

**Министерство здравоохранения Украины  
Высшее государственное учебное заведение Украины  
«Украинская медицинская стоматологическая академия»**



**«Утверждено»**  
на заседании кафедры онкологии  
**Заведующий кафедры**  
д.мед.н., профессор Баштан В.П.  
«    »    \_\_\_\_\_ 2018 г.

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ  
ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ  
ВО ВРЕМЯ ПОДГОТОВКИ К ПРАКТИЧЕСКОМУ ЗАНЯТИЮ**

<i>Учебная дисциплина</i>	<i>Онкология</i>
<i>Модуль №</i>	<i>I</i>
<i>Смысловой модуль №</i>	<i>II</i>
<i>Тема занятия</i>	<b>“Злокачественные опухоли кожи. Рак кожи. Меланома кожи”.</b>
<i>Курс</i>	<i>V</i>
<i>Факультет</i>	<i>Медицинский №1, №2</i>

**Полтава - 2018**

## **Тема: "Злокачественные опухоли кожи. Рак кожи. Меланома кожи".**

### **1. Актуальность темы.**

Злокачественные опухоли кожи занимают второе место в структуре онкологической заболеваемости. Примерно 90% всех злокачественных опухолей кожи локализуются в области головы и шеи. Для кожи характерны три группы опухолей: доброкачественные, с местно-деструктивным ростом и злокачественные. Субстратом для развития этих опухолей служат эпидермис, придатки кожи и ее эмбриональные зачатки. Основой для развития соединительно - тканых опухолей является мезенхима.

Наиболее распространенной злокачественной опухолью кожи является рак кожи. Заболеваемость составляет в Украине 39 случаев на 100 тыс. населения. Вторая наиболее распространенная злокачественная опухоль кожи человека - меланома составляет 4,5 - 5 случаев на 100 тыс. населения. Чаще всего эта патология встречается у мужчин. Опухоли кожи относят к визуальным формам, что позволяет у большинства больных диагностировать эту патологию на ранних стадиях развития, и даже проявлять ее во время онкопрофосмотров. Поэтому изучение и знание онкологической патологии кожи имеет большое значение для студентов - будущих врачей всех специальностей.

### **2. Конкретные учебные цели занятия:**

Дать общие сведения о раке кожи, подчеркнув, что данная патология является визуальной формой рака.

#### **Знать:**

- этиологию и патогенез опухолей кожи.
- эпидемиологию опухолей кожи.
- группы риска.
- клинические формы опухолей кожи.
- патологическую анатомию опухолей кожи.
- классификацию опухолей кожи по системе TNM.
- методы исследования опухолей кожи.
- методы лечения больных злокачественными опухолями кожи: хирургический, комбинированный, лучевой, химиотерапевтический.

#### **Уметь:**

- определять стадии распространения опухолевого процесса;
- провести общее объективное и специальное обследование больных;
- определить значения дополнительных методов обследования у больных;
- назначить индивидуальное лечение в зависимости от стадии опухоли, общего состояния больных и их возраста.

### 3. Базовые знания, умения необходимы для изучения темы.

#### 3.1. Междисциплинарная интеграция (базовые знания, умения, навыки, необходимые для изучения темы)

<i>Дисциплины</i>	<i>Знать</i>	<i>Уметь</i>
<b>Анатомия</b>	Скелетотопию, особенности кровообращения, лимфатические сосуды.	Владеть методами обследования, расшифровывать клинические анализы, назначить лечение а первых этапах и т.д.
<b>Патологическая анатомия</b>	Гистологическую структуру рака кожи.	
<b>Общая терапия, дерматология</b>	Методы общего обследования больных.	
<b>Онкология</b>	Лучевую терапию рака кожи, химиотерапию.	

