

**Міністерство охорони здоров'я України
Вищий державний навчальний заклад України
«Українська медична стоматологічна академія»**



«Затверджено»

на засіданні кафедри онкології
завідувач кафедри
д.мед.н., професор Баштан В.П.

«_____» _____ 2018 р.

**МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ
ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ
ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ**

<i>Навчальна дисципліна</i>	<i>Онкологія</i>
<i>Модуль №</i>	<i>I</i>
<i>Змістовний модуль №</i>	<i>I</i>
<i>Тема заняття</i>	Злоякісні пухлини шкіри. Рак шкіри. Меланома шкіри
<i>Курс</i>	<i>IV</i>
<i>Факультет</i>	<i>Стоматологічний</i>

Полтава - 2018

Тема: “Злоякісні пухлини шкіри. Рак шкіри. Меланома шкіри”.

1. Актуальність теми.

Злоякісні пухлини шкіри займають друге місце в структурі онкологічної захворюваності. Приблизно 90% усіх злоякісних пухлин шкіри локалізуються в ділянці голови та шиї. Для шкіри характерні три групи пухлин: доброякісні, з місцево-деструктивним ростом і злоякісні. Субстратом для розвитку цих пухлин служать епідерміс, додатки шкіри та її ембріональні зачатки. Основою для розвитку сполучно – тканинних пухлин є мезенхіма.

Найбільш розповсюдженою злоякісною пухлиною шкіри являється рак шкіри. Захворюваність складає в Україні 39 випадків на 100 тис. населення. Друга найбільш розповсюджена злоякісна пухлина шкіри людини – меланома складає 4,5 – 5 випадки на 100 тис. населення. Найчастіше ця патологія зустрічається у чоловіків. Пухлини шкіри відносять до візуальних форм, що дозволяє у більшості хворих діагностувати цю патологію на початкових стадіях розвитку і, навіть, виявляти її під час онкопрофоглядів. Тому вивчення і знання онкологічної патології шкіри має велике значення для студентів – майбутніх лікарів усіх фахів.

2. Конкретні навчальні цілі заняття:

Дати загальні відомості про рак шкіри, підкресливши, що дана патологія є візуальною формою раку.

Знати:

- етіологію та патогенез пухлин шкіри.
- епідеміологію пухлин шкіри.
- групи ризику.
- клінічні форми пухлин шкіри.
- патологічну анатомію пухлин шкіри.
- класифікацію пухлин шкіри за системою TNM.
- методи дослідження пухлин шкіри.
- методи лікування хворих на злоякісні пухлин шкіри: хірургічний, комбінований, променевий, хіміотерапевтичний.

Вміти:

- визначати стадії розповсюдження пухлинного процесу;
- провести загальне об'єктивне та спеціальне обстеження хворих;
- визначити значення додаткових методів обстеження у хворих;
- призначити індивідуальне лікування в залежності від стадії пухлини, загального стану хворих та їх віку.

3. Базові знання, вміння необхідні для вивчення теми.

3.1. Міждисциплінарна інтеграція (базові знання, вміння, навички необхідні для вивчення теми)

<i>Дисципліни</i>	<i>Знати</i>	<i>Вміти</i>
Анатомія	Скелетотопію, особливості кровообігу, лімфатичні протоки.	Володіти методами обстеження, розшифровувати клінічні аналізи, призначити лікування на перших етапах та інше.
Патологічна анатомія	Гістологічну структуру раку шкіри.	
Загальна терапія, дерматологія	Методи загального обстеження хворих.	
Онкологія	Променеву терапію раку шкіри, хіміотерапію.	

4. Завдання для самостійної роботи під час підготовки до заняття

4.1. Перелік основних термінів, параметрів, характеристик які повинен знати студент.

Термінологія

Українська мова	Російська мова	Англійська мова
Шкіра	Кожа	Skin
Меланома	Меланома	Melanoma
Базальноклітинний рак шкіри	Базальноклеточный рак кожи	Basal cell carcinoma (BCC)
Плоскоклітинний рак шкіри	Плоскоклеточный рак кожи	Squamous cell carcinoma (SCC)

4.2. Теоретичні питання до заняття

1. Які анатомічні відділи має шкіра?
2. Які функції шкіри?
3. Анатомічні особливості шкіри в залежності від локалізації?
4. Шляхи лімфовідтоку зі шкіри?
5. Клінічні форми меланоми та немеланомних раків шкіри?
6. Перелік необхідних обстежень при підозрі на рак шкіри?
7. Найчастіша гістологічна структура пухлин шкіри?
8. Види хірургічних втручань як застосовують при пухлинах шкіри?

