

ЗЛОЯКІСНІ ПУХЛИНИ ШКІРИ

ЗЛОЯКІСНІ ПУХЛИНИ ШКІРИ

- Ракові пухлини шкіри посідають 3-є рангове місце у структурі онкологічної захворюваності населення України. Захворюваність на рак шкіри в Україні складає 40,0 на 100 тис. (український стандарт 2009 р.).

Етіологія злоякісних пухлин шкіри

- Серед відомих факторів, що сприяють виникненню передракових захворювань, раку і меланоми шкіри, чільне місце займає ультрафіолетовий спектр інсоляції, деякі хімічні канцерогени (професійні особливості), радіоактивне опромінення, термічні і механічні травми.

Три закономірності пояснюють неоднакову частоту раку шкіри на різних територіях..

- Пухлина найчастіше зустрічається у мешканців південних областей і районів.
- Рак переважно виникає у людей зі світлою шкірою, у негрів ця пухлина зустрічається у 6-10 разів рідше, ніж у білих.
- Ймовірність виникнення раку шкіри вище у осіб, що працюють на відкритому повітрі. Особливо часто пухлина розвивається у рибаків і людей, зайнятих сільськогосподарською роботою на повітрі.

ФОТОТИПИ шкіри людини

Фототип шкіри.

Реакція на опромінювання

- I Сонячний опік завжди виникає після короткочасного (30 хв.) перебування на сонці; засмага ніколи не отримується
- II Сонячні опіки виникають легко; засмага можлива, хоча і насилу
- III Можливі незначні опіки; розвивається хороша рівна засмага
- IV Ніколи не буває сонячних опіків; легко виникає засмага
- V Смуглява від природи шкіра
- VI Чорна шкіра вихідців з Африканського континенту

**Надмірне опромінювання підвищує ризик
виникнення раку шкіри на 70%!**



Енергозберігаючі лампи шкідливі для шкіри



- Медичні експерти встановили, що ультрафіолетове випромінювання енергозберігаючих ламп може викликати подразнення шкіри, якщо джерело світла знаходиться надто близько. Якщо лампа розташована ближче, ніж у 30 сантиметрах від людини, у якої підвищена чутливість шкіри до світла, вона може стати причиною пошкоджень шкірного покриву. Рівень ультрафіолетового випромінювання, який виробляють економічні лампи, дорівнює впливу сонця у погожий день.

У кожному жарті є лише частина жарту, все останнє – чиста правда!



Рак кангрі

- (Англ. kangri burncarcinoma) Р. шкіри передньої черевної стінки у мешканців Гімалаєв, що виникає внаслідок багаторазових опіків від горщиків із гарячим вугіллям (кангрі), які підв'язують до живота для зігрівання тіла.



Рак шкіри

Рак шкіри, залежно від морфологічної структури, поділяють на:

- базальноклітинний рак;
- плоскоклітинний рак

Базальноклітинний рак шкіри відрізняється від плоскоклітинного раку шкіри місцеводеструктивним ростом, походить із її додатків або з базального шару епідермісу.

Базальноклітинний рак (базаліома)

- Макроскопічно базаліома має вигляд плескуватої бляшки або вузлика, або поверхневої виразки, і іноді обширного глибокого виразкування.
- Серед злоякісних епітеліальних пухлин шкіри базаліома складає **70-75%**.
- Найчастіше пухлина локалізується на шкірі обличчя.

Екзофітні типи базаліоми

Крупновузлова форма



Конгломератна форма



Екзофітні типи базаліоми

Бородавчата форма



Дрібновузликова форма



Базальноклітинний рак



(c) University Erlangen,
Department of Dermatology
Phone: (+49) 9131 - 85 - 2727

Пухлинно-виразкова форма

Представлена всіма вищезгаданими формами в більш пізніх стадіях, коли у центрі або по краях пухлини спостерігаються численні виразкування, покриті кірочками.

Базальноклітинний рак



Базальноклітинний рак



498

Из коллекции Сергеева Ю. В.

Базальноклітинний рак



Базальноклітинний рак (пігментна форма)



Поверхнева базаліома



Виразковий тип- початковим елементом ураження є виразка.

Розідаюча виразка Джекоба (ulcus rodens) - поверхня виразки рівна, не покрита нашаруванням, края різко окреслені.



Перфоруюча базаліома (Basalioma terebrans) - рідкий різновид, що характеризується різким западанням виразкової поверхні, покритої кіркою.



Перфоруєча базаліома



“Тюрбанна” пухлина



- Особливим різновидом базальноклітинного раку є **“тюрбанна” пухлина** (пухлина Шпіглера, циліндрома). Пухлина локалізується на волосистій частині голови і складається з декількох вузлів, що виступають над шкірою у вигляді полусфери діаметром від 1,0 до 10 см. Перебіг відносно доброякісний.

Рак шкіри

- Рак шкіри виникає переважно на відкритих ділянках тіла, понад 70% пухлин виникає на обличчі. Улюбленими місцями розташування пухлини є лоб, ніс, кути очей, височні ділянки і вушні раковини. На тулубі пухлина виникає у 5-10%, з тією ж частотою рак шкіри уражає кінцівки.

Передракові захворювання шкіри

- До **облігатних** передраків шкіри відносять пігментну ксеродерму, хворобу Боуена та Педжета, еритроплазію Кейра.
- До **факультативних** передраків шкіри належать кератоакантоми, старечі диста гіперкератози, трофічні виразки та інші.

Облігатні передраки шкіри

Пігментна ксеродерма



- Хронічна уроджена дистрофія шкіри, описана у 1870 р. Каросі і пов'язана із конституційною понадчутливістю шкіри до сонячної радіації.

