур стегнової кістки має суттєві недоліки, а саме: тривалу іммобілізацію пошкодженої нижньої кінцівки та розвиток ригідності суглобів, недостатню репозицію відламків, неможливість керування дистальним фрагмен-

том під гіпсовою пов'язкою тощо. Тривале вимушене положення хворого досить часто призводить до ускладнень (пневмонія, пролежини, тромбоемболія та ін.), які нерідко закінчуються летально [4, 5].

Традиційний відкритий накістковий та інтрамедулярний остеосинтез недоцільний при таких пошкодженнях, оскільки використовуються великі доступи, що значно подовжує термін оперативного втручання, його травматичність, збільшує крововтрату, а сама хірургічна технологія передбачає скелетування фрагментів та їх деваскуляризацію на значній ділянці [6].

Система імплантатів з кутовою стабільністю (LCP), де реалізована нова біомеханічна концепція внутрішнього фіксатора, малоінвазивна стабілізація переломів за допомогою системи LISS, малоконтактні PC-Fix фіксатори, закритий інтрамедулярний остеосинтез блокованими цвяхами (PFN, DFN, PFN подовжений) та інші сучасні фіксатори дозволяють уникнути таких недоліків [7–9].

Проте, значним дискусійним питанням в умовах сьогодення була та залишається проблема вибору та застосування одного чи двох фіксаторів для остеосинтезу з'єднання кісткових відламків.

Але значна кількість незадовільних результатів лікування спонукала вчених до пошуку нових підходів до цієї наукової задачі, а саме – до оптимізації способів атраumaticного остеосинтезу, які б забезпечували механічну стабільність відламків стегнової кістки та зберігали б кровозабезпечення кісткових відламків та самих осередків пошкодження.

3. Мета дослідження

Покращити результати лікування хворих з поліфрактурами стегнової кістки шляхом застосування моноконструкції – блокованого інтрамедулярного стержня.

4. Матеріали та методи

Клінічна частина роботи включала в себе 48 хворих з поліфрактурами стегнової кістки (34 чоловіків та 14 жінок) які знаходились на стаціонарному лікуванні в травматологічному відділенні та відділенні політравми Харківської обласної клінічної лікарні – Центрі екстреної медичної допомоги та медицини катастроф та Харківській міській лікарні швидкої медичної допомоги ім. проф. О. І. Мещанінова. Обстежені хворі були віком від 18 до 70 років (37,2±16 років). Хворі були розподілені на дві групи в залежності від хірургічного підходу до лікування.

I група – порівняльна (контрольна), включала хворих з поліфрактурами стегнової кістки, які лікувалися існуючими хірургічними методами (25 хворих).

II група – основна, включала хворих з поліфрактурами стегнової кістки, остеосинтез яким був виконаний виключно інтрамедулярним блокуючи стержнем (23 хворих).

Розподіл хворих обох клінічних груп за локалізацією поліфрактур стегнової кістки представлено в табл. 1.

Таблиця 1

Розподіл постраждалих в залежності від локалізації зон пошкодження стегнової кістки

Локалізація переломів	I (контрольна) група		II (основна) група		Усього хворих
	чоловіки	жінки	чоловіки	жінки	
Діафіз та проксимальний відділ	8	4	6	4	22
Діафіз та дистальний відділ	10	3	10	3	26
Загалом	18	7	16	7	48

Анатомо-функціональні результати лікування постраждалих з поліфрактурами стегнової кістки оцінювали за двома системами – за допомогою стандартів оцінки якості лікування пошкоджень і захворювань органів руху і опори, викладених в Наказі МОЗ України № 41 від 30.03.94 року «Про регламентацію ортопедо-травматологічної допомоги в Україні» відповідно до змін, запропонованих

А. В. Калашніковим [10, 11], та системи оцінки якості лікування С. Д. Тумяна [12].

