

ՀՏԴ 616.5-002-02:616.97

DOI: 10. 54503/0514-7484-2023-63. 2-44

**Բազալբջջային քաղցկեղի տարբերակիչ ախտորոշումը և
կանխորոշող դերմատոսկոպիական գործոնների դերը
բուժման մեթոդի ընտրության հարցում**

**Ա.Պ. Թովյան, Ա.Ա. Քեշիշյան, Ա.Հ. Հակոբյան,
Խ.Մ. Խաչիկյան**

*Երևանի Միիթար Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարան
0025, Երևան, Կորյունի փ., 2*

Բանալի բառեր. գունակային բազալբջջային քաղցկեղի դերմատոսկոպիական տարբերակումը, ոչ գունակային բազալբջջային քաղցկեղի դերմատոսկոպիական տարբերակումը, դերմատոսկոպիան իբրև պրեդիկտոր

**ԲԱԶԱԼԲԶԶԱՅԻՆ ՔԱՂՑԿԵՂԻ
ԴԵՐՄԱՏՈՍԿՈՊԻԱԿԱՆ ՏԱՐԲԵՐԱԿՈՒՄԸ**

ԲԲՔ-ի դերմատոսկոպիական տարբերակիչ ախտորոշման ժամանակակից մոդելի հիմքում գունակային ցանցի բացակայությունն է և 6 դրական չափանիշներից (ծառանման անոթներ, կապտագորշավուն ձվանման խոշոր բունոցներ, թխկատերևանման և անվաճաղանման կառույցներ կամ բազմաթիվ կապտագորշավուն կետեր-հատիկներ, խոցավորում) գոնե մեկի առկայությունը: Ընդ որում առաջին երեքը ամենավստահելի հատկանիշներն են [1, 7]:

**Հանգուցային գունակային բազալբջջային քաղցկեղի,
մելանոմայի և նևուսի կլինիկական և դերմատոսկոպիական
տարբերակումը (1-2-րդ նկարներ՝ 1ա, 1բ, 2ա և 2բ պատկերներ)**

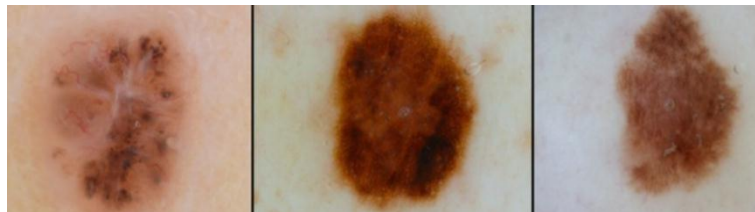
1-ին նկարում (1ա և 1բ պատկերներ) ներկայացված են հանգուցային գունակային ԲԲՔ-ի, մելանոմայի և նևուսի կլինիկական (1ա պատկեր՝ համապատասխանաբար ձախից, կենտրոնում և աջից) և դերմատոսկոպիական (1բ պատկեր՝ համապատասխանաբար ձախից, կենտրոնում և աջից) տարբերակման հիմքերը:

Հանգուցային գունակային ԲԲՔ-ի դեպքում (1բ պատկերում՝ ձախից) գունակային ցանցը բացակայում է, և ԲԲՔ-ի 6 բնորոշ հատկանիշներից դրական են 3-ը (ծառանման անոթների, կապտագորշ-

շավուն ձվանման բուռնոցների և բազմաթիվ կապտագորշավուն կետեր-հատիկների հատկանիշները): Մելանոմայի դեպքում (1բ պատկերում՝ կենտրոնում) դիտվում է ասիպիկ գունակային ցանց, իսկ նեվուսի դեպքում (1բ պատկերում՝ աջից)՝ տիպիկ գունակային ցանց [1, 7]:



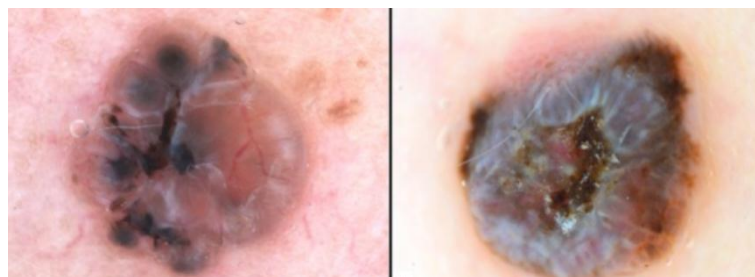
1ա



1բ



2ա



2բ

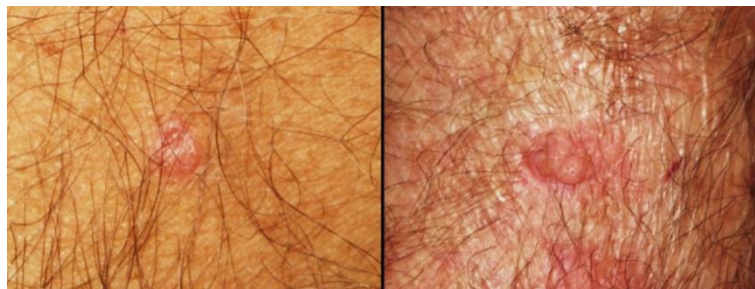
2-րդ նկարում (2ա և 2բ պատկերներ) ներկայացված են հանգուցային գունակային ԲԲՔ-ի և մելանոմայի կլինիկական (2ա պատկերում՝ համապատասխանաբար ձախից և աջից) և դերմատոսկո-

պիական (2բ պատկերում՝ համապատասխանաբար ձախից և աջից) տարբերակման հիմքերը:

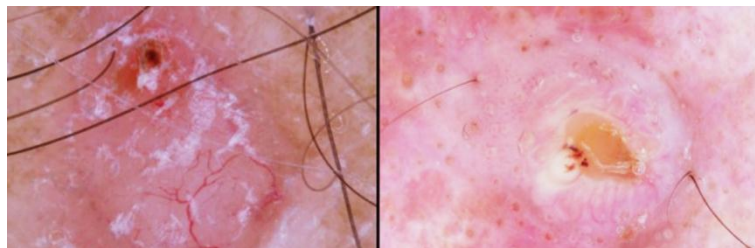
2բ-ձախ պատկերում գունակային ցանցը բացակայում է, և առկա են ծառանման անոթներ և կապտագորշավուն ձվանման բունոցներ (ԲԲՔ-ի ախտորոշման հիմքեր): 2բ-աջ պատկերում գունակային ցանցը, արդարև, նույնպես բացակայում է, սակայն առկա են կետային անոթներ, շագանակագույն-սև անկանոն հատիկներ և անկանոն ծայրամասային զոլեր (հանգուցային մելանոմայի ախտորոշման հիմքեր), [1, 7]:

Հանգուցային ոչ գունակային բազալբջջային քաղցկեղի և տափակ բջջային քաղցկեղի (ՏԲՔ) կլինիկական և դերմատոսկոպիական տարբերակումը (3-րդ նկար՝ 3ա և 3բ պատկերներ)

3-րդ նկարում (3ա և 3բ պատկերներ) ներկայացված են կլինիկորեն միանման հանգուցային ոչ գունակային գոյացություններ (3ա պատկերում՝ ԲԲՔ և մելանոմա՝ համապատասխանաբար ձախից և աջից):



3ա



3բ

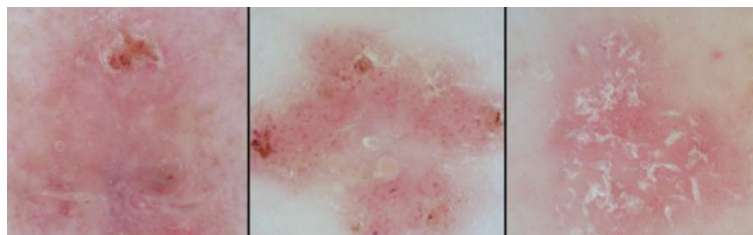
3բ-ձախ պատկերում հստակորեն տեսանշմարվում են ծառանման անոթներ (ԲԲՔ-ին խիստ բնորոշ հատկանիշներ), իսկ աջ 3բ-աջ պատկերում՝ կետային և գծային անկանոն անոթներ, կերատինային զանգված, շուրջֆոլիկուլային սպիտակ օղեր (ՏԲՔ-ին խիստ բնորոշ հատկանիշներ), [10]:

Մակերեսային բազալբջային քաղցկեղի, Բոուենի հիվանդության և պսորիազի կլինիկական և դերմատոսկոպիական տարբերակումը (4-րդ նկար՝ 4ա և 4բ պատկերներ)

4-ա պատկերում ձախից աջ մակերեսային բազալբջային քաղցկեղի, Բոուենի հիվանդության և պսորիազի միանման էրիթեմային և թույլ թեփոսվող կլինիկական օջախներն են:



4ա



4բ

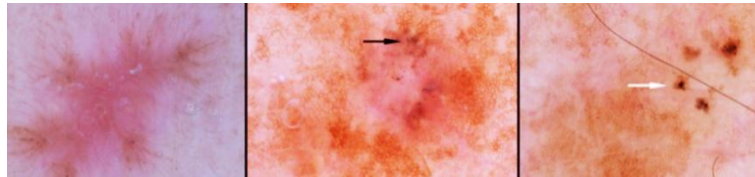
4բ-ձախ պատկերում դիտվում են մակերեսային նուրբ տելանգիեկտազիաներ, եզակի կապտագորշավուն կետեր, փայլուն սպիտակ/կարմիր անկառույց գոտիներ (մակերեսային ԲԲՔ), կենտրոնական 4բ-ում՝ կետային և կծիկային անոթներ ու դեղին կեղևներ (in-situ SCC՝ Բոուենի հիվանդություն), իսկ 4բ-աջ պատկերում՝ կանոնավոր բաշխված կետային անոթներ և սպիտակ փաթիլանման թեփի դրսևորումներ (պսորիազ), [9]:

Զարգացման վաղ շրջանում մակերեսային գունակավորված բազալբջային քաղցկեղի դերմատոսկոպիական հատկանիշները (5-րդ նկար՝ 5ա և 5բ պատկերներ)

Զարգացման վաղ շրջանում մակերեսային գունակավորված ԲԲՔ-ի ախտորոշման առանցքում դերմոսկոպիայի դերմալ գոտու գունակային գոյացություններն են (թիկատերևանման, անվաճաղանման կառույցներ, կապտագորշավուն փոքր կետեր):



5ա



5բ

5ա պատկերում մակերեսային գունակավորված ԲԲՔ-ի կլինիկական 3 պատկերներն են (ձախից, կենտրոնում և աջից) զարգացման վաղ շրջանում (ակնհայտ է, որ կլինիկորեն հստակ ախտորոշելն անհնար է):

5բ-ձախ պատկերում մակերեսային գունակավորված ԲԲՔ-ն ներկայացված է թխկատերևանման շագանակավուն նոր ձևավորվող պատկերի ձևով (բավարար ձևավորված չէ, սակայն ավելի քան տիպիկ է), 5բ-կենտրոնական պատկերում (զարգացել է արևային լենտիգոյից)՝ կապտագորշավուն փոքր կետերի ձևով (սև սլաքներ) և 5բ-աջ պատկերում (զարգացել է դարձյալ արևային լենտիգոյից)՝ անվաճադանման կառույցների ձևով (սպիտակ սլաքներ), [5]:

ԲԱԶԱՆԲԱԶԱՅԻՆ ՔԱՂՑԿԵՂԻ
ԴԵՐՄԱՏՈՄԿՈՊԻԱԿԱՆ ՀԱՏԿԱՆԻՇՆԵՐԸ՝ ՈՐՊԵՍ
ԲՈՒԺՄԱՆ ՄԵԹՈԴԻ ԸՆՏՐՈՒԹՅԱՆ ՊՐԵԴԻԿՏՈՐՆԵՐ

Բազալբջային քաղցկեղի ախտահյուսվածքաբանական
ենթատիպը՝ որպես բուժման մեթոդի ընտրության
կանխորոշող գործոն