Облігатні передраки шкіри

Хвороба Боуена



- Описана **Bowen** у 1912 р. Її вважають інтраепідермальною формою раку. Характеризується появою вогнищ плямистовузликкових висипань, що вкриті лусочками і шкірками

Облігатні передраки шкіри

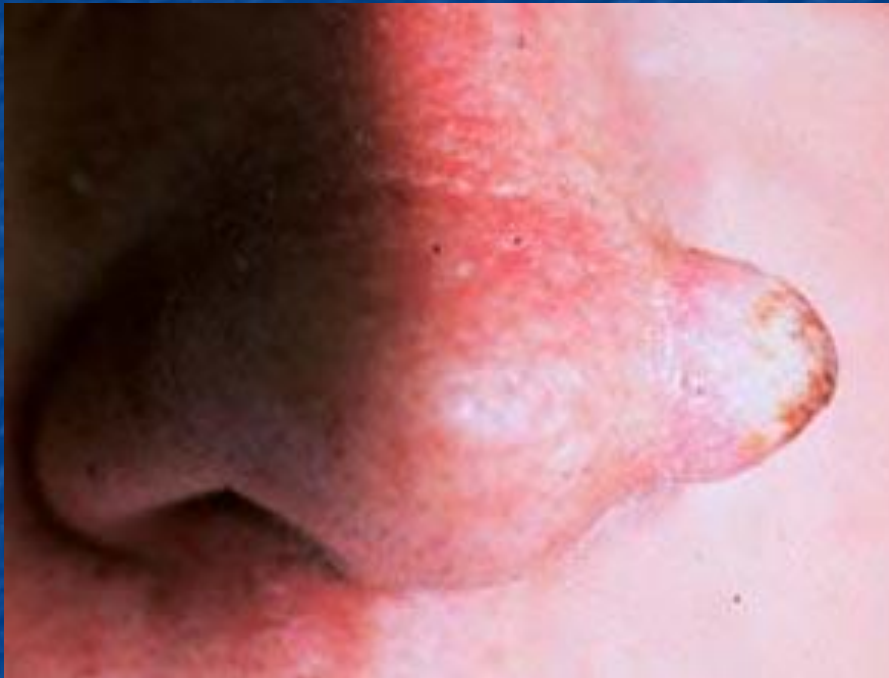
Еритроплазія Кейра



- Характеризується утворенням обмеженого, яскраво-червоного, оксамитного, плескуватого болючого вузлика. Типова локалізація – голівка пеніса та препуціальний мішок

Факультативні передраки шкіри

Кератоакантома носа



- Має вигляд напівсферичного вузлика до 20 мм у діаметрі з кратероподібним заглибленням у центрі яке виповнене роговими масами

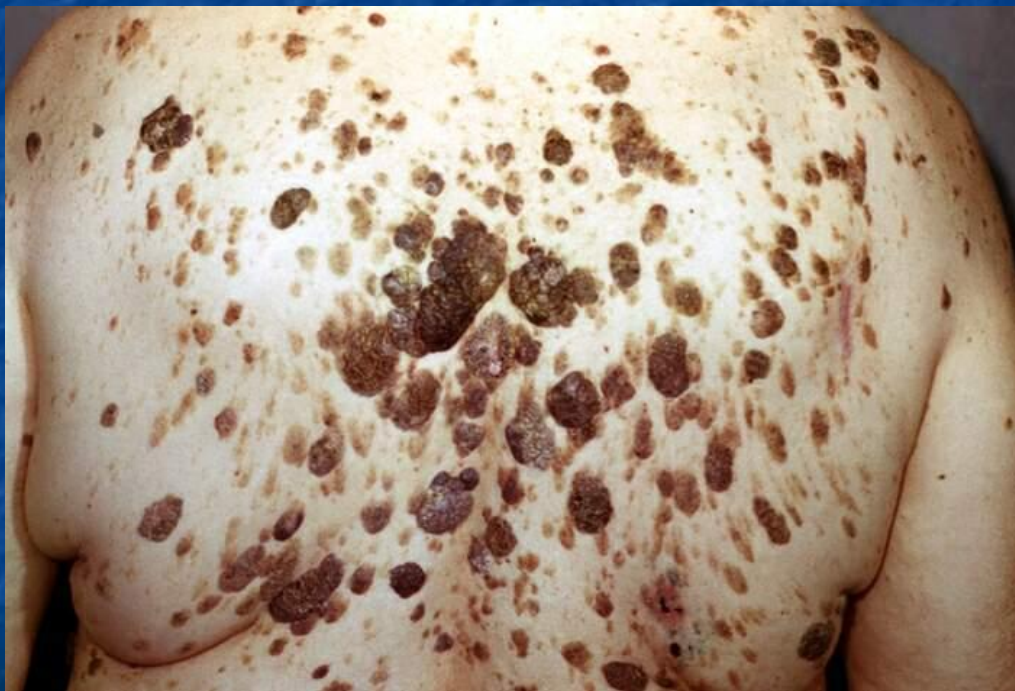
Факультативні передраки шкіри

Старечій дискератоз



Факультативні передраки шкіри

Себорейний кератоз



- Себорейний кератоз - це захворювання шкіри, яке характеризується появою коричневатих утворень, які виступають над поверхнею шкіри, які можуть злущуватись. Іноді такі утворення на шкірі приймають за рак, вони, зазвичай, з'являються у середньому віці.

Прояви себорейного кератозу: свербіння, подразнення, запалення. У багатьох випадках є необхідність хірургічного втручання для видалення цих утворень.

Факультативні передраки шкіри

Шкіряний ріг



- Найчастіше локалізується на шкірі обличчя, вушних раковин, повік та волосяній поверхні голови. Перероджується у рак у 10% випадків

Рак шкіри

- Рак шкіри частіше зустрічається серед осіб у віці 60-70 років, локалізується переважно на шкірі обличчя (70%).
- Розрізняють **поверхневу, папілярну та інфільтративну форми** раку шкіри.

Рак шкіри

- Клінічні ознаки захворювання характеризуються появою ущільнення у вигляді сіро-жовтої бляшки, яке повільно збільшується у розмірах. З часом утворюється виразка з підритими краями, посилюється інфільтрація навколишніх тканин

Рак шкіри



Екзофітний рак шкіри



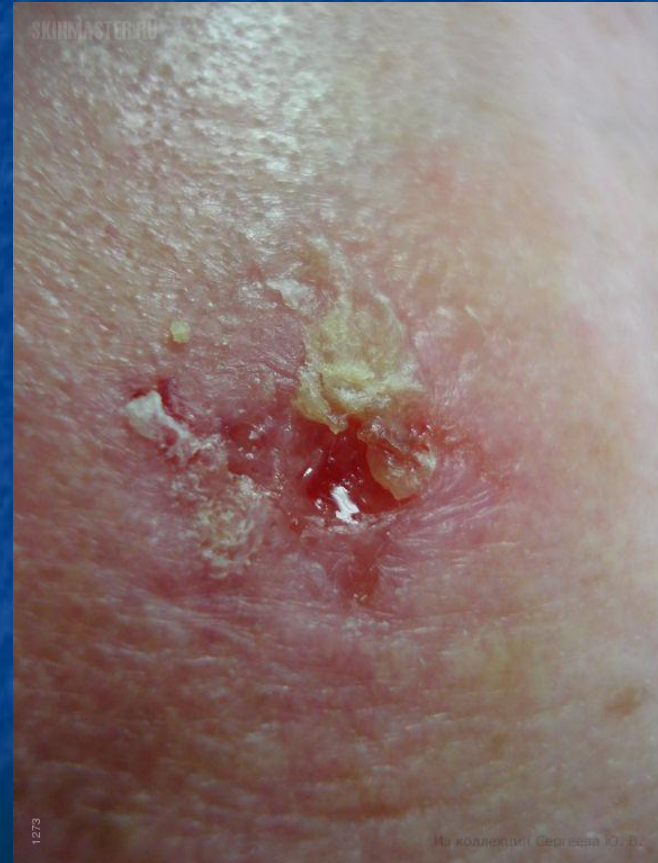
Виразково-інфільтративний тип раку шкіри