#### 4. Задания для самостоятельной работы при подготовке к занятию

##### 4.1. Перечень основных терминов, параметров, характеристик которые должен знать студент.

##### *Терминология*

<b>Українська мова</b>	<b>Русский язык</b>	<b>Английский язык</b>
Шкіра	Кожа	Skin
Меланома	Меланома	Melanoma
Базальноклітинний рак шкіри	Базальноклеточный рак кожи	Basal cell carcinoma (BCC)
Плоскокклітинний рак шкіри	Плоскоклеточный рак кожи	Squamous cell carcinoma (SCC)

##### 4.2. Теоретические вопросы к занятию:

1. Какие анатомические отделы имеет кожа?
2. Какие функции кожи?
3. Анатомические особенности кожи в зависимости от локализации?
4. Пути лимфооттока из кожи?
5. Клинические формы меланомы и немеланомных раков кожи?
6. Перечень необходимых обследований при подозрении на рак кожи?
7. Частая гистологическая структура опухоли кожи?
8. Виды хирургических вмешательств как применяют при опухолях кожи?

#### **4.3. Профессиональный алгоритм относительно овладения навыками и умениями**

##### **Задача:**

Провести осмотр больного с подозрением на рак кожи

Примечание: обратить внимание на общее состояние больного, особенности осмотра кожи.

Примечание: обратить внимание на состояние кожи, наличие и форму опухолевых образований.

Примечание: обратить внимание на форму образования на коже, плотность, подвижность, наличие кровотечения.

Примечание: обратить внимание на состояние периферических и регионарных лимфатических узлов, их плотность, подвижность, размер.

#### **Перечень учебных практических задач которые необходимо усвоить на практическом занятии.**

1. Сбор анамнеза
2. Обзор и пальпация больных
3. Пальпация лимфоузлов
4. Знать как проводится дерматоскопия, диагностическая биопсия опухоли и метастатических лимфоузлов
5. Составить план лечения больного раком кожи

##### **Содержание темы.**

##### ***Основные предраковые заболевания***

• **Пигментная ксеродерма.** Для кожи является облигатным предраковым заболеванием. Это наследственно обусловленное заболевание кожи, которое характеризуется повышенной чувствительностью к солнечным лучам. Вследствие инсоляции в красных пятнах кожи развиваются атрофические изменения, кожа становится тонкой и блестящей, появляются участки телеангиэктазий, пятна, напоминающие веснушки, бородавчатые разрастания - гистологически это акантомы. Процесс почти всегда переходит в рак, часто - первично-множественный (полинеоплазия).

**Лечение:** электроэксцизия, лазерная или криодеструкция, при множественных рост - близкофокусная рентгенотерапия. Как защитное средство рекомендуется тщательный защиту от солнечных лучей открытых участков тела, особенно лица.

• **Болезнь Боуэна** может распространяться на всем теле, но чаще поражает кожу туловища, шеи, лица, половых органов и слизистых оболочек. Заболевание описано еще в 1912 г., оно может иметь различные клинические признаки, но чаще характеризуется образованием папулезно-чешуйчатых бляшек, хорошо ограниченных, овальной или полигональной формы, жовтасто-красного или желто-коричневатого цвета. Размеры бляшек от 0,1 до 10 см. При пальпации бляшек определяется консистенция бумаги или тонкого картона. Характерным является наличие атрофии ткани в центре бляшки. При этом отсутствует жемчужный вал как при базалиомах.

По клиническим проявлениям выделяют **4 формы болезни Боуэна:**

1. Папулезно-чешуйчатая;
2. Папулезно-корковая;
3. Атрофическая;
4. Мокнущая.

Болезнь Боуэна относится к облигатному предраку, на фоне которого часто возникает папиллярный рак, склонен к метастазированию.