4.3. Професійний алгоритм щодо оволодіння навичками та вміннями

Завдання:

Провести огляд хворого з підозрою на рак шкіри

Примітка: звернути увагу на загальний стан хворого, особливості огляду шкіри.

Примітка: звернути увагу на стан шкіри, наявність та форму пухлинних утворень.

Примітка: звернути увагу на форму утворення на шкірі, щільність, рухомість, наявність кровотечі.

Примітка: звернути увагу на стан периферичних та регіонарних лімфатичних вузлів, їх щільність, рухомість, розмір.

Перелік навчальних практичних завдань які необхідно засвоїти на практичному занятті.

1. Збирання анамнезу
2. Огляд та пальпація хворих
3. Пальпація лімфовузлів
4. Знати як проводиться дерматоскопія, діагностична біопсія пухлини та метастатичних лімфовузлів
5. Скласти план лікування хворого на рак шкіри

Зміст теми.

Основні передракові захворювання

- **Пігментна ксеродерма.** Для шкіри являється облігатним передраковим захворюванням. Це спадково зумовлене захворювання шкіри, яке характеризується надмірною чутливістю до сонячного проміння. Внаслідок інсоляції в червоних плямах шкіри розвиваються атрофічні зміни, шкіра стає тонкою й блискучою, з'являються ділянки телеангіоектазій, плями, що нагадують ластовиння, бородавчасті розростання – гістологічно це акантоми. Процес майже завжди перетворюється на рак, часто – первинно-множинний (полінеоплазія).

Лікування: електроексцизія, лазерна або кріодеструкція, при множинних зростаннях – близькофокусна рентгенотерапія. Як захисний засіб рекомендується старанний захист від сонячних променів відкритих ділянок тіла, особливо обличчя.

- **Хвороба Боуена** може розповсюджуватись на всьому тілі, але найчастіше уражує шкіру тулуба, шиї, обличчя, статевих органів та слизових оболонок. Захворювання описане ще в 1912 р., воно може мати різноманітні клінічні ознаки, але найчастіше характеризується утворенням папульозно-лускатих бляшок, добре обмежених, овальної або полігональної форми, жовтасто-червоного або жовто-коричнюватого кольору. Розміри бляшок від 0,1 до 10 см. При пальпації бляшок визначається консистенція паперу або тонкого картону. Характерним є наявність атрофії тканини в центрі бляшки. При цьому відсутній перлинний вал як при базаліомах.

За клінічними проявами виділяють 4 форми хвороби *Боуена*:

1. Папульозно-лусочкова;
2. Папульозно-кіркова;
3. Атрофічна;
4. Мокнуча.

Хвороба *Боуена* належить до облігатного передраку, на фоні якого найчастіше виникає папілярний рак, схильний до метастазування.

- **Папілома** є доброякісною пухлиною, що розвивається із покривного епітелію і зустрічається у всіх органах, що мають покривний епітелій, в тому числі доволі часто на слизовій оболонці порожнини рота й губ. Папілома є розростанням сосочків сполучної тканини, вкритих гіперплазованим епітелієм із явищами гіпер- та паракератозу. Звичайно, пухлина росте на ніжці, хоча може мати й широку основу. Розміри її становлять від кількох міліметрів до кількох сантиметрів. Вона зберігає колір слизової оболонки, але при значному ороговінні може набувати білястого або бруднувато-сірого кольору. На поверхні папілом можуть виникати виразки, особливо внаслідок травматизації, що призводить до появи кровотечі. Значна частота трансформації папілом (від 10 до 20% спостережень), гістологічна структура їх у вигляді обмежених проліфератів є вагомим приводом для розгляду їх як передракових станів із більшою потенційною злоякісністю. Про початок малігізації папілом свідчать такі клінічні ознаки: ущільнення папіломи, посилення процесів ороговіння на її поверхні, ущільнення ніжки папіломи та її основи, поява неприємних суб'єктивних відчуттів. **В.В. Панікаровський** при гістологічному дослідженні папілом знаходив значну кількість мітозів не тільки в самій пухлині, але і в базальному шарі оточуючого папілому епітелію. Ці дані дещо пояснюють феномен мультицентричної появи раку, а також схильність до рецидування папілом після їх відсічення або коагуляції.