Виразковий тип - зміни з самого початку з'являються у формі виразки.



Рак шкіри



Рак шкіри



Рак шкіри



Занедбаний рак шкіри



Клінічна класифікація (TNM):

T - первинна пухлина

Tis - carcinoma in situ

T1 - розміри пухлини до 2,0 см

T2 - розміри пухлини до 5,0 см

T3 - розміри пухлини понад 5,0 см

T4 - пухлина будь-яких розмірів, яка проростає інші анатомічні структури

N - регіонарні метастази

Nx - недостатньо відомостей для оцінки регіонарних лімфатичних вузлів

N0 - немає метастазів

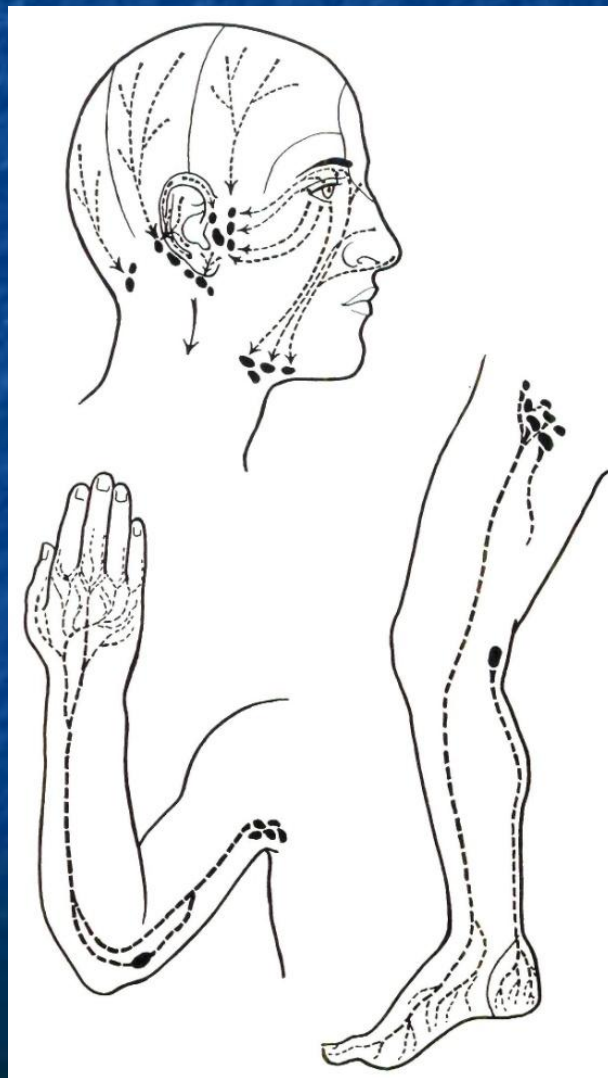
N1 - наявні метастази у регіонарних лімфатичних вузлах

M - віддалені метастази

M0 - немає метастазів

M1 - є віддалені метастази

Шляхи лімфостоку



Групування за стадіями:

0 стадія Tis N0 M0

I стадія T1 N0 M0

II стадія T2-3 N0 M0

III стадія T4 N0 M0

IV стадія T0-4 N0-I M1

Лікування раку шкіри

- Для I і II стадії раку шкіри, який локалізується на тулубі і кінцівках застосовують як променевої так і хірургічний методи лікування. При лікуванні раку шкіри обличчя надається перевага променевої терапії у вигляді близькофокусної рентгенотерапії (сумарна доза - 60 Гр.). При I та II стадіях раку шкіри можливе застосування кріодеструкції, лазерної терапії, цитостатичного лікування у вигляді мазей (омаїн, фторурацил).
- Для раку шкіри III стадії застосовується комбіноване лікування, коли після проведення променевої терапії виконується хірургічне втручання. Наявність збільшених регіонарних лімфатичних вузлів з підозрою на метастази і явних метастазів вимагає проведення лімфаденектомії у регіонарній зоні.
- При IV стадії застосовується дистанційна гамма-терапія і якщо є технічна можливість - хірургічне втручання з резекцією кістки та первинною шкіряною пластикою. Ампутація кінцівок виконують при поширених пухлинах, коли можливість збереження кінцівки повністю виключена. Інколи можливе застосування хіміотерапії блеоміцином та ін.

Кріодеструкція пухлин шкіри



Базаліоми шкіри до і після кріодеструкції



Прогноз

- У ранніх стадіях розвитку процесу прогноз сприятливий. Повне вилікування настає в 80-100% випадків

Профілактика раку шкіри

- Профілактика раку шкіри полягає, перш за все, у своєчасному виявленні і активному лікуванні передракових дерматозів, що потребує онкологічної настороженості у дерматологів. При появі ознак трансформації передракового дерматозу у рак дерматолог повинен скерувати хворого до онколога, який буде вирішувати питання про вибір тактики лікування.

Профілактика раку шкіри

- У профілактиці раку шкіри важлива роль належить пропаганді серед населення знань про клінічні прояви патології з тим, аби хворі зверталися до лікаря в максимально ранні терміни. Необхідно наполегливо попереджати населення про небезпечні наслідки інсоляції (особливо це стосується блондинів зі світлою шкірою). Потрібно звести до мінімуму вживання променевої терапії з приводу різних захворювань шкіри, особливо у молодих людей. Велике значення в профілактиці раки шкіри має також дотримання техніки безпеки на виробництві, де є канцерогенні речовини. Особи, зайняті на таких виробництвах, повинні піддаватися систематичним профілактичним медичним оглядам.