• **Папиллома** является доброкачественной опухолью, развивающейся из покровного эпителия и встречается во всех органах, имеющих покровный эпителий, в том числе достаточно часто на слизистой оболочке полости рта и губ. Папиллома является разрастанием сосочков соединительной ткани, покрытых гиперплазированной эпителием с явлениями гипер- и паракератоза. Конечно, опухоль растет на ножке, хотя может иметь и широкую основу. Размеры ее составляют от нескольких миллиметров до нескольких сантиметров. Она сохраняет цвет слизистой оболочки, но при значительном ороговении может приобретать белесый или грязновато-серый цвет. На поверхности папиллом могут возникать язвы, особенно вследствие травматизации, что приводит к появлению кровотечения. Значительная частота трансформации папиллом (от 10 до 20% наблюдений), гистологическая структура их в виде ограниченных пролиферативных очагов является веским поводом для рассмотрения их как предраковых состояний с большей потенциальной злокачественностью. О начале малигнизации папиллом свидетельствуют следующие клинические признаки: уплотнение папилломы, усиление процессов ороговения на ее поверхности, уплотнение ножки папилломы и ее основы, появление неприятных субъективных ощущений. В.В. Паникаровский при гистологическом исследовании папиллом находил значительное количество митозов не только в самой опухоли, но и в базальном слое окружающей папиллому эпителии. Эти данные несколько объясняют феномен мультицентрического появления рака, а также склонность к рецидивированию папиллом после их отсечки или коагуляции.

**Лечение** папиллом состоит в полном удалении опухоли с обязательным включением прилегающих участков клинически неизмененной слизистой оболочки. Операционный материал следует исследовать гистологически послойно, потому что даже в "спокойной" на внешний вид папилломе иногда наблюдаются начальные очаги малигнизации.

• **Кожный рог (cornu cutaneum)**, синонимы: старческий угол, акрохордон, фиброкератома Унна относится к группе кератозов, т.е. заболеваний кожи невоспалительного характера. Это участок ограниченной гиперплазии эпителия с избыточным гиперкератозом. Клинически это образование в виде конуса, цилиндра, разветвленного образования, состоящее из плотных роговых масс грязновато-серого или коричневатого-серого цвета, крепко спаянное со своей основой. Размеры кожного рога чаще всего в пределах 0,5 - 1 см, хотя в литературе встречаются упоминания и об образовании значительных размеров. Локализуется преимущественно на коже лица,

но довольно часто случаются поражения красной каймы губы. Кожный рог может возникать как на внешне неизменной коже и красной кайме, так и на фоне лейкоплакии, красного плоского лишая и красной волчанки, на рубцах и др.. (А.Л. Машкиллейсон). Кожный рог является факультативным предраковым заболеванием с большей потенциальной злокачественностью. Клиническими признаками начала малигнизации кожного рога является появление воспаления в тканях вокруг него, уплотнения основания, внезапное ускорение процессов ороговения. Диагностика кожного рога не трудная, потому что он имеет достаточно характерную клиническую картину. Начальные стадии процесса на красной кайме губы трудно отличить от бородавчатого предрака и кератоакантома.

**Лечение** кожного рога только хирургическое. При удалении должны захватываться и прилегающие здоровые ткани, так как при удалении только патологического очага часто возникают рецидивы, а иногда мультицентрически возникает рак.

• **Кератоакантома** (доброкачественная акантома, роговой моллюск кожи и др..). Клинические проявления кератоакантомы разнообразны. Локализуется кератоакантома на открытых участках кожи, а иногда и на красной кайме губ, чаще нижней. Преобладает у лиц мужского возраста. В зависимости от стадии заболевания различают стадию роста, стадию расцвета или стабилизации и регрессивную стадию. Но вместо регрессии иногда происходит малигнизация процесса. Чаще опухоль имеет полусферическую форму, плотную консистенцию, заметно выделяется над поверхностью кожи или губы. В центральной части кератоакантомы - хорошо заметное вдавление в виде воронки или кратера, заполненное роговыми массами. Вся опухоль имеет серовато-коричневый цвет, а роговые массы - серый. Роговые массы легко очищаются, после чего обнажается сухое дно с папиллярными выростами и плотным валиком по краю кратера. Кровотечения после удаления роговых масс не наблюдается. Кератоакантома не спаяна с окружающими тканями, подвижна. В случае малигнизации кератоакантомы опухоль уплотняется, уплотняется ее основа, уменьшаются роговые наслоения в центре опухоли, увеличивается деструкция, выворачиваются края кратера. Неблагоприятным признаком считается возникновение кровотечения после удаления роговых масс. Дифференциальная диагностика проводится с плоскоклеточным раком, бородавчатый предрак красной каймы, ограниченным гиперкератозом, папилломой на широкой основе, туберкулезной и сифилитической язвами.