Лікування папілом полягає у повному видаленні пухлини з обов'язковим включенням прилеглих ділянок клінічно незміненої слизової оболонки. Операційний матеріал слід досліджувати гістологічно пошарово, тому що навіть у "спокійній" на зовнішній вигляд папіломі інколи спостерігаються початкові вогнища малігізації.

- **Шкірний ріг (*cornu cutaneum*)**, синоніми: старечий ріг, акрохордон, фіброкератома *Унна* належить до групи кератозів, тобто захворювань шкіри незапального характеру. Це ділянка обмеженої гіперплазії епітелію з надмірним гіперкератозом. Клінічно це утворення у вигляді конуса, циліндра, розгалуженого утворення, що складається з щільних рогових мас бруднувато-сірого або коричнювато-сірого кольору, міцно спаяне зі своєю основою. Розміри шкірного рогу найчастіше в межах 0,5 - 1 см, хоча в літературі зустрічаються згадки і про утворення значних розмірів. Локалізується переважно на шкірі обличчя, але досить часто трапляються ураження червоної облямівки губи. Шкірний ріг може виникати як на зовнішньо незмінній шкірі та червоній облямівці, так і на фоні лейкоплакії, червоного плоского лишая та червоного вовчака, на рубцях та ін. (**А.Л. Машкіллейсон**). Шкір-

ний ріг є факультативним передраковим захворюванням із більшою потенційною злоякісністю. Клінічними ознаками початку малігнізації шкірного рогу є поява запалення в тканинах навколо нього, ущільнення основи, раптове прискорення процесів ороговіння. Діагностика шкірного рога неважка, тому що він має досить характерну клінічну картину. Початкові стадії процесу на червоній облямівці губи важко відрізнити від бородавчастого передраку й кератоакантоми.

Лікування шкірного рога тільки хірургічне. Під час видалення повинні захоплюватись і прилеглі здорові тканини, тому що при видаленні тільки патологічного вогнища часто виникають рецидиви, а інколи мультицентрично виникає рак.

- **Кератоакантома** (доброякісна акантома, роговий моллюск шкіри та ін.). Клінічні прояви кератоакантоми різноманітні. Локалізується кератоакантома на відкритих ділянках шкіри, а інколи і на червоній облямівці губ, частіше нижньої. Переважають особи чоловічого віку. В залежності від стадії захворювання розрізняють стадію росту, стадію розквіту або стабілізації і регресивну стадію. Але замість регресії інколи відбувається малігнізація процесу. Найчастіше пухлина має напівсферичну форму, щільну консистенцію, помітно виділяється над поверхнею шкіри або губи. В центральній частині кератоакантоми добре помітне вдавлення у вигляді лійки або кратера, що заповнене роговими масами. Уся пухлина має сірувато-коричневий колір, а рогові маси – сірий. Рогові маси легко очищуються, після чого оголюється сухе дно з папілярними виростами і щільним валиком по краю кратера. Кровотечі після видалення рогових мас не спостерігаються. Кератоакантома не спаяна з оточуючими тканинами, рухома. У випадку малігнізації кератоакантоми пухлина ущільнюється, ущільнюється її основа, зменшуються рогові на шарування у центрі пухлини, збільшується деструкція, вивертаються краї кратера. Неприятливою ознакою вважається виникнення кровотечі після видалення рогових мас. Диференційна діагностика проводиться з плоскоклітинним раком, бородавчастим передраком червоної облямівки, обмеженим гіперкератозом, папіломою на широкій основі, туберкульозною та сифілітичною виразками.

Лікування кератоакантоми хірургічне – видалення у межах здорових тканин.

Таким чином, всі хворі з передпухлинними захворюваннями шкіри повинні бути під диспансерним спостереженням і лікуватись у лікарів-дерматологів, хірургів. Хворі з облігатними передраками підлягають систематичному спостереженню у лікарів-онкологів (**клінічна група І^б**). Лікування хворих на облігатні передраки переважно хірургічне. При хірургічному лікуванні передканцерозів обов'язковим є ретельне гістологічне дослідження видалених тканин. Після проведеного радикального лікування передпухлинного захворювання хворим необхідно диспансерне спостереження протягом 1 року. При відсутності рецидиву захворювання після закінчення 1-річного терміну хворі знімаються з диспансерного обліку.