Առաջարկվող բուժման մեթոդը պայմանավորված է բազալբջային քաղցկեղի ախտահյուսվածքաբանական ենթատիպով: Օրինակ, մակերեսային ԲԲՔ-ի դեպքում առաջարկվում են բուժման ոչ աբլատիվ մեթոդներ: Նախկինում մակերեսային ԲԲՔ-ն բարձր ռիսկի ենթատիպ էր, ու միակ բուժական մոտեցումը վիրահատականն էր, իսկ հետվիրահատական բարդությունների հաճախականությունը՝ բարձր (մակերեսային ԲԲՔ-ին բնորոշ ծայրամասային աճի հակումը հաշվի չէր

առնվում, ոչ ամբողջական հատման պատճառով վիրահատական միջամտությունը լինում էր թերի ու հանգեցնում էր կրկնումների): Ներկայումս մակերեսային ԲԲՔ-ն բարձր ռիսկի ենթատիպ չէ, ու արդյունավետ են բուժման անգամ ոչ աբլատիվ մեթոդները (իմիքվիմոդը, ֆոտոդինամիկ բուժումն այսօր դիտվում են ԲԲՔ-ի բուժման մեթոդների առաջին շարքում):

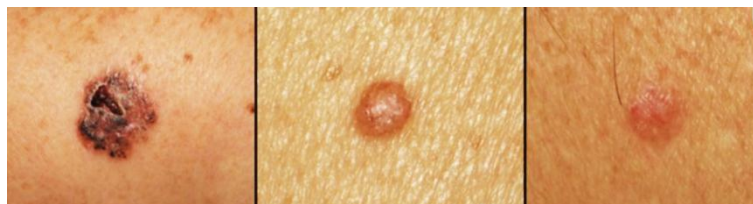
Հանգուցային ԲԲՔ-ի դեպքում, ընդհակառակը, վիրաբուժական մեթոդների արդյունավետությունը բարձր է (շուրջ 98%), իսկ ոչ աբլատիվ մեթոդներն արդյունավետ չեն:

ԲԲՔ-ի մյուս ձևերի դեպքում վիրաբուժական մեթոդների արդյունավետությունն ընդամենը 40% է, ոչ աբլատիվ մեթոդներինը՝ գրեթե զրոյական:

Բազալըջջային քաղցկեղի գունակավորումը՝ որպես բուժման մեթոդի ընտրությունը կանխորոշող գործոն

Շատ հաճախ կլինիկորեն ոչ գունակային ԲԲՔ-ն ոչ գունակային է միայն առերևույթ: Իրականում (դերմատոսկոպիորեն և ախտահյուսվածքաբանորեն) այն գունակային ԲԲՔ է, որը կլինիկորեն գունակայինի կվերածվի միայն ախտահյուսվածքաբանորեն գունակի միայն մեծ խտության դեպքում:

Քանի որ ԲԲՔ-ի ոչ գունակային ձևերի ոչ աբլատիվ մեթոդներով բուժման արդյունավետությունը 62-100% է, իսկ գունակային ձևերինը՝ ընդամենը 14%, ուստի կլինիկորեն ոչ գունակային ձևերի դեպքում ԲԲՔ-ի իրականում գունակային կամ ոչ գունակային լինելը պարզելու նպատակով կատարում են դերմատոսկոպիական հետազոտություն ու գունակայինի դեպքում հրաժարվում ոչ աբլատիվ մեթոդներից:



6ա



6բ

6-րդ նկարում (6ա և 6բ պատկերներ) ԲԲՔ-ի տարբեր կլինիկական տեսակներն են:

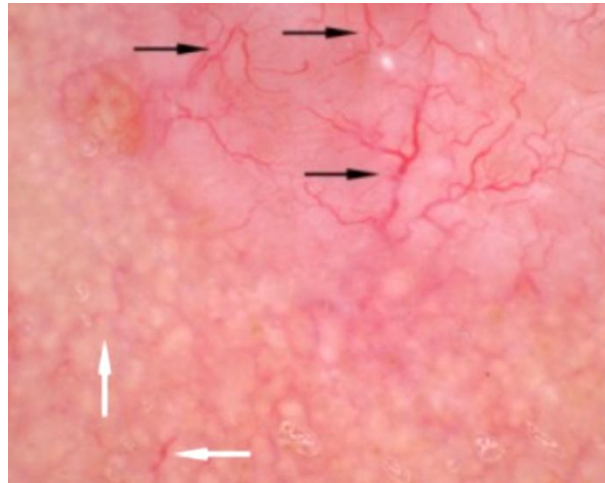
6ա-ձախ և 6բ-ձախ պատկերներում կլինիկորեն և դերմատոսկոպիորեն գունակի առկայությունն ակնբախ է: 6ա-կենտրոնական և 6բ-կենտրոնական պատկերներում նույնպես կլինիկորեն առկա մի քանի գունակային կետեր դերմատոսկոպիորեն համահարաբերակցվում են հստակ արտահայտված գունակային գոյացությունների, այն է՝ կապտամոխրավուն ձվանման բունոցների և կապտագորշավուն հատիկների հետ: Աջակողմյան 6ա-աջ պատկերում կլինիկորեն ԲԲՔ-ն անգունակային է, սակայն 6բ-աջ պատկերում դերմատոսկոպիորեն դիտվում են կապտագորշավուն հատիկներ: Այլ կերպ ասած, կլինիկորեն բացահայտ գունակային և հարաբերականորեն գունակային ԲԲՔ-ից բացի, դերմատոսկոպիորեն գունակային է նաև կլինիկորեն ոչ գունակային ԲԲՔ-ն [2, 6]:

Բազալբջային քաղցկեղի անոթավորումը՝ որպես բուժման մեթոդի ու մասշտաբի ընտրությունը կանխորոշող գործոն

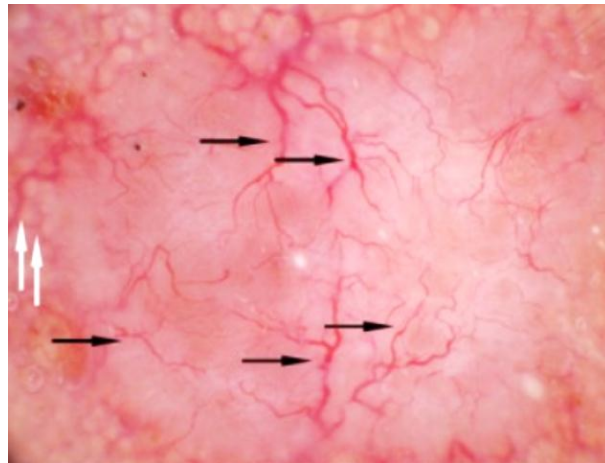
ԲԲՔ-ի կրկնումները, այո՛, պայմանավորված են բազմաթիվ գործոններով, մասնավորապես ուռուցքի կլինիկական ենթատեսակներով, վիրահատության ժամանակ նրա ոչ ամբողջական հեռացումով: ԲԲՔ-ի և ՏԲՔ-ի ագրեսիվ, արագորեն ընդարձակվող և հատկապես դեմքին տեղակայված ձևերի, երբեմն անգամ մեղանոմայի վիրահատական բուժման ոսկե ստանդարտը, անշուշտ, Մոհսի մեթոդն է (ուռուցքը հեռացվում է ամբողջովին պլյուս 3 մմ շրջագծով), որի դեպքում, սակայն, կրկնումները հասնում են 17%-ի [11, 13]:

Դերմատոսկոպիան հնարավորություն է ընձեռում առավել հստակ գնահատելու ուռուցքի տարածվածությունը, ավելի ճիշտ որոշելու սպասվելիք վիրահատության մասշտաբը (կտրվածքի տեղը)՝ այդպիսով նվազեցնելով կրկնումների հաճախականությունը: Ի տարբերություն ԲԲՔ-ի վառ կարմիր, խիստ ֆոկուսավորված և խիստ ճյուղավորված ծառանման անոթների՝ ուռուցքի ծայրամասի և հարուստ քայքային շրջանի արևավմասված մաշկի անոթները կարծես ջնջված լինեն, մուգ կարմիր են կամ մանուշակագույն [3]:

Եթե ԲԲՔ-ի ախտորոշման մեջ կապտագորշավուն ձվանման բունոցների, կապտագորշավուն հատիկների և թխկատերևանման կառույցների դերը հստակ է, ապա անոթների նշանակությունը միարժեք չէ: Ըստ Mun-ի և համահեղինակների՝ ԲԲՔ-ի կենտրոնական շրջանի ծառանման և տելեանգիէկտատիկ անոթները ոչ թե ուռուցքին բնորոշ յուրահատուկ անոթներ են, այլ ԲԲՔ-ն սնող անոթներ, որոնք կա-



7ա



7բ

րող են տարածվել նաև դեպի հարօջախային շրջան: Ուստի կտրելու չափերը որոշելու նպատակով անհրաժեշտ է կատարել դերմատոսկոպիական հետազոտություն: 7-րդ նկարում (7ա և 7բ պատկերներ) պատկերված են ուռուցքի կենտրոնական հատվածի վառ կարմիր և խիստ ֆոկուսավորված ու խիստ ճյուղավորված ծառանման անոթները (սև սլաքներ) և ուռուցքի ծայրամասի և հարուրուցքային շրջանի մաշկի կարծես ջնջված, մուգ կարմիր-մանուշակագույն անոթները, չճյուղավորվող տեղեանգիէկտատիկ անոթները (սպիտակ սլաքներ), [4]:

Այսպիսով, անհրաժեշտ է հասկանալ, թե հարօջախային շրջանում ինչ անոթներ են, ու մինչև որ հատվածը կատարել կտրվածքը՝ կրկնումները բացառելու համար:

Կլինիկական, դերմատոսկոպիական և ախտահյուսվածքաբանական քլիրենս

Մակերեսային ԲԲՔ-ի բուժման նպատակով հանձնարարելի են բուժման ոչ արևատիվ մեթոդները, սակայն բուժման արդյունավետությունը դժվար է գնահատել, քանի որ անհրաժեշտ է ընտրություն կատարել «սպասել և տեսնել» կոնսերվատիվ, ախտորոշիչ բիոպսիայի և այլ, ավելի ագրեսիվ թերապևտիկ մեթոդ ընտրելու ռազմավարության միջև: Բանն այն է, որ շատ մեծ է հարատևող ԲԲՔ-ի անբավարար բուժման (under-treatment) կամ արդեն իսկ բուժված հիվանդի հավելուրդային բուժման (over-treatment) ռիսկը, ուստի տնտեսական ծախսերի հեռանկարը [8, 12]:

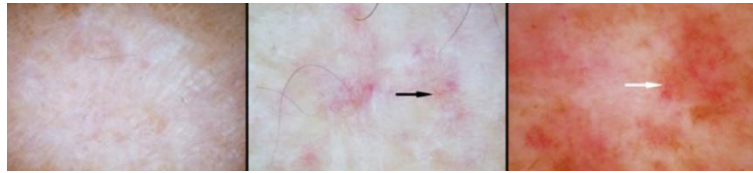
Դերմատոսկոպիական հետազոտությունը հստակորեն օգնում է արձանագրելու ԲԲՔ-ի հետբուժական ձևաբանական փոփոխությունները, նվազագրեելու շարադրյալ ռիսկերը և սպասվող ծախսերը:

Բուժման արդյունքում ԲԲՔ-ի դերմատոսկոպիական հատկանիշների անհետացումը հստակորեն վկայում է ախտահյուսվածքաբանական քլիրենսի մասին, այն դեպքում, երբ դրանց պահպանումը կամ նորերի առաջացումը՝ ոչ լիակատար քլիրենսի և ուստի կրկնման մեծ հավանականության մասին: Օրինակ, եթե բուժումից հետո մնացել են ԲԲՔ-ի դերմատոսկոպիական հատկանիշներ (ճյուղավորվող անոթներ, խոցավորումներ, երկնագույն-մոխրագույն ձվանման բուռնոցներ, թխկատերևանման կառույցներ ևն), ապա վստահաբար գործընթացը կրկնվելու է: Ինչ վերաբերում է բուժումից հետո կարմրասպիտակավուն կառույցների առկայությանը, ապա այն միանշանակ չի կարող գնահատվել (հնարավոր է կրկնում, հնարավոր է նաև, որ դրանք չկրկնվեն), [8]:

Անհրաժեշտ է հաշվի առնել նաև դերմատոսկոպիական կառույցների ապաճման տարբերությունները: Օրինակ, ծառանման անոթները, թխկատերևանման և անվաճաղային կառույցներն ապաճում են արագորեն (եթե վաղ է սկսված բուժումը) այն դեպքում, երբ ձվանման բուռնոցները և կապտագորշավուն հատիկները միառժամանակ հարատևում են (վաղ կրկնման ախտանիշ է):



8ա



8բ

Ցա ձախակողմյան, կենտրոնի և աջակողմյան պատկերներում ԲԲՔ-ի օջախներն են բուժումից հետո, և կլինիկորեն կրկնման մասին վկայող որևէ պրեդիկտոր չկա (լիակատար քլիրենս): Ցբ նկարում նույն հիվանդների ձախակողմյան, կենտրոնի և աջակողմյան դերմատոսկոպիական պատկերներն են: Դերմատոսկոպիական քլիրենսը, սակայն, անբավարար է (ձախ պատկերում հիվանդն ապաքինվել է, կենտրոնի պատկերում առկա են եզակի մանր մակերեսային տելանգիեկտատիկ անոթներ (սև սլաք), իսկ աջ պատկերում՝ ծառանման անոթներ (սպիտակ սլաք): Սա վկայում է կրկնման մեծ հավանականության և բուժման անհրաժեշտության մասին [8]:

Ելնելով աշխարհում ԲԲՔ-ի դեպքերի աճի միտումից՝ առաջիկայում հիվանդության դեպքերը վստահաբար ավելանալու են: ԲԲՔ-ի և արևի հավելյալ ազդեցության ճառագայթման միջև առկա ուժեղ կապը կարևորում է հասարակության լայն շերտերին այս մասին ծանոթացնելու, ռիսկի պոտենցիալ գործոնների մասին լուսավորչական աշխատանքներ կատարելու և կանխարգելման անհրաժեշտությունը: Հատկապես մանկական և պատանեկան տարիքում արևի ուժգին ճառագայթումից խուսափելը, պարբերականորեն արևապաշտպան միջոցներ կիրառելը և սոլյարիումների ծառայություններից հրաժարվելը մեծ նշանակություն կարող են ունենալ ԲԲՔ-ի կանխարգելման գործում:

Մաշկի ուռուցքային կազմափոխության վաղաժամ հայտնաբերման նպատակով անհրաժեշտ է սեփական մաշկը մշտապես ուսումնասիրելու և ինքնաախտորոշելու ենթամշակույթ ձևավորել:

Ընդունված է 15.11.22

Дифференциация базальноклеточного рака и роль дерматоскопических предикторов в выборе метода терапии

А.П. Топчян, А.А. Кешишян, А.А. Акопян, Х.М. Хачикян

Диагноз и дифференциальный диагноз базальноклеточного рака кожи основывается на отсутствии пигментной сети и обнаружении одного из шести положительных дерматоскопических критериев (древовидные сосуды, изъязвление, большие сине-серые овальные гнезда, кленоволистоподобные и спицеподобные структуры, множественные сине-серые точки/глобулы). В этой статье пред-

ставлена дифференциальная диагностика базальноклеточного рака от меланомы, невуса, плоскоклеточного рака, болезни Боуэна, псориаза и т.д.