Нами також вивчалася якість життя хворих, яка, згідно визначенню ВООЗ, є інтегральною оцінкою фізичного, психічного і соціального функціонування хворого згідно його суб'єктивного відчуття. В процесі медико-фізичної реабілітації постраждалих з поліфрактурами стегнової кістки була визначена якість життя згідно системи EuroQol – 5D [13]. Оцінку проводили в балах в терміни 3, 6 та 12 місяців.

Цифровий матеріал, отриманий в процесі дослідження, був оброблений за допомогою пакету програм обробки даних загального призначення Statistica for Windows версії 6.0. Достовірність різниць між групами (порівняння середніх значень показника по кожній групі) визначали за допомогою критерія Стьюдента (t).

5. Результати дослідження

Лікувальна тактика постраждалих I клінічної групи полягала в застосуванні виключно хірургічного методу, при цьому остеосинтез відламків виконувався існуючими методами (25 постраждалих).

В I підгрупі даної групи було 12 постраждалих з одночасним пошкодженням проксимального та діафізарного відділів стегнової кістки, яким було виконано 18 оперативних втручань.

У двох пацієнтів остеосинтез кісткових фрагментів було здійснено пластинами LCP одночасно в двох анатомо-функціональних утвореннях. У трьох хворих накістковий спосіб фіксації був поєднанням остеосинтезу проксимального відділу за допомогою DHS-методики та пластин I-II генерації, у одного – виконаний остеосинтез обох ушкоджених анатомо-функціональних зон подовженою версією DHS.

Двом постраждалим переломи діафізів стегнової кістки синтезували за методикою Кюнчера, переломи вертлюгової зони – гвинтами. Одному пацієнту аналогічні переломи синтезували наступним чином: діафіз за методикою БЮС, перелом проксимального відділу – подовженими гвинтами. Тобто принцип шинування кісткових фрагментів в двох анатомо-функціональних утвореннях реалізований за допомогою двох металевих конструкцій та двох різних способів остеосинтезу.

Трьом хворим фіксація переломів стегнової кістки в проксимальному і діафізарному відділах була виконана за допомогою апаратів зовнішньої фіксації.

II підгрупу I клінічної групи, в яку ввійшли постраждалі з одночасними переломами в діафізарному та дистальному відділах стегнової кістки, склали 13 хворих, яким було виконано 21 оперативне втручання.

Двом постраждалим для остеосинтезу відламків була застосована динамічна конділярна система в поєднанні з накістковим остеосинтезом діафізарного перелому – реалізований принцип шинування та компресії завдяки двом металевим конструкціям.

Ще двом хворим остеосинтез дистальної та діафізарної ділянок був виконаний пластинами

ЛСР. В цих клінічних випадках була використана одна металева конструкція та реалізований принцип компресії та шинування.

Трьом хворим остеосинтез двох анатомо-функціональних утворень стегнової кістки був виконаний за допомогою апаратів зовнішньої фіксації, тим самим також був реалізований принцип компресії та шинування.

Чотирьом пацієнтам був виконаний накістковий остеосинтез діафізарного перелому та репозиційний остеосинтез болтом-зтяжкою конділярного перелому. Таким чином, принцип шинування та компресії здійснений завдяки двом різним металевим конструкціям та двох способів остеосинтезу.

Ще у двох хворих поєднували інтрамедулярний остеосинтез діафізарного перелому з репозиційним болтом-зтяжкою конділярного перелому. Тобто завдяки двом різним конструкціям та способам остеосинтезу одночасно виконано шинування і компресія кісткових фрагментів.

Постраждалим II (основної) клінічної групи з поліфрактурами стегнової кістки був виконаний одночасний остеосинтез всіх кісткових уламків однією металоконструкцією – блокуючим інтрамедулярним стержнем, вид якого обирався індивідуально в кожному клінічному випадку. Блокуючий інтрамедулярний остеосинтез дозволяє реалізовувати як принцип шинування, так і принцип компресії кісткових відламків.

I підгрупу даної групи склали 9 постраждалих з поліфрактурами стегнової кістки в діафізарному та проксимальному відділах, остеосинтез яким виконували блокованими інтрамедулярними стержнями. Хворим було виконано відповідно 9 оперативних втручань.