Злоякісні пухлини шкіри

Злоякісні пухлини шкіри займають перше місце в структурі онкологічної захворюваності. Приблизно 90% всіх злоякісних пухлин шкіри локалізуюся в ділянці голови та шиї. За класифікацією ВООЗ до злоякісних пухлин шкіри та її придатків належать:

I. Епітеліальні пухлини

- *рак шкіри*
- *аденокарциноми потових та сальних залоз*

II. Сполучнотканинні пухлини

- *фібросаркома шкіри*
- *дерматофібросаркома*
- *лейоміосаркома*

III. Судинні пухлини

- *гемангіоендотеліома*

IV. Меланома шкіри.

Найчастіше зустрічаються рак шкіри й меланома.

Рак шкіри

За гістологічною будовою розрізняють дві основні форми рака шкіри: базальноклітинний рак (базаліома) та плоскоклітинний рак.

A. Базаліома

Базаліома складає до 70% всіх ракових пухлин шкіри і локалізується переважно на шкірі обличчя. Гістологічно виділяють форми базаліом:

- **солідну**
- **залозисту**
- **кістозну**
- **пігментовану та ін.**

Клініка.

Базаліома шкіри найчастіше має вигляд невеличкого вузлика або бляшки жовтого або сіро-рожевого кольору, шкіра над ними стає матовою або перламутровою. З часом в центрі пухлини виникає западання, досить часто з'являються телеангіоектазії, осередки депігментації; потім відбувається укривання виразками шкіри й розпад пухлини. Дно виразки має вигляд лійки і покрите сірого кольору струпом, краї у вигляді валика. У запущених випадках зона деструкції займає великі ділянки. Незважаючи на великі ділянки ураження тканин, загальний стан хворих довгий час залишається цілком задовільним. Перебіг базаліом зазвичай тривалий, торпідний. Більшість морфологів розглядають базаліому як пухлину з місцево-деструктивним ростом, яка не дає метастазів. Деструктивний ріст пухлини в розповсюдженій стадії

або під час рецидиву характеризується руйнуванням підлеглих хрящів, кісток, проростанням у сусідні порожнини (порожнину носа, рота, руйнування хрящів вушної раковини).

Б. Плоскоклітинний рак

Плоскоклітинний рак (епідермоїдний рак, спіналіома) – злоякісна епітеліальна пухлина, здатна давати метастази, складається з атипових клітин, що нагадують елементи шипуватого шару епітелію. Переважна локалізація – шкіра обличчя, спинка носа, вилицева дуга, вушні раковини.

Етіологія.

Серед факторів, що спричиняють розвиток раку шкіри, чільне місце займають:

- інсоляція
- тривалий контакт із хімічними канцерогенами
- термічні опіки
- радіоактивне опромінення

Патологічна анатомія.

Мікроскопічно розрізняють плоскоклітинний рак шкіри з ороговінням і без ороговіння. Плоскоклітинний рак без ороговіння вважається менш диференційованим. Для того щоб мати приблизне уявлення про ступінь злоякісності пухлини, слід керуватись трьома градаціями:

- 1) диференційований рак** (з добре вираженою кератинізацією й утворенням “перлин”);
- 2) малодиференційований рак** (із слабо вираженою кератинізацією);
- 3) недиференційований рак** (без ознак кератинізації).

Шляхи метастазування: рак шкіри метастазує переважно лімфогенним шляхом.

Якщо пухлини розташовані на межі різних ділянок тіла, регіонарними є лімфовузли, які дрениують ці суміжні зони.

Традиційне об’єднання базаліом і плоскоклітинного рака шкіри зумовило включення злоякісних пухлин шкіри в одну групу і єдиний розподіл їх за стадіями.

Класифікація раків шкіри
(коди МКХ – 10 С 44.0 С 44.9; С 63.2)
за системою TNM (6-е видання, 2002 рік)

TNM Клінічна класифікація

T — первинна пухлина

T_x — недостатньо даних для оцінки первинної пухлини

T₀ — первинна пухлина не визначається

T_{is} — передінвазивна карцинома (carcinoma in situ)

T₁ — пухлина до 2 см у найбільшому вимірі

T₂ — пухлина до 5 см у найбільшому вимірі

T₃ — пухлина понад 5 см у найбільшому вимірі

T₄ — пухлина, яка проростає суміжні структури, такі, як хрящ, скелетний м'яз або кістку

Примітка: у випадку множинних синхронних пухлин вказується пухлина з найвищою категорією T, а число окремих пухлин позначається в дужках, наприклад, T₂ (5).