Мы представили решающую роль дерматоскопии в выборе метода терапии опухоли.

The Basal Cell Carcinoma Differential Diagnostics and the Role of Dermoscopic Predictors in the Choice of Therapy

A. P. Topchyan, A. A. Keshishyan, A. H. Hakobyan, Kh. M. Khachikyan

The diagnosis of BCC is based on the absence of pigment network and the detection of one of six positive dermoscopic criteria: arborizing vessels, ulceration, large blue-gray ovoid nests, maple leaf-like areas, spoke wheel areas and multiple blue-gray dots/globules. In this article we present the differential diagnostics of basal cell carcinoma from melanoma, nevus, squamous cell carcinoma, Bowen's disease, psoriasis etc. We propose the crucial role of dermoscopy in the management of the tumor.

Գրականություն

1. Altamura D., Menzies S.W., Argenziano G. *et al.* Dermatoscopy of basal cell carcinoma: morphologic variability of global and local features and accuracy of diagnosis. *J Am Acad Dermatol.*, 2010, 62: 67–75.
2. Arits A.H.M.M., Mosterd K., Essers B. A. *et al.* Photodynamic therapy versus topical imiquimod versus topical fluorouracil for treatment of superficial basal-cell carcinoma: a single blind, non-inferiority, randomised controlled trial. *Lancet Oncol*, 2013, 14: 647–54.
3. Carducci M., Bozzetti M., Foscolo A.M. *et al.* Margin detection using digital dermatoscopy improves the performance of traditional surgical excision of basal cell carcinomas of the head and neck. *Dermatol Surg.*, 2011, 37: 280–5.
4. Kyrgidis A., Vahtsevanos K., Tzellos T. G. *et al.* Clinical, histological and demographic predictors for recurrence and second primary tumours of head and neck basal cell carcinoma. A 1062 patient-cohort study from a tertiary cancer referral hospital. *Eur J Dermatol.*, 2010, 20: 276–82.
5. Lallas A., Apalla Z., Argenziano G. *et al.* The dermoscopic universe of basal cell carcinoma. *Dermatol Pract Concept*, 2014, 4(3): 11–24.
6. Lallas A., Argenziano G., Kyrgidis A. *et al.* Dermoscopy uncovers clinically undetectable pigmentation in basal cell carcinoma. *Br J Dermatol.*, 2014, 170(1):192–5.
7. Menzies S. W., Westerhoff K., Rabinovitz H. *et al.* Surface microscopy of pigmented basal cell carcinoma. *Arch Dermatol.*, 2000, 136: 1012–6.
8. Mun J-H., Jwa S-W., Song M. *et al.* Pitfalls of using dermatoscopy in defining surgical margins of basal cell carcinoma. *Dermatol Surg.*, 2011, 37: 1704–5.
9. Pan Y., Chamberlain A. J., Bailey M. *et al.* Dermatoscopy aids in the diagnosis of the solitary red scaly patch or plaque-features distinguishing superficial basal cell carcinoma, intraepidermal carcinoma, and psoriasis. *J Am Acad Dermatol.*, 2008, 59: 268–74.
10. Rosendahl C., Cameron A., Argenziano G. *et al.* Dermoscopy of squamous cell carcinoma and keratoacanthoma. *Arch Dermatol.*, 2012, 148: 1386–92.
11. Smeets N.W.J., Kuijpers D.I.M., Nelemans P. *et al.* Mohs' micro-graphic surgery for treatment of basal cell carcinoma of the face—results of a retrospective study and review of the literature. *Br J Dermatol.*, 2004; 151: 141–7.
12. Vidal D., Matias-Guiu X., Alomar A. Fifty-five Basal Cell Carcinomas Treated With Topical Imiquimod: Outcome at 5-Year Follow-up. *Arch Dermatol.*, 2007, 143(2): 264-276.
13. Walker P., Hill D. Surgical treatment of basal cell carcinomas using standard postoperative histological assessment. *Australas J Dermatol.*, 2006, 47: 1–12.