Шістьом хворим був виконаний БІОС з використанням реконструктивного стержня, у двох пацієнтів був застосований імплантат Gamma подовженої версії, одній пацієнтці виконана фіксація переломів за допомогою стержня системи Fixion, що саморозширюється.

Одночасне пошкодження діафізарного та дистального відділів стегнової кістки було виявлене у 14 хворих.

Всі пацієнти лікувалися згідно принципів лікувально-хірургічної тактики «Damage control». Всього хворих було прооперовано з застосуванням дистального стегнового стержня при одночасному пошкодженні діафізу та виростків стегнової кістки, шести пацієнтам остеосинтез переломів був виконаний за допомогою інтрамедулярного блокованого стержня з застосуванням болтів-зтяжок.

При оцінці результатів лікування хворих I (контрольної) групи згідно рекомендацій МОЗ України одержано 60 % добрих, 24 % задовільних та 16 % незадовільних результатів. Оцінка результатів лікування за С. Д. Тумяном виявила 56 %, 24 % та 20 % результатів відповідно.

Аналізуючи показники якості життя в процесі медико-фізичної реабілітації постраждалих з полі-

фрактурами стегнової кістки I (контрольної) групи слід відмітити її пряму кореляційну залежність з показниками анатомо-функціональних результатів лікування саме в термін 12 місяців. Добрі показники якості життя в даній клінічній групі в терміни 3, 6 та 12 міс достовірно не відрізнялися, і були в межах 52, 56 та 60 % відповідно.

При оцінці результатів лікування хворих II (основної) групи згідно рекомендацій МОЗ України одержано 86,4 % добрих та 13,6 % задовільних результатів. Оцінка результатів лікування за С. Д. Тумяном виявила 82,6 % та 17,4 % результатів відповідно. Незадовільних результатів лікування у хворих II клінічної групи не було.

Добрі показники якості життя в процесі медико-фізичної реабілітації постраждалих з поліфрактурами стегнової кістки в II (основній) клінічній групі в терміни 3, та 6 і 12 місяців достовірно відрізняються (52 % та 86,4 % відповідно), тому можна констатувати той факт, що якість життя постраждалих з поліфрактурами стегнової кістки зберігає позитивну динаміку протягом всього періоду консолідації кісткових фрагментів та періоду реабілітації.

6. Обговорення результатів.

Результати лікування хворих з поліфрактурами стегнової кістки свідчать, що запропонована хірургічна тактика лікування поліфрактур стегнової кістки одним фіксатором (блокуючим інтрамедулярним стержнем) є доцільною з точки зору біомеханіки, та ефективною з точки зору клінічного застосування.

Використання існуючих методів лікування хворих з поліфрактурами стегнової кістки дає можливість отримати шанс доброго результату лікування, рівний 1,56.

Розробка та впровадження в клінічну практику запропонованої технології дозволили збільшити шанси отримання добрих результатів лікування у хворих II групи до 4,5.

Відношення шансів (OR)=2,9, тобто шанс отримати добрий результат в II (основній) групі майже в 3 рази вищий за I (контрольну) групу.

Шанс отримати задовільний результат в I (контрольній) групі склав R=0,32, в II (основній) групі – 0,22. Шанс отримати задовільний результат в II (основній) групі майже в 1,5 разів нижчий, ніж в I (контрольній) групі.

Шанс отримати незадовільний результат в I (контрольній) групі склав R=0,25, а в II (основній) групі він взагалі відсутній.

Ризик отримати добрий результат в II (основній) групі на 3,5 разів вищий за I групу, задовільний – в 1,4 рази нижчий. Ризик отримати незадовільний результат в II групі взагалі відсутній.

Таким чином, мета дослідження – покращити результати лікування постраждалих з поліфрактурами стегнової кістки шляхом застосування блокуючого інтрамедулярного моноостеосинтеза – досягнута, що підтверджується відношенням шансів отримання доброго результату (OR)=4,22, та дозволяє позбутися

ризиків і шансу виникнення незадовільних результатів – (RR)=0, (OR)=0.