N — регіонарні лімфатичні вузли

N_x — недостатньо даних для оцінки стану регіонарних лімфатичних вузлів

N₀ — немає ознак ураження регіонарних лімфатичних вузлів

N₁ — наявні метастази в регіонарних лімфатичних вузлах

M — віддалені метастази

M_x — недостатньо даних для виявлення віддалених метастазів

M₀ — віддалені метастази не визначаються

M₁ — наявні віддалені метастази

Групування за стадіями

Стадія 0	T _{is}	N ₀	M ₀
Стадія I	T ₁	N ₀	M ₀
Стадія II	T ₂	N ₀	M ₀
	T ₃	N ₀	M ₀
Стадія III	T ₄	N ₀	M ₀
	будь-яке T	N ₁	M ₀
Стадія IV	будь-яке T	будь-яке N	M ₁

Клініка.

Клінічно виділяють три форми плоскоклітинного раку - *поверхневу, інфільтруючу та папілярну* (за А.П. Шаніним).

- **Поверхнева форма** відзначається утворенням плями або вузлика білястого кольору. У процесі росту утворюється ерозія, покрита кірочкою, яку хворий постій-

но здирає. Процес перебігає повільно, ерозія частково рубцюється, виникає виразка з валикоподібно підвищеними краями.

- **Інфільтративна (ендофітна) форма** перебігає значно швидше, розповсюджується в підлеглі тканини. Виникають щільні вузли, після укривання виразками яких виникає кратероподібна виразка з утворенням щільного валика, вона вросла в підлеглі тканини і стає нерухомою. Така форма найбільш характерна для плоскоклітинного раку і здатна метастазувати.
- **Папілярна форма (екзофітна)** представлена вузлом на широкій основі у вигляді цвітної капусти і може досягати великих розмірів. Швидко росте і часто метастазує.

Діагностика.

Діагностика злоякісних пухлин шкіри ґрунтується на анамнезі, клінічній картині, цитологічних і гістологічних методах дослідження. При підозрі на меланому біопсію робити не слід, краще виконати широке висічення.

Лікування.

Лікування раку шкіри проводиться із застосуванням променевого, хірургічного й хіміотерапевтичного методів. Вибір способу лікування визначається стадією процесу та його локалізацією.

- **Променеві методи** – основні методи при лікуванні злоякісних пухлин обличчя.
 - ✓ На стадіях T_1 , T_2 променеве лікування проводиться у вигляді **близькофокусної рентгенотерапії**.
 - ✓ На стадії T_3 застосовується **комбіноване лікування**.
- **Хірургічні втручання** застосовують при рецидивах раку шкіри та пухлинах, які виникли на тлі рубців та нориць. Застосовується:
 - ✓ **електроексцизія,**
 - ✓ **лазерна ексцизія,**
 - ✓ **кріодеструкція,**
 - ✓ **при метастазуванні виконується відповідна лімфаденектомія.**
- **Хіміотерапія раку шкіри:**
 - ✓ **локальна хіміотерапія** – у вигляді мазей (преднізолонової 5%, фторурацилової 5%, проспідінової 30% або 50%)
 - ✓ **системна хіміотерапія** – шляхом введення цитостатиків (блеоміцин, проспідін в/м, метотрексат в/м, комплексні сполуки платини в/в).

Меланома шкіри (меланобластома)

Меланома шкіри належить до найбільш злоякісних пухлин людини. Пухлина розвивається з пігментних клітин (меланоцитів). Для неї характерна наявність скупчень пігменту меланину, хоча трапляються і безпігментні форми меланом.

Етіологія.

Захворюваність перебуває у прямій залежності від інсоляції, сонячних опіків, радіаційних впливів, травматизації пігментних невусів. Меланомонебезпечними вважаються передраковий меланоз шкіри *Дюбрея* (облігатний передмеланоз), пограничний невус, гігантський волосяний пігментний невус та інші. Деякі дослідники розцінюють пігментні невуси як динамічні утворення, здатні змінюватись на протязі життя людини.

Патологічна анатомія.