**Лечение** кератоакантомы хирургическое - удаление в пределах здоровых тканей.

Таким образом, все больные с предопухолевыми заболеваниями кожи должны быть под диспансерным наблюдением и лечиться у врачей-дерматологов, хирургов. Больные с облигатными предраками подлежат систематическому наблюдению у врачей-онкологов (клиническая группа Ib). Лечение больных на облигатные предраки в основном хирургическое. При хирургическом лечении передканцерозов обязательным является тщательное гистологическое исследование удаленных тканей. После проведенного радикального лечения предопухолевого заболевания больным необходимо диспансерное наблюдение в течение 1 года. При отсутствии рецидива за-

болевания после окончания 1-летнего срока больные снимаются с диспансерного учета.

## **Злокачественные опухоли кожи**

Злокачественные опухоли кожи занимают первое место в структуре онкологической заболеваемости. Примерно 90% всех злокачественных опухолей кожи локализируются в области головы и шеи. По классификации ВОЗ к злокачественным опухолям кожи и ее придатков относятся:

### **I. Эпителиальные опухоли**

- *рак кожи*
- *аденокарциномы потовых и сальных желез*

### **II. Соединительнотканые опухоли**

- *фибросаркома кожи*
- *дерматофибросаркома*
- *лейомиосаркома*

### **III. Сосудистые опухоли**

- *гемангиоэндотелиома*

### **IV. Меланома кожи.**

**Чаще всего встречаются рак кожи и меланома.**

## **Рак кожи**

*По гистологическому строению различают две основные формы рака кожи:* базальноклеточный рак (базалиома) и плоскоклеточный рак.

### **A. Базалиома**

Базалиома составляет до 70% всех раковых опухолей кожи и локализуется преимущественно на коже лица. Гистологически выделяют формы базалиом:

- *солидную*
- *железистую*
- *кистозную*
- *пигментированную и др..*

### **Клиника.**

Базалиома кожи чаще всего имеет вид небольшого узелка или бляшки желтого или серо-розового цвета, кожа над ней становится матовой или перламутровой. Со временем в центре опухоли возникает впадина, довольно часто появляются телеангиоэктазии, очаги депигментации, затем происходит изъязвления кожи и распад опухоли. Дно язвы имеет вид воронки и покрыто струпом серого цвета, края в виде валика. В запущенных случаях зона деструкции занимает большие участки. Несмотря на обширные участки поражения тканей, общее состояние больных долгое время остается вполне удовлетворительным. Течение базалиом обычно длительное, торпидное. Большинство морфологов рассматривают базалиому как опухоль с местно-деструктивным ростом, которая не дает метастазов. Деструктивный рост опухоли в

распространенной стадии или во время рецидива характеризуется разрушением прилегающих хрящей, костей, прорастанием в соседние полости (полость носа, рта, разрушение хрящей ушной раковины).

### **Б. Плоскоклеточный рак**

*Плоскоклеточный рак (эпидермоидный рак, спиналиома)* - злокачественная эпителиальная опухоль, способная давать метастазы, состоит из атипичных клеток, напоминающих элементы шиповатого слоя эпителия. Преимущественная локализация - кожа лица, спинка носа, скуловой дуга, ушные раковины.