Захист від сонця - це кращий спосіб запобігти розвитку раку шкіри. Для попередження ушкоджувального ефекту необхідно зменшити дію УФ-опромінення. Це досягається декількома способами:

- **За допомогою одягу.** Проте слід пам'ятати, що захисна дія легкого одягу (шортів, блуз) невелика. Обличчя і шию добре захищають широкополі капелюхи;
- **За допомогою сонцезахисних кремів.** Це ефективний засіб захисту відкритих ділянок шкіри (обличчя, кистей). Останніми роками ці креми стали значно дієвішими - їх захисний індекс перевищує 30. Вони стійкі до води, затримують широкий спектр випромінювання, захищають від УФ-випромінювання як В, так і А частини спектру, роль якого у виникненні раку шкіри стає усе більш очевидною;
- **Уникаючи дії полуденного сонця,** особливо в тропічних і субтропічних країнах. В цей час сонячні промені направлені вертикально, і їх небезпечна уф-частина затримується в найменшій мірі. У літні місяці слід керуватися старим правилом: "Час з 11 годин ранку до 3 годин дня краще проводити в тіні дерев".

Профілактика раку шкіри





Профілактика пухлин шкіри

- Страви, до складу яких входять томати або томатна паста можуть підвищувати стійкість шкіри до впливу ультрафіолетових промінів, здібних викликати передчасне старіння і навіть рак шкіри. До такого висновку прийшли британські вчені. Вчені передбачають, що основним компонентом томатів, що посилюють захист шкіри, є антиоксидант лікопін. Його концентрація збільшується при тепловій обробці томатів.

Фібросаркома шкіри



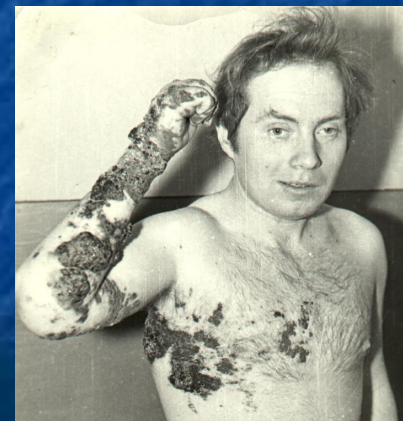
Гігантська нейрофіброма



Гігантська нейрофіброма



Ангіосаркома Капоши



МЕЛАНОМА ШКІРИ

- **Меланома** - це злоякісна пухлина нейроектодермальної природи (деякими авторами вона розглядається як представник новоутворень APUD-системи). Перші відомості про пігментні злоякісні пухлини відносяться до часів глибокої давнини. Вони згадуються Гіппократом і у папірусі Ебера. Встановлено, що вони існували 2400 років тому, що підтверджується дослідженнями мумій інків із Перу. У 1650-1760 роках з'являються згадування і в європейській літературі. Як самостійне захворювання меланому вперше у 1806 році описав французький лікар Рене Лаєнек. Термін «меланома» був запропонований у 1838 році Carswell.

Захворюваність

- Захворюваність на Україні складає 4,7 випадків на 100 тис. населення (український стандарт 2003 р.). Вона є приблизно однаковою у чоловіків і жінок. В основному це захворювання молодих людей (середній вік біля 45 років).

- Меланоцити мігрують з нейроектодерми в ранньому періоді ембріологічного розвитку до шкіри, ока, дихальних шляхів і кишечника. Вони здібні утворювати в шкірі скупчення клітин з різним рівнем диференціювання які називаються **невусами**.

Невуси поділяють на меланомобезпечні та меланомонебезпечні

Меланомобезпечні невуси

:

- фіброепітеліальний невус
- бородавчастий невус
- «монгольська пляма»
- папіломатозний невус
- Halo-nevus (невус Сеттона)
- інтрадермальний невус

Меланомонебезпечні невуси:

- Пограничний пігментний невус
- Блакитний невус
- Невус Ота
- Невус Іто
- Гігантський пігментний невус
- Обмежений передраковий меланоз Дюбрея

Меланомобезпечні невуси

Монгольська пляма



Меланомобезпечні невуси

Невус Сеттона (гало-невус)



Меланомобезпечні невуси
Інтрадермальний невуc



Меланомонебезпечні невуси

Блакитний невуc



- Вузол з чіткими контурами, трохи підвищується над шкірою у вигляді півсфери, розмірами не більше 1 см. Колір невуcа від блакитного до чорного і залежить від глибини залягання меланіну. Частіше локалізується на обличчі, ступнях, сідницях, верхніх кінцівках

Меланомонебезпечні невуси

Невус Ота



- *Невус Ота* характеризується наявністю чорних краплень «брудною шкірою» за напрямом I і II гілок трійчастого нерва. Уражає не тільки шкіряні покриви (шкіра лоба, вій), а також око

Меланомонебезпечні невуси

Невус Іто



- *Невус Іто* - наявність чорних вкраплень на шкірі верхнього плечового поясу

Меланомонебезпечні невуси

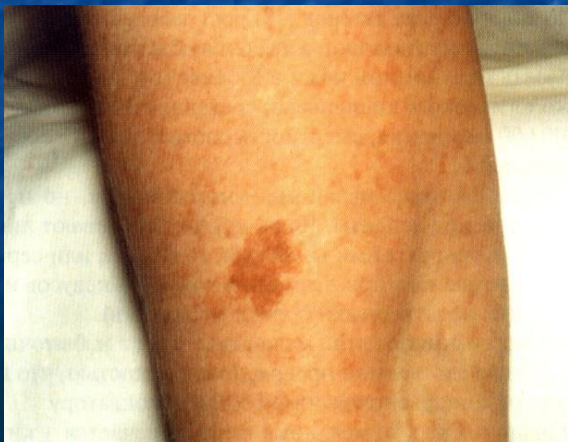
Гігантський пігментний неvus



- *Гігантський пігментний неvus.* Завжди буває природженим і відрізняється великими розмірами враженої шкіри. Поверхня бугривата або гладка, колір від рожевого до темно-коричньового

Меланомонебезпечні невуси









Меланоз Дюбрея



- *Обмежений передраковий меланоз Дюбрея* виникає частіше у жінок похилого віку на шкірі обличчя. Колір варіює від світло-коричньового до чорного. Шкіряний малюнок збережений, місцями спостерігається лущення і ділянки гіперкератозу або атрофії. Малігнізація спостерігається у 30-75% випадків

Симптоми малігнізації невуса:

- **A** - асиметричність невуса (asymmetry),
- **B** - нерівний або розмитий край (border irregularity),
- **C** - неоднаковий колір різних частин невуса (color),
- **D** - діаметр невуса більше 6 міліметрів (diameter),
- **E** - мінливість невуса (evolving)

Normal Mole	Melanoma	Sign	Characteristic
		Asymmetry	when half of the mole does not match the other half
		Border	when the border (edges) of the mole are ragged or irregular
		Color	when the color of the mole varies throughout
		Diameter	if the mole's diameter is larger than a pencil's eraser

Photographs Used By Permission: National Cancer Institute

З інших симптомів можуть спостерігатися такі, як:

- відчуття свербіння у ділянці невусу;
- випадіння волосся з його поверхні;
- виразкування;
- зникнення малюнку шкіри в ділянці невусу;
- кровотеча з його поверхні.