За мікроскопічною будовою виділяють декілька типів меланоми шкіри:

- веретенноклітинний
- епітеліоїдноклітинний
- невоклітинний
- змішано клітинний

Класифікація при цьому типі пухлин зазнала докорінних змін, які ґрунтуються на даних щодо товщини пухлини і наявності виразкування (за *Breslow*), а не на рівні інвазії (за *Кларком*). Виняток становить лише категорія T1, де продовжує враховуватися рівень інвазії за Кларком (**1 рівень** – пухлина розташована в епідермісі).

У категорії N більше значення надається кількості уражених лімфатичних вузлів, а не їхньому розміру. У категорії M більше значення надається локалізації метастазів та включено характеристику за рівнем лактатдегідрогенази (ЛДГ) у плазмі крові.

Шляхи метастазування - меланома метастазує як лімфогенним, так і гематогенним шляхом. Спочатку з'являються метастази в регіонарних лімфатичних вузлах. Гематогенні метастази найчастіше вражають легені, мозок, печінку, наднирники, кістки. Досить часто спостерігаються метастази в шкірі і підшкірному жировому шарі. Розрізняють три форми шкірних метастазів (*Rode*, 1968):

- *сателітна*
- *еризипелоїдна*
- *тромбофлебітична*

**Класифікація меланоми шкіри за системою TNM
(коди МКХ-0 - C44, C51.0, C51.2, C51.8, C60, C60.0, C60.1, C60.2, C60.8)
за системою TNM (6-е видання, 2002 рік)**

Т - первинна пухлина		
Т класифікація	Товщина	Виразкування
T1	< 1,0 мм	а: без виразкування і рівень II/III Б: з виразкуванням або рівень IV-V
T2	1,01-2,0 мм	а: без виразкування Б: з виразкуванням
T3	2,01-4,0 мм	а: без виразкування Б: з виразкуванням
T4	> 4 мм	а: без виразкування Б: з виразкуванням
N - регіонарні лімфатичні вузли		
Н класифікація	Кількість метастатичних вузлів	Метастатична маса у вузлі
N1	1 вузол	а: мікро метастаз Б: макрометастаз
N2	2-3 вузли	а: мікрометастази Б: макрометастази с: транзитний метастаз(и)/ сателіт(и) без метастатичних вузлів
N3	4 або більше метастатичних вузлів, або конгломерат вузлів, або транзитний метастаз(и)/ сателіт(и) з метастатичним вузлом (вузлами)	
М - віддалені метастази		
М класифікація	Локалізація	Рівень лактатдегідрогенази в плазмі
M1a	Віддалені шкірні, підшкірні або в лімфатичні вузли	Нормальний
M1б	Легені	Нормальний
	Всі інші вісцеральні метастази	Нормальний
	Будь-які віддалені метастази	Підвищений

G – гістопатологічна градація при цьому типі пухлин не застосовується

Групування за стадіями

Стадія	Клінічне стадіювання*			Морфологічне стадіювання**		
	TNM			pTNM		
0	Tis	N0	M0	Tis	N0	M0
IA	T1a	N0	M0	T1a	N0	M0
IB	T1b	N0	M0	T1b	N0	M0
	T2a	N0	M0	T2a	N0	M0
IIA	T2b	N0	M0	T2b	N0	M0
	T3a	N0	M0	T3a	N0	M0
IIB	T3b	N0	M0	T3b	N0	M0
	T4a	N0	M0	T4a	N0	M0
IIC	T4b	N0	M0	T4b	N0	M0
III***	Будь-яке T	N1	M0			
		N2				
		N3				
IIIA				T1-4a	N1a	M0
				T1-4a	N2a	M0
IIIB				T1-4b	N1a	M0
				T1-4b	N2a	M0
				T1-4a	N1b	M0
				T1-4a	N2b	M0
				T1-4a/b	N2c	M0
IIIC				T1-4b	N1b	M0
				T1-4b	N2b	M0
				Будь-яке T	N3	M0
IV	Будь-яке T	Будь-яке N	M1	Будь-яке T	Будь-яке N	M1

*Клінічне стадіювання включає гістологічне дослідження первинної пухлини і клінічне/радіологічне обстеження для визначення метастазів. Зазвичай це проводиться після повного висікання первинної пухлини з клінічною оцінкою регіонарних і віддалених метастазів.

**Морфологічне стадіювання включає гістологічне дослідження як первинної пухлини, так і регіонарних лімфатичних вузлів після часткової або повної лімфаденектомії. Винятком є морфологічні стадії 0 або IA, при яких гістологічне дослідження лімфатичних вузлів не вимагається.