#### **Этиология.**

Среди факторов, вызывающих развитие рака кожи, ведущее место занимают:

- *инсоляция*
- *длительный контакт с химическими канцерогенами*
- *термические ожоги*
- *радиоактивное облучение*

#### **Патологическая анатомия.**

Микроскопически различают плоскоклеточный рак кожи с ороговением и без ороговения. Плоскоклеточный рак без ороговения считается менее дифференцированным. Для того чтобы иметь приблизительное представление о степени злокачественности опухоли, следует руководствоваться тремя градациями:

- 1) **дифференцированный рак** (с хорошо выраженной кератинизацией и образованием "жемчужин")
- 2) **малодифференцированных рак** (со слабо выраженной кератинизацией)
- 3) **недифференцированный рак** (без признаков кератинизации).

Пути метастазирования: рак кожи метастазирует преимущественно лимфогенным путем.

Если опухоли расположенные на границе различных участков тела, регионарными являются лимфоузлы, которые дренируют эти смежные зоны.

Традиционное объединение базалиом и плоскоклеточного рака кожи обусловило включение злокачественных опухолей кожи в одну группу и общее распределение их по стадиям.

**Классификация раков кожи**  
(коды МКБ - 10 С 44.0 С 44.9; С 63.2)  
по системе TNM (6-е издание, 2002 год)

**TNM Клиническая классификация**

**T** - первичная опухоль

**Tx** - недостаточно данных для оценки первичной опухоли

**T0** - первичная опухоль не определяется

**Tis** - перединвазивная карцинома (carcinoma in situ)

**T1** - опухоль до 2 см в наибольшем измерении

**T2** - опухоль до 5 см в наибольшем измерении

**T3** - опухоль более 5 см в наибольшем измерении

**T4** - опухоль, которая прорастает смежные структуры, такие, как хрящ, скелетная мышца или кость

**Примечание:** в случае множественных синхронных опухолей указывается опухоль с высшей категорией T, а число отдельных опухолей обозначается в скобках, например, T2 (5).

**N - регионарные лимфатические узлы**

**Nx** - недостаточно данных для оценки состояния регионарных лимфатических узлов

**N0** - нет признаков поражения регионарных лимфатических узлов

**N1** - имеются метастазы в регионарных лимфатических узлах

**M - отдаленные метастазы**

**Mx** - недостаточно данных для выявления отдаленных метастазов

**M0** - отдаленные метастазы не определяются

**M1** - имеются отдаленные метастазы

**Группирование по стадиям**

Стадия 0	T <sub>is</sub>	N <sub>0</sub>	M <sub>0</sub>
Стадия I	T <sub>1</sub>	N <sub>0</sub>	M <sub>0</sub>
Стадия II	T <sub>2</sub>	N <sub>0</sub>	M <sub>0</sub>
	T <sub>3</sub>	N <sub>0</sub>	M <sub>0</sub>
Стадия III	T <sub>4</sub>	N <sub>0</sub>	M <sub>0</sub>
	любое T	N <sub>1</sub>	M <sub>0</sub>
Стадия IV	любое T	любое N	M <sub>1</sub>

**Клиника.**

Клинически выделяют три формы плоскоклеточного рака - **поверхностную, инфильтративную и папиллярную (по А.П. Шанина).**

• **Поверхностная форма** отмечается образованием пятна или узелка беловатого цвета. В процессе роста образуется эрозия, покрытая корочкой, которую больной постоянно сдирает. Процесс протекает медленно, эрозия частично рубцуется, возникает язва валикообразно повышенными краями.

• **Инфильтративная (эндофитная) форма** протекает значительно быстрее, распространяется в подлежащие ткани. Возникают плотные узлы, после изъязвления которых возникает кратерообразная язва с образованием плотного валика, она врастает в

подлежащие ткани и становится неподвижной. Такая форма наиболее характерна для плоскоклеточного рака и способна метастазировать.

- **Папиллярная форма (экзофитная)** представлена узлом на широкой основе в виде цветной капусты и может достигать больших размеров. Быстро растет и часто метастазирует.

### **Диагностика.**

Диагностика злокачественных опухолей кожи основывается на анамнезе, клинической картине, цитологических и гистологических методах исследования. При подозрении на меланому биопсию делать не следует, лучше выполнить широкое иссечение.