Існують чотири клініко-анатомічні форми меланом:

- поверхнева,
- вузлова (15% випадків),
- акролентігоподібна (10% випадків)
- та злоякісне лентіго

Поверхнева меланома

- ***Поверхнева меланома*** виникає на фоні незміненої шкіри або на фоні невуса. Вона розвивається з епідермальних меланоцитів і найчастіше розташовується на закритих ділянках шкіри (тулуб, кінцівки). Спочатку вона має невеликі розміри – до 1 см, більш темне забарвлення – темно-коричневе, чорне або синюшне.

Вузлова меланома

- ***Вузлова меланома*** – клінічно уявляє собою вузлове утворення темно-коричневого або чорного кольору. В окремих випадках пігмент у пухлині відсутній і тоді вона має рожевий або яскраво-червоний колір.

Акролентігоподібна меланома

- ***Акролентігоподібна меланома*** – найчастіше росте у верхніх шарах дерми долонь і підшов у людей похилого віку. Пухлина має нерівні краї, чорний колір (може бути безпігментною).

Злоякісне лентіго

- ***Злоякісне лентіго*** – це меланома, що розвивається на фоні меланозу Дюбрея. У літніх людей на обличчі та інших ділянках тіла з'являються блідо-коричневі плями неправильної форми діаметром від 1 до 3 см. Про перехід меланозу Дюбрея у лентіго-меланому свідчить поява строкатого забарвлення пігментної плями, при цьому межі плями стають нерівними, а форма неправильною. У забарвленні поєднуються тони коричневого і чорного кольорів. Все це надає лентіго-меланомі схожість із малюнком географічної мапи або мазка бруду на шкірі.

Меланома відноситься до числа найбільш злоякісних пухлин за рахунок швидкого росту, бурхливого метастазування гематогенним та лімфогенним шляхами. Частіше всього (87-90%) меланома уражає шкіру. Рідше (7-8%) вона виникає у сітчастій оболонці ока і біля 1% вона буває в 'прямій кишці та інших внутрішніх органах.