*** При клінічному стадіюванні в стадії III підгруп нема.

Клініка.

Внаслідок активації невуса й перетворенні його в меланому спостерігаються такі основні початкові симптоми:

- швидкий ріст невуса та його ущільнення;
- підсилення або зменшення пігментації;
- почервоніння у вигляді вінчика навколо невуса;
- поява неприємних суб'єктивних відчуттів – свербіння, печії, напруження, поколювання;
- поява тріщин, укривання виразками, кровотечі;
- поява сателітів або розростань у вигляді променів у зв'язку з розповсюдженням меланом лімфатичними щілинами.

Ґрунтуючись на морфологічних та клінічних особливостях меланом, **Кларк** запропонував виділяти три клінічні форми:

- 1) поверхнево-розповсюджену меланому (39% - 75%) усіх меланом шкіри;
- 2) злоякісну лентиго-меланому (10% - 13%);
- 3) вузлову форму меланоми (10% - 30%).

Слід зауважити, що зовнішні прояви меланом надзвичайно різноманітні. Пухлина може мати вигляд темної плями, утворювати легку випуклість, набувати вигляду папіломатозних розростань, мати грибоподібну форму, розміщуватись на ніжці, широкій основі. Форма її може бути круглою, овальною, полігональною. Консистенція від м'якої до щільної. Забарвлення – від насичено-чорного через різні відтінки коричневого до безпігментного.

Діагностика.

Діагностика меланом, головним чином, базується на даних анамнезу та симптоматиці.

Допоміжні методи:

- **Радіонуклідна діагностика.** Високе накопичення над пухлиною фосфору в межах 300% - 400% може свідчити на користь меланоми.
- **Поєднання радіонуклідного дослідження з термографічною діагностикою.**
- **Дослідження меланінів та міді в сечі.**
- **Цитологічне дослідження мазків-відбитків** проводять при появі виразок на пухлині.
- **Пункцію й особливо біопсію меланоми** раніше вважали недопустимими. Останнім часом питання відносно категоричної заборони пункції переглядається.

Диференційна діагностика.

Слід проводити диференційну діагностику з пігментними невусами, пігментними плямами при хворобі **Реклінгхаузена**, пігментними базаліомами. Певні труднощі можуть виникнути при диференційній діагностиці ангіофіброми, нейрофіброми, хвороби **Боуена**, ангіоми. Ретельно зібраний анамнез і старанне клінічне обстеження хворого дозволяють встановити правильний діагноз.

Лікування.

Застосовуються **хірургічний метод лікування** (якому віддається пріоритет в США), **променева терапія**, **комбінований метод лікування й хіміотерапія**.

- **Хірургічне втручання** передбачає:
 - ✓ **широке й глибоке висічення пухлини** (до фасції чи апоневрозу);
 - ✓ **регіонарна лімфаденектомія** (показана тільки при метастазах у регіонарних лімфатичних вузлах);
 - ✓ **лазерна терапія й кріотерапія** останнім часом вважається перспективним методом хірургічного лікування.
- **Хіміотерапія з неспецифічною імунотерапією** (елеутерокок, тималін, т-активін, левамізол, препарати ехінацеї) застосовуються при поширених меланомах шкіри. Перспективним напрямком лікування є метод лімфотропної інтерферонотерапії (для профілактики метастазування). Серед цитостатиків найбільш ефективними вважаються препарати **CCNU** (ломустин, белустин та їх аналоги), дакарбазин, адриабластин, алкеран, циклофосфан, препарати платини. Найчастіше цитостатичне лікування має характер поліхіміотерапії і проводиться за розробленими схемами. Профілактичні курси поліхіміотерапії застосовують у післяопераційному періоді за умови III-IV рівня інвазії за **Кларком**. Паліативні курси цитостатичної терапії проводяться протягом усього життя, поки від їх застосування простежується клінічний ефект.

Прогноз

Для прогнозу більше значення мають біологічні особливості пухлини ніж метод лікування. Прогноз залежить насамперед від глибини інвазії, поширення пухлини, особливостей гормонального балансу, імунного статусу організму.