### **Лечение.**

Лечение рака кожи проводится с применением лучевой, хирургического и химиотерапевтического методов. Выбор способа лечения определяется стадией процесса и его локализацией.

- **Лучевые методы** - основные методы при лечении злокачественных опухолей лица.

- ☐ На стадиях **T1, T2** лучевое лечение проводится в виде **близкофокусной рентгенотерапии**.

- ☐ На стадии **T3** применяется **комбинированное лечение**.

- **Хирургические вмешательства** применяют при рецидивах рака кожи и опухолях, которые возникли на фоне рубцов и свищей. Применяется:

- ☐ *электроэксцизия,*

- ☐ *лазерная эксцизия,*

- ☐ *криодеструкция,*

- ☐ *при метастазировании выполняется соответствующая лимфаденэктомия.*

- **Химиотерапия рака кожи:**

- ☐ **локальная химиотерапия** - в виде мазей (преднизолоновой 5%, фторурациловой 5%, проспидиновой 30% или 50%)

- ☐ **системная химиотерапия** - путем введения цитостатиков (блеомицин, проспидин в / м, метотрексат в / м, комплексные соединения платины в / в).

## **Меланома кожи (меланобластома)**

Меланома кожи относится к наиболее злокачественным опухолям человека. Опухоль развивается из пигментных клеток (меланоцитов). Для нее характерно наличие скоплений пигмента меланина, хотя встречаются и беспигментные формы меланом.

### **Этиология.**

Заболеваемость находится в прямой зависимости от инсоляции, солнечных ожогов, радиационных воздействий, травматизации пигментных невусов. Меланомонебезопасными считается **предраковая меланодермия Дюбрея** (облигатный передмеланоз), пограничный невус, гигантский волосистый пигментный невус и другие. Некоторые исследователи расценивают пигментные невусы как динамические образования, способные изменяться в течение жизни человека.

### **Патологическая анатомия.**

По микроскопическому строению выделяют несколько **типов меланомы кожи**:

- **веретеноклеточный**

- *эпителиоидноклеточный*
- *невоклеточный*
- *смешанно клеточный*

Классификация при этом типе опухолей претерпела существенных изменений, которые основываются на данных о толщине опухоли и наличия язвы (**по Breslow**), а не на уровне инвазии (**за Кларком**). Исключение составляет лишь категория **T1**, где продолжает учитываться уровень инвазии по Кларком (**1 уровень - опухоль расположена в эпидермисе**).

В категории **N** большее значение придается количеству пораженных лимфатических узлов, а не их размеру. В категории **M** большее значение придается локализации метастазов и включена характеристика по уровню лактатдегидрогеназы (ЛДГ) в плазме крови.

**Пути метастазирования:** меланома метастазирует как лимфогенным, так и гематогенным путем. Сначала появляются метастазы в регионарных лимфатических узлах. Гематогенные метастазы чаще всего поражают легкие, мозг, печень, надпочечники, кости. Довольно часто наблюдаются метастазы в коже и подкожном жировом слое. Различают три формы кожных метастазов (Rode, 1968):

- *сателлитная*
- *эризипеллоидная*
- *тромбофлеботическая*

**Классификация меланом кожи по системе TNM**  
**(коды МКХ-0 - C44, C51.0, C51.2, C51.8, C60, C60.0, C60.1, C60.2, C60.8)**  
**По системе TNM (6-е издание, 2002 год)**