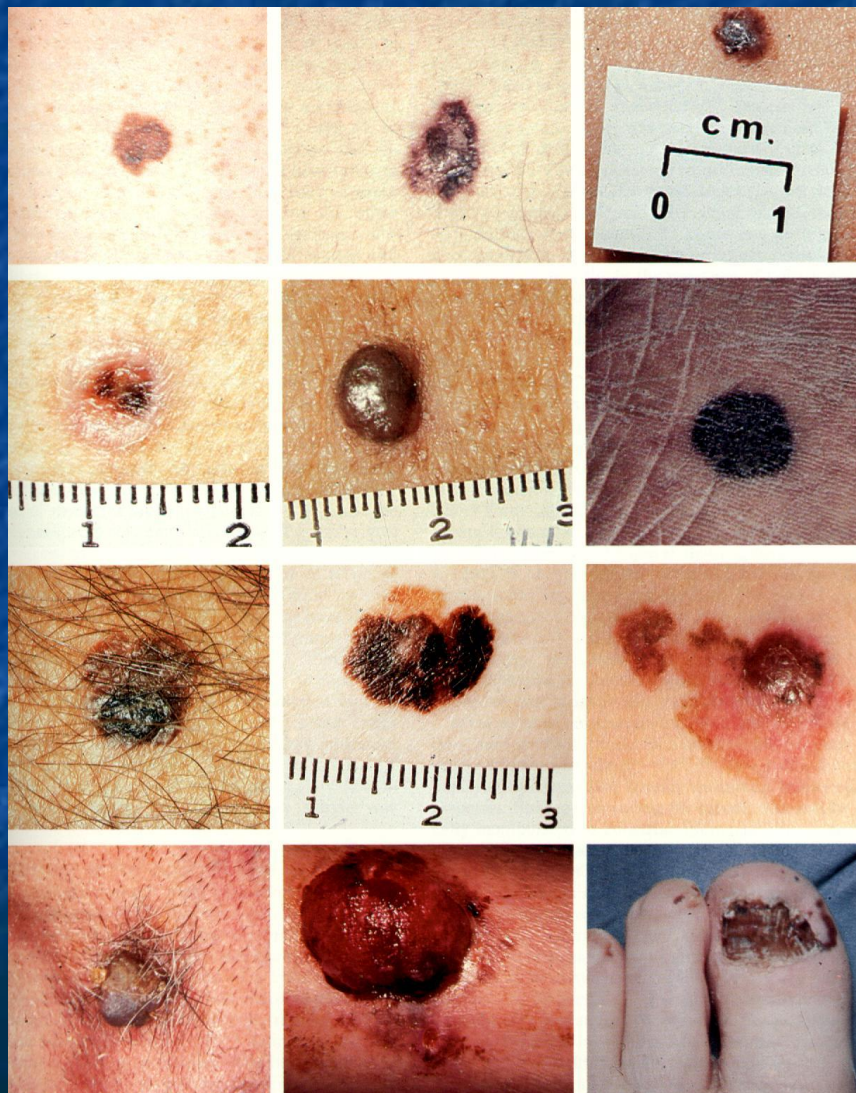
Меланоми шкіри



Меланоми шкіри



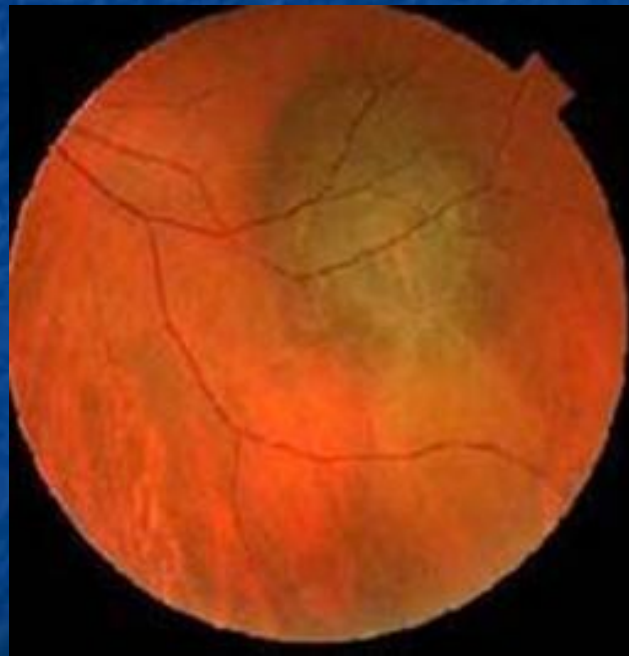
Спектр меланом шкіри



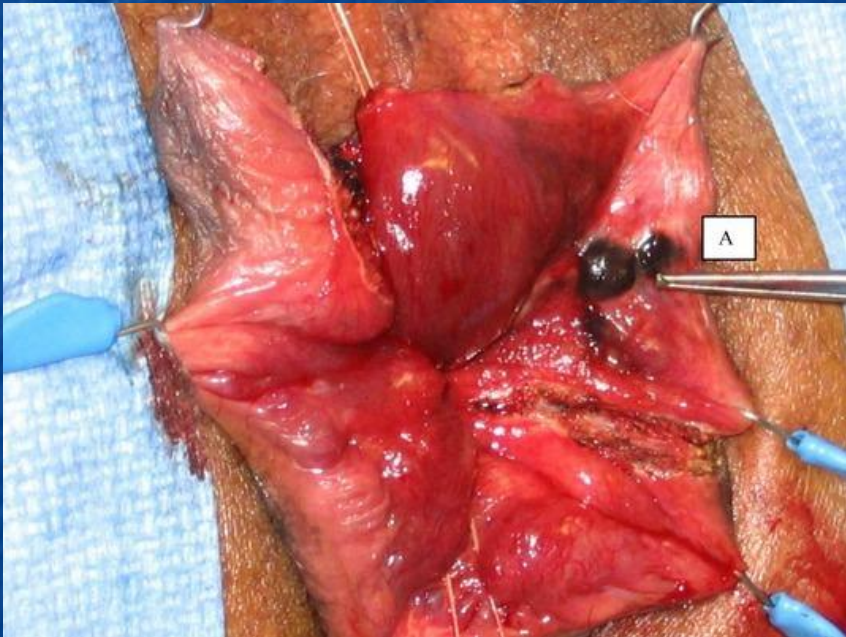
Меланома райдужки ока



Меланома сітківки ока



Меланома ануса (ліворуч) та вульви (праворуч)

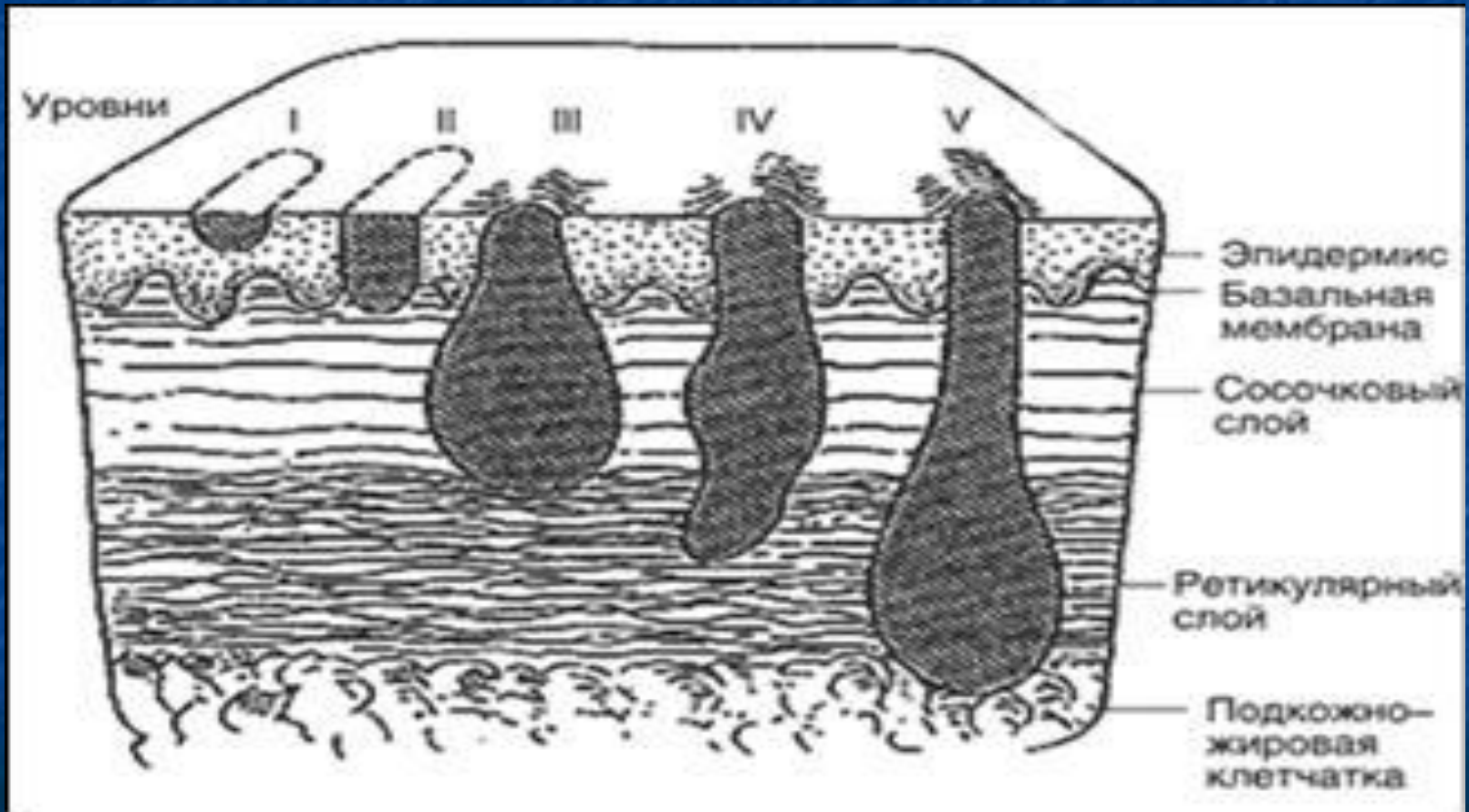


Стадії меланоми шкіри

Мікростадії за Clark 1967 р.