7. Висновки

1. Використання існуючих технологій та способів остеосинтезу поліфрактур стегнової кістки дозволяє отримати 56 % добрих, 24 % задовільних та 20 % незадовільних анатомо-функціональних результатів. Якість життя постраждалих з поліфрактурами стегнової кістки протягом всього періоду реабілітації напряму залежить від термінів консолидації кісткових фрагментів.

2. Застосування блокуючого інтрамедулярного остеосинтезу при лікуванні поліфрактур стегнової кістки дозволило отримати 82,6 % добрих та 17,4 % задовільних анатомо-функціональних результатів при відсутності незадовільних результатів. Якість життя постраждалих з поліфрактурами стегнової кістки протягом всього періоду реабілітації не залежить від терміну консолидації кісткових фрагментів.

3. Ефективність розробленої хірургічної технології полягає в збільшенні частки саме добрих результатів (на 26,6 %), зниженні задовільних (на 6,6 %) та відсутності незадовільних результатів.

Література

1. Гайко, Г. В. Вибір методу лікування хворих із діафізарними переломами великогомілкової кістки [Текст] / Г. В. Гайко, А. В. Калашніков, К. В. Вдовіченко // Український медичний альманах. – 2010. – Т. 13, № 1. – С. 40–43.
2. Калашніков, А. В. Застосування закритого блокуючого остеосинтезу у лікуванні діафізарних переломів довгих кісток кінцівок [Текст]: наук.-практ. конф. / А. В. Калашніков, Ю. І. Павлішен, В. К. Піонтковський // Досвід застосування інтрамедулярного блокуючого остеосинтезу. – К.: Інтертехнодрук., 2006. – С. 5–6.
3. Карасев, А. Г. Чрескостный остеосинтез по Илизарову при лечении больных с одновременными переломами бедра и голени [Текст] / А. Г. Карасев // Вестник травматологии и ортопедии им. Н. Н. Приорова. – 2005. – № 1. – С. 8–11.
4. Коваленко, В. Н. Остеоартроз: Практическое руководство [Текст] / В. Н. Коваленко, О. П. Борткевич. – К.: Морион, 2003. – 448 с.
5. Зоря, В. И. Накостный компрессионно-динамический остеосинтез в лечении диафизарных переломов бедренной кости [Текст] / В. И. Зоря, С. В. Новиков, Н. Н. Карчевный и др. // Хирургия журнал имени Н. И. Пирогова. – 2009. – № 5. – С. 52–57.
6. Чеміріс, А. И. Наш досвід лікування подвійних, потрійних та багатоуламкових переломів довгих трубчастих кісток [Текст]: зб. наук. пр. / А. И. Чеміріс, А. В. Кудієвський, В. С. Коженков. – К., 2010. – С. 199.
7. Neubauer, T. Система пластин с угловой стабильностью (LCP) – новый АО стандарт на костного остеосинтеза [Текст] / T. Neubauer, M. Wagner, C. Hammerbauer // Вестник травматологии и ортопедии им. Н. Н. Приорова. – 2003. – № 3. – С. 27–35.
8. Сысенко, Ю. М. Устройство для лечения переломов бедренной кости вертельной области [Текст] / Ю. М. Сы-

сенко, С. И. Швед, А. В. Каминский // Гений ортопедии. – 2000. – № 4. – С. 82–85.

9. Тумян, С. Д. К итогам дискуссии об оценке исходов лечения переломов длинных трубчатых костей [Текст] / С. Д. Тумян // Ортопедия травматология и протезирование. – 1983. – № 6. – С. 63–65.

10. Ушаков, С. А. Тактика лечения переломов бедренной кости у пациентов с политравмой [Текст] / С. А. Ушаков, С. Ю. Лукин, Ю. В. Митрейкин // Гений ортопедии. – 2011. – № 3. – С. 17–22.