Граф логічної структури: “Меланома шкіри (меланобластома)”

1. Етіологічні фактори

інсоляції,
сонячних опіків,
радіаційних впливів,
травматизації пігментних невусів

3. Метастазування

лімфатичним шляхом
гематогенним

5. Передракові захворювання

пігментна ксеродерма
хвороба Боуена
старечі гіперкератози
кератоакантома
шкірний ріг
рубці шкіри
трофічні виразки
норицеві ходи

7. Лікування

хірургічний метод лікування,
променева терапія,
комбінований метод лікування,
хіміотерапія

9. Профілактика

регулярні профілактичні огляди пацієнтів із групи ризику

2. Патологічна анатомія

веретеноклітинний
епітеліоїдноклітинний
невоклітинний
змішаноклітинний

4. Диференціальна діагностика з

пігментними невусами,
пігментними плямами при хворобі Рек-лінгхаузена,
пігментними базаліомами

6. Види росту пухлин

поверхнева
глибокопроникна
папілярна

8. Прогноз залежить від:

глибини інвазії,
поширення пухлини,
особливостей гормонального балансу,
імунного статусу організму.

Граф логічної структури: “Немеланомні раки шкіри”.

1. Етіологічні фактори

інсоляція
хімічні канцерогени
термічні опіки
радіоактивне опромінення

3. Метастазування

переважно лімфатичним шляхом

5. Передракові захворювання

пігментна ксеродерма
хвороба Боуена
старечі гіперкератози
кератоакантома
шкірний ріг
рубці шкіри
трофічні виразки
норицеві ходи

7. Лікування

хірургічне
променеве
цитостатичне
комплексне
комбіноване

9. Профілактика

регулярні профілактичні огляди пацієнтів із групи ризику

2. Патологічна анатомія

плоскоклітинний рак з ороговінням або без нього
аденокарцинома (із сальних або потових залоз)

4. Диференціальна діагностика

вовчак
туберкульоз шкіри
сифіліс
грибкові ураження
доброякісні пухлини

6. Види росту пухлин

поверхнева
глибокопроникна
папілярна

8. Прогноз залежить від:

локалізації
стадії процесу
глибини інвазії
стану імунної системи

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА:

а). Навчальна.

1. Черенков В.Г. Клиническая онкология: Руководство для студентов и врачей. М.: ВУНМЦ МЗ РФ, 1999. 384 с.
2. Переводчикова Н.И. Химиотерапия опухолевых заболеваний. – Москва: «Медицина», 2000. - 392 с.
3. Ошибки в клинической онкологии: Руководство для врачей, 2-е издание, перераб. и дополн. / Под ред. В.И. Чиссова, А.Х. Трахтенберга. - Москва: «Медицина», 2001. – 544с.
4. Володько Н.А. Метастазування злоякісних пухлин: роль факторів пухлинного мікрооточення. – Львів: «Медицина світу», 2002. - 200 с.
5. Онкологія. За ред. В.П. Баштана, А.Л. Одабашьяна, П.В. Шелешка. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2003. – 313 с.
6. Онкологія. За ред. Б.Т. Білінського, Ю.М. Стернюка, Я. В. Шпарика. – Київ: Здоров'я, 2004. – 527 с.
7. Галайчук І.Й. Клінічна онкологія. Частина І: Посібник. – Тернопіль: «Укрмедкнига», 2003. – 276 с.
8. Бондар Г.В., Вітенко І.С., Попович О.Ю. Паліативна медична допомога. – Донецьк: АТ «Видавництво Донеччина», 2004. - 80 с.
9. Онкологія. За ред. Б.Т. Білінського, Ю.М. Стернюка, Я. В. Шпарика. – Київ: «Здоров'я», 2004. – 527 с.
10. Энциклопедия клинической онкологии: руководство для практикующих врачей. Под ред. М.И. Давыдова, Г.Л. Вышковского. – Москва: «РЛС» – 2005, 2004. – 1536 с.
11. Ждан В.Н., Шелешко П.В., Баштан В.П. Онкология семейного врача. – Полтава, 2005. – 136 с.
12. Онкологія. За ред.. І.Б. Щепотіна. – Київ: «Книга плюс», 2006. – 496 с.

б). Наукова.

1. Бюлетень національного канцер-реєстру України, Київ - 2006 р.
2. Стандарти діагностики і лікування онкологічних хворих. Затверджено наказом Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Онкологія» від 17.09. 2007 № 554. - 199 с.

в). Методична.

1. В.Є. Мілерян. Методичні основи підготовки і проведення навчальних занять у медичних вузах (методичний посібник): - Київ, “Хрещатик”. – 2003. – 80 с.