Т – первичная опухоль		
Т классификация	Толщина	Изъязвление
T1	< 1,0 мм	а: без изъязвления и уровень II/III Б: с изъязвлением или уровень IV-V
T2	1,01-2,0 мм	а: без изъязвления или с изъязвлением
T3	2,01-4,0 мм	а: без изъязвления или с изъязвлением
T4	> 4 мм	а: без изъязвления или с изъязвлением
N – регионарные лимфатические узлы		
N классификация	Количество метастатических узлов	Метастатическая масса в узле
N1	1 узел	а: микрометастаз Б: макрометастаз
N2	2-3 узла	а: микрометастазы Б: макрометастазы с: транзиторный метастаз(и)/ сателлит(ы) без метастатических узлов
N3	4 или больше метастатических узлов, или конгломерат узлов, или транзиторный метастаз и(или) сателлит(ы) с метастатическим узлом (узлами)	
M – отдаленные метастазы		
М классификация	Локализация	Уровень ЛДГ в плазме
M1a	Отдаленные кожные, подкожные или в лимфатические узлы	Нормальный
M1б	Легкие	Нормальный
	Все другие висцеральные метастазы	Нормальный
	Любые отдаленные метастазы	Повышенный

**G – гистопатологическая градация** при этом типе опухолей не используется.

## Группирование по стадиям

Стадия	Клиническое стадирование*			Морфологическое стадирование**		
	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***	Любое 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
				Любое T	N3	M0
IV	Любое T	Любое N	M1	Любое T	Любое N	M1

\* **Клиническое стадирование** включает гистологическое исследование первичной опухоли и клиническое / радиологическое обследование для определения метастазов. Обычно это производится после полного удаления первичной опухоли с клинической оценкой регионарных и отдаленных метастазов.

\*\* **Морфологическое стадирование** включает гистологическое исследование как первичной опухоли, так и регионарных лимфатических узлов после частичной или полной лимфаденэктомии. Исключением являются морфологические стадии **0** или **IA**, при которых гистологическое исследование лимфатических узлов не требуется.

\*\*\* **При клиническом стадировании** в стадии **IIII** подгрупп нет.

### **Клиника.**

Вследствие активизации невуса и превращении его в меланому наблюдаются следующие **основные начальные симптомы**:

- быстрый рост невуса и его уплотнение;
- усиление или уменьшение пигментации;
- покраснение в виде венчика вокруг невуса;
- появление неприятных субъективных ощущений - зуд, жжение, напряжение, покалывание;
- появление трещин, изъязвления, кровотечения;
- появление сателлитов или разрастаний в виде лучей в связи с распространением меланом лимфатическими щелями.

**Основываясь на морфологических и клинических особенностях меланом, Кларк предложил выделять три клинические формы:**

- 1) **поверхностно распространенную меланому** (39% - 75%) всех меланом кожи;
- 2) **злокачественную лентиго-меланому** (10% - 13%);
- 3) **узловую форму меланомы** (10% - 30%).

Следует заметить, что внешние проявления меланом чрезвычайно разнообразны. Опухоль может иметь вид темного пятна, создавать легкую выпуклость, приобретать вид папилломатозных разрастаний, иметь грибовидную форму, располагаться на ножке, широкой основе. Форма ее может быть круглой, овальной, полигональной. Консистенция от мягкой до плотной. Окраска - от насыщенно-черного через различные оттенки коричневого до беспигментной.

### **Диагностика.**

Диагностика меланом, главным образом, основывается на данных анамнеза и симптоматике.

#### **Вспомогательные методы:**

- *Радионуклидная диагностика.* Высокое накопление над опухолью фосфора в пределах 300% - 400% может свидетельствовать в пользу меланомы.
- *Сочетание радионуклидного исследования с термографической диагностикой.*
- *Исследование меланинов и меди в моче.*
- *Цитологическое исследование мазков-отпечатков* проводят при появлении язв на опухоли.
- *Пункцию и особенно биопсию меланомы* раньше считали недопустимыми. В последнее время вопрос относительно категорического запрета пункции пересматривается.

### **Дифференциальная диагностика.**

Следует проводить дифференциальную диагностику с пигментными невусами, пигментными пятнами при болезни Реклингхаузена, пигментными базалиомами. Определенные трудности могут возникнуть при дифференциальной диагностике ангиофибромы, нейрофибромы, болезни Боуэна, ангиомы. Тщательно собранный

анамнез и тщательное клиническое обследование больного позволяют установить правильный диагноз.