11. Шищук, В. Д. Совершенствование методов лечения при тяжелых автодорожных травмах [Текст] / В. Д. Шищук // Вісник Сумського державного університету. Сер. Медицина. – 2010. – № 2. – С. 192–199.

12. Cherkas-Zade, D. Хирургическое лечение переломов дистального отдела бедренной кости с использованием системы LISS [Текст] / D. Cherkas-Zade, M. Monesi, A. Marcolini // Вестник травматологии и ортопедии им. Н. Н. Приорова. – 2003. – № 3. – С. 36–42.

13. Soylemez, M. A biomechanical comparison of proximal femoral nails and locking proximal anatomic femoral plates in femoral fracture fixation: A study on synthetic bones [Text] / M. Soylemez, K. Ozkan, I. Türkmen, A. Sahin, Y. Yildiz, S. Erturk // Indian Journal of Orthopaedics. – 2015. – Vol. 49, Issue 3. – P. 347. doi: 10.4103/0019-5413.156220

References

1. Gajko, G. V., Kalashnikov, A. V., Vdovichenko, K. V. (2010). Vybir metodu likuvannya hvoryh iz diafizarnymy perelomamy velykogomilkovoi' kistky. *Ukrai'ns'kyj medychnyj al'manah*, 13 (1), 40–43.
2. Kalashnikov, A. V., Pavlishen, Ju. I., Piontkovs'kyj, V. K. (2006). Zastosuvannya zakrytogo blokujuchogo osteosyntezy u likuvanni diafizarnykh perelomiv dovgykh kistok kincivok. *Dosvid zastosuvannya intrameduljarnogo blokujuchogo osteosyntezy*. Kyiv: Intertehnodruk., 5–6.
3. Karasev, A. G. (2005). Chreskostnyj osteosintez po Ilizarovu pri lechenii bol'nyh s odnovremennymi perelomami bedra i goleni. *Vestnik travmatologii i ortopedii im. N. N. Priorova*, 1, 8–11.
4. Kovalenko, V. N., Bortkevich, O. P. (2003). Osteoartroz: *Prakticheskoe rukovodstvo*. Kyiv: Morion, 448.
5. Zorja, V. I., Novikov, S. V., Karchebnyj, N. N. et al. (2009). Nakostnyj kompressionno-dinamicheskij osteosintez v lechenii diafizarnykh perelomov bedrennoj kosti. *Hirurgija zhurnal imeni N. I. Pirogova*, 5, 52–57.
6. Chemiris, A. Y., Kudijevs'kyj, A. V., Kozhenkov, V. S. (2010). Nash dosvid likuvannya podvijnyh, potrijnyh ta bagatoulamkovykh perelomiv dovgykh trubchastykh kistok. Kyiv, 199.
7. Neubauer, T., Wagner, M., Hammerbauer, C. (2003). Sistema plastin s uglovoj stabil'nost'ju (LCP) – novyj AO standart nakostnogo osteosinteza. *Vestnik travmatologii i ortopedii im. N. N. Priorova*, 3, 27–35.
8. Sysenko, Ju. M., Shved, S. I., Kaminskij, A. V. (2000). Ustrojstvo dlja lechenija perelomov bedrennoj kosti vertel'noj oblasti. *Genij ortopedii*, 4, 82–85.
9. Tumjan, S. D. (1983). K itogam diskussii ob ocenke ishodov lechenija perelomov dlennyh trubchatykh kostej. *Ortopediya travmatologija i protezirovanie*, 6, 63–65.

10. Ushakov, S. A., Lukin, S. Ju., Mitrejkin, Ju. V. (2011). Taktika lechenija perelomov bedrennoj kosti u pacientov s politravmoj. Genij ortopedii, 3, 17–22.

11. Shishhuk, V. D. (2010). Sovershenstvovanie metodov lechenija pri tjazhkih avtorodorozhnyh travmah. Visnik Sums'ko-go derzhavnogo universitetu. Ser. Medicina, 2, 192–199.