- **Рівень інвазії I:** всі пухлинні клітки знаходяться в епідермісі, до базальної мембрани (меланома in situ).
- **Рівень II:** пухлина товщиною до 0,75 мм, інфільтрує шкіру до папілярного шару.
- **Рівень III:** пухлина товщиною 1,5 мм, досягає межі між сосочковим і сітчастими шарами дерми.
- **Рівень IV:** пухлина товщиною 1,51- 4 мм інфільтрує сітчастий шар дерми.
- **Рівень V:** пухлина товщиною понад 4 мм, проростає в жирову клітковину.

Рівні інвазії меланоми за Clark



Рівні інвазії меланоми за Clark



© 2008 Thomas Nelson
100-104-1-000000000000

Стадії за Breslow 1970 р.

- **Тонка:** глибина інвазії менше 0,75 міліметрів
- **Проміжна:** глибина інвазії 0,76 — 3,99 міліметрів
- **Товста (глибока):** глибина інвазії більше 4 міліметрів

Метастази меланому

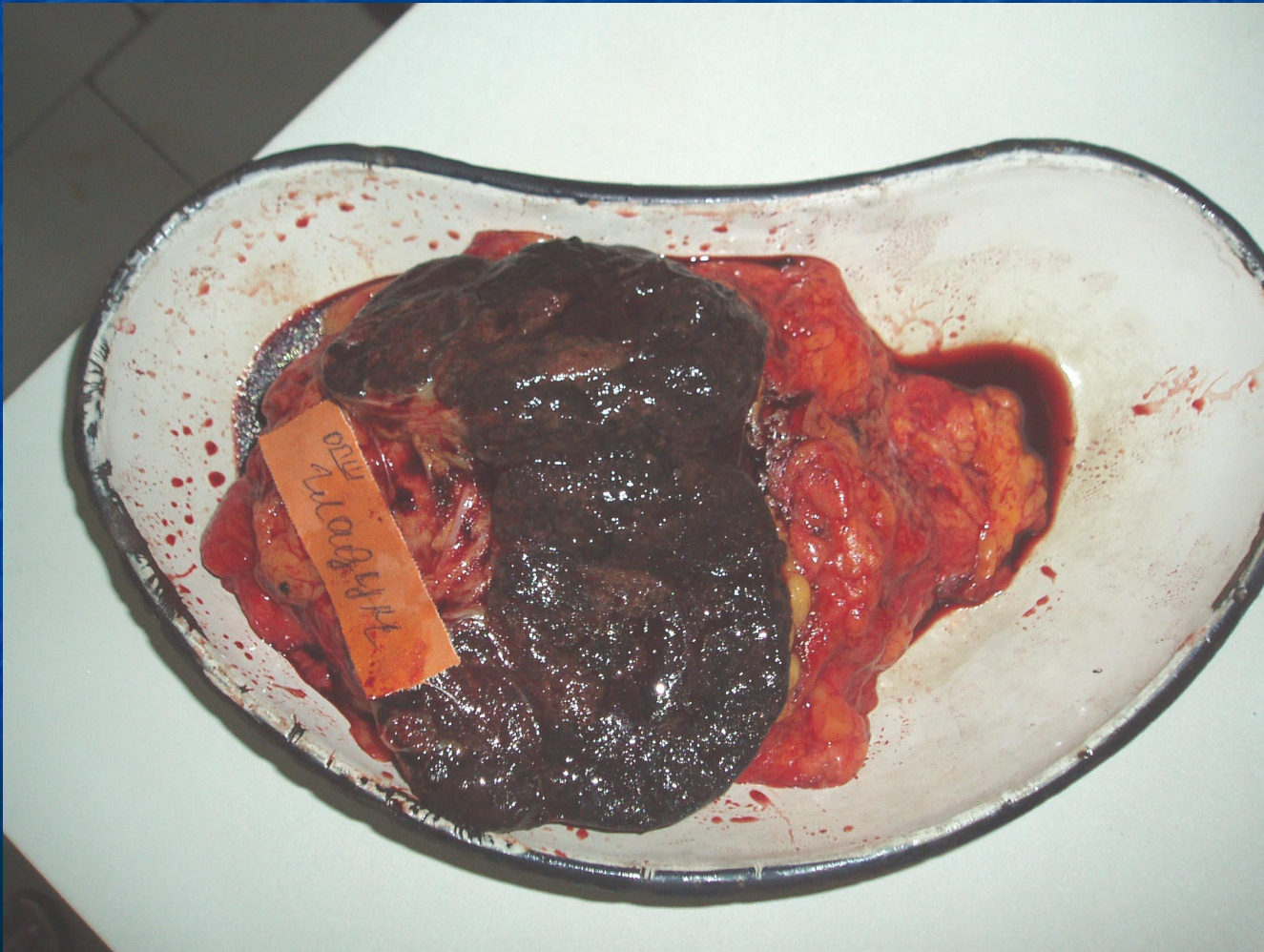
- **Метастази меланому** у більшості випадків з'являються досить рано та у великій кількості. Шляхи розповсюдження метастазів різноманітні: гематогенний, лімфогенний та ін.

Лімфогенний шлях метастазування



- Лімфогенний шлях метастазування є одним із основних. Лімфогенні метастази ідуть у регіонарні лімфовузли. Але можуть спостерігатись проміжні метастази, тобто метастази у лімфатичних судинах на шляху від первинної пухлини до вузлів.

Конгломерат метастатичних л/вузлів



Меланома шкіри з сателітами



- Для меланоми характерна поява сателітів біля основної пухлини, які являють собою метастази у лімфатичні та кровоносні судини.

Метастази меланоми



- Нерідко по всьому організму спостерігаються метастази в шкіру та підшкірну клітковину.

Метастази меланому

Гематогенне метастазування меланому настає раніше та частіше, ніж лімфогенне. Розповсюджуються метастази по всіх органах: легені, кістки, печінка, шлунок, кишковий тракт, нирки, мозок, серце, жовчні шляхи, селезінка, підшлункова залоза, статеві органи, залози внутрішньої секреції тощо.