### **Лечение.**

Применяются хирургический метод лечения (которому отдается приоритет в США), лучевая терапия, комбинированный метод лечения и химиотерапия.

- **Хирургическое вмешательство** предусматривает:

- ☐ широкое и глубокое иссечение опухоли (до фасции или апоневроза)
- ☐ регионарная лимфаденэктомия (показана только при метастазах в регионарных лимфатических узлах);
- ☐ лазерная терапия и криотерапия последнее время считается перспективным методом хирургического лечения.

- **Химиотерапия с неспецифической иммунотерапией** (элеутерококк, тималин, Т-активин, левамизол, препараты эхинацеи) применяются при распространенных меланоммах кожи.

Перспективным направлением лечения является метод **лимфотропной интерферонотерапии** (для профилактики метастазирования).

Среди цитостатиков наиболее эффективными считаются препараты **CCNU** (ломустин, белустин и их аналоги), дакарбазин, адриабластин, алкеран, циклофосфан, препараты платины. Чаще цитостатическое лечение имеет характер полихимиотерапии и проводится по разработанным схемам. Профилактические курсы полихимиотерапии применяют в послеоперационном периоде при III-IV уровня инвазии по Кларку. Паллиативные курсы цитостатической терапии проводятся в течение всей жизни, пока от их применения наблюдается клинический эффект.

### **Прогноз**

Для прогноза большее значение имеют биологические особенности опухоли чем метод лечения. Прогноз зависит прежде всего от глубины инвазии, распространение опухоли, особенностей гормонального баланса, иммунного статуса организма.

## **Граф логической структуры: “Меланома кожи (меланобластома)”**

### **1. Этиологические факторы**

инсоляции,  
солнечных ожогов,  
радиационных воздействий,  
травматизации пигментных невусов

### **2. Патологическая анатомия**

веретеноклеточный  
эпителиоидноклеточный  
невоклеточный  
смешанноклеточный

### **3. Метастазирование**

лимфатическим путем  
гематогенным

### **4. Дифференциальная диагностика с пигментными невусами**

пигментными пятнами при болезни  
Реклингхаузена,  
пигментными базалиома

### **5. Предраковые заболевания**

пигментная ксеродерма  
болезнь Боуэна  
старческие гиперкератозы  
кератоакантома  
кожный рог  
рубцы кожи  
трофические язвы  
свищевые ходы

### **6. Виды роста опухолей**

поверхностная  
глубокопроникающей  
папиллярная

### **7. Лечение**

хирургический метод лечения,  
лучевая терапия,  
комбинированный метод лечения,  
химиотерапия

### **8. Прогноз зависит от:**

глубины инвазии,  
распространение опухоли,  
особенностей гормонального баланса,  
иммунного статуса организма

### **9. Профилактика**

регулярные профилактические осмотры  
пациентов из группы риска

## **Граф логической структуры: “Немеланомные раки кожи”.**

### **1. Этиологические факторы**

инсоляция

химические канцерогены

термические ожоги

радиоактивное облучение

### **2. Патологическая анатомия**

плоскоклеточный рак с ороговением или

без него

аденокарцинома (из сальных или потовых желез)

### **3. Метастазирование**

Преимущественно лимфатическим путем

### **4. Дифференциальная диагностика**

волчанка

туберкулез кожи

сифилис

грибковые поражения

доброкачественные опухоли

### **5. Предраковые заболевания**

пигментная ксеродерма

болезнь Боуэна

старческие гиперкератозы

кератоакантома

кожный рог

рубцы кожи

трофические язвы

свищевые ходы

### **6. Виды роста опухолей**

поверхностная

глубокопроникающая

папиллярная

### **7. Лечение**

хирургическое

лучевое

цитостатическое

комплексное

комбинированное

### **8. Прогноз зависит от:**

локализации

стадии процесса

глубины инвазии

состояния иммунной системы

### **9. Профилактика**

регулярные профилактические осмотры

пациентов из группы риска

## РЕКОМЕНДОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА:

### а). Учебная.

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). Научная.

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). Методическая.

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