12. Cherkas-Zade, D., Monesi, M., Marcolini, A. (2003). Hirurgicheskoe lechenie perelomov distal'nogo otdela bedren-

noj kosti s ispol'zovaniem sistemy LISS. Vestnik travmatologii i ortopedii im. N. N. Priorova, 3, 36–42.

13. Soylemez, M., Ozkan, K., Türkmen, I., Sahin, A., Yildiz, Y., Erturk, S. (2015). A biomechanical comparison of proximal femoral nails and locking proximal anatomic femoral plates in femoral fracture fixation A study on synthetic bones. Indian Journal of Orthopaedics, 49 (3), 347. doi: 10.4103/0019-5413.156220

Дата надходження рукопису 05.02.2016

Власенко Дмитро В'ячеславович, аспірант, кафедра екстреної та невідкладної медичної допомоги, ортопедії та травматології, Харківський національний медичний університет, пр. Науки, 4, м. Харків, Україна, 61022

E-mail: хурпуг@mail.ru

Литовченко Віктор Олексійович, доктор медичних наук, професор, кафедра екстреної та невідкладної медичної допомоги, ортопедії та травматології, Харківський національний медичний університет, пр. Науки, 4, м. Харків, Україна, 61022

Гарячий Євгеній Владиславович, кандидат медичних наук, асистент, кафедра екстреної та невідкладної медичної допомоги, ортопедії та травматології, Харківський національний медичний університет, пр. Науки, 4, м. Харків, Україна, 61022

E-mail: garja4ij@ukr.net

Власенко В'ячеслав Григорович, кандидат медичних наук, доцент, кафедра екстреної та невідкладної медичної допомоги, ортопедії та травматології, Харківський національний медичний університет, пр. Науки, 4, м. Харків, Україна, 61022

UDC 616.006.6-036.22

DOI: 10.15587/2313-8416.2016.64835

EPIDEMIOLOGICAL FEATURES OF THE SKIN CANCER

© O. Oshyvalova

Background. The relevance of the study of oncological pathology of the skin is due to the annual increase of morbidity rate of skin cancer and significantly high mortality rate among patients. The research of epidemiological features of skin cancer will identify risk groups and those who need primary medical care.

The basis for the research of the epidemiological features of skin cancer among the contingent of SIS – State Institution of Science “Research and Practical Centre of Preventive and Clinical Medicine” of the State Administrative Department (SIS “RPC PCM” SAD) is personalized information on patients that's stored in the database of the SIS since 1996. For the retrospective epidemiological analysis were used data from 2005 to 2014. The obtained results were compared with corresponding figures among patients from Kyiv and Ukraine.

Results. The morbidity rate of melanoma and NMCS (Non-melanoma cancers of the skin) is higher than the corresponding figures of the population of Kyiv and Ukraine, despite the decline in the incidence of melanoma in 2014 by 14 % compared to the year 2013. The mortality rate of patients with skin cancer, mainly due to patients with melanoma, among the contingent of SIS is also higher than the corresponding figures of the population of Kyiv and Ukraine. The majority of patients with skin cancer were men of the 2nd period of middle age and elderly age. The highest morbidity rate of skin cancer was registered in age groups of 65–74 years old and 75 years old and older regardless of gender. The recurrence and prolongation of oncological process were registered among patients with melanoma in 2.3 %, and among patients with NMCS– 1.1 % annually.

Conclusions. The obtained results showed a significant prevalence of skin cancer among the contingent of SIS compared with the morbidity rate of melanoma among the population of Kyiv and Ukraine. The analysis of epidemiological characteristics show the need for raising awareness of primary care physicians of the earliest clinical manifestations of skin cancer; raising patients awareness of the negative effects of ultraviolet radiation and solariums, the need for protection against ultraviolet irradiation, the use of methods of self-examination, timely reference to a doctor

Keywords: melanoma, carcinoma skin, Kaposi's sarcoma, morbidity, prevalence, recurrence, mortality