Метастази усіх локалізацій з'являються зненацька, нерідко одночасно у багатьох органах. Ростуть вони швидко, але спостерігається іноді повільний або навіть зупинка росту. У 20-25% випадків ріст метастазів обганяє ріст первинної меланому і в таких випадках вперше діагностується наявність великих метастазів при дрібній пухлині або взагалі при її відсутності під час обстеження.

Спеціальні методи діагностики.

Збирання скарг, анамнезу та об'єктивне обстеження хворого, дозволяють поставити діагноз, коли пухлина маніфестує себе характерними симптомами. Однак на ранніх стадіях, як правило, таких симптомів ще не буває. Тому необхідно використовувати спеціальні методи діагностики та прилади. Вже під час об'єктивного огляду хворого доцільно вивчити пухлину з допомогою простої лінзи, що збільшує об'єкт у 5-6 разів. Просте використання лупи дозволяє виявити невидимі оком зміни плями або невуса і уточнити діагноз. Можливе використання спеціально сконструйованого дерматоскопа, основою якого є система лінз як у мікроскопі. Такий прилад збільшує можливість точної діагностики і дає можливість виявити найбільш ранні об'єктивні симптоми меланоми.

Спеціальні методи діагностики.

З метою виявлення ознак меланоми використовують **термографічний метод** обстеження новоутворення.

Серед спеціальних методів діагностики меланоми цінним є **обстеження з допомогою радіонуклідного фосфора - ^{32}P** . Про наявність злоякісного процесу судять, якщо накопичення радіоактивного препарату втричі (на 300%) більше, ніж над аналогічною ділянкою тіла того ж хворого. Метод вважається надійним, тому що інформативність досягає 97%. До недоліків даного методу відносяться позитивні реакції (82,5%) у хворих на доброякісні невуси.

Спеціальні методи діагностики.

Реакцією, характерною для діагностики меланому, вважають виявлення меланіну у сечі. Останній з'являється у хворих з розвиненою пухлиною, частіше в IV стадії. Тому існує методика виявлення меланурії у хворих з більш ранньою стадією (II-III) після проведення опромінення пухлини терапевтичними дозами ТГТ (по 1,8-2,0 Гр, сумарно біля 20 Гр). Променева терапія сприяє виділенню меланіну і покращує діагностику. Інформативність її досягає 90%. Але така методика громіздка і не здобула широкого клінічного використання.

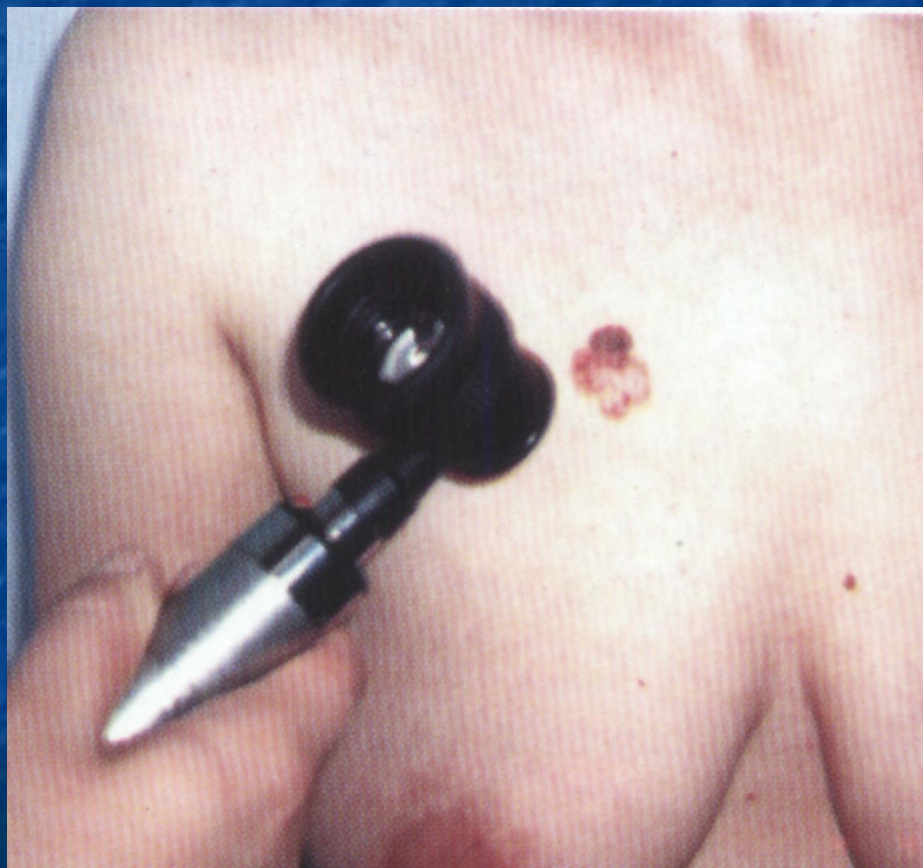
Морфологічна діагностика

Морфологічна діагностика меланоми шкіри шляхом пункції пухлини або інцизії вважається неприпустимою у зв'язку з масивним метастазуванням після втручання та різким підвищенням швидкості росту первинного новоутворення. Такі види біопсії не дозволено проводити навіть при підозрі на меланому. Єдиним дозволеним методом забору матеріалу для морфологічного дослідження є отримання мазків-відбитків, якщо існує мокнуття або виразкування пухлини. Інформативність такого обстеження складає 80-85%.

Діагностика ранніх стадій меланоми

Діагностика ранніх стадій меланоми досить суттєво впливає на радикальність та ефективність лікування хворих. Якби меланома діагностувалась у передінвазивній стадії або при товщині новоутворення менше 0,75 мм, то одне тільки хірургічне лікування призвело б до одужання хворих у 100%. Але на ранньому періоді розвитку меланома в Україні виявляється відносно рідко. В той же час у деяких провінціях Австралії преінвазивна стадія меланоми діагностується у 30% серед усіх зареєстрованих хворих, а у 48% хворих інвазивних меланом товщина не досягає 0,75 мм.

Епілюмінісцентна мікроскопія



Класифікація меланоми шкіри за системою TNM

T – первинна пухлина

T класифікація

T класифікація	Товщина
■ T1	$\leq 1,0$ мм
■ T2	1,01-2,0 мм
■ T3	2,01-4,0 мм
■ T4	> 4 мм

Класифікація меланоми шкіри за системою TNM

N – регіонарні лімфатичні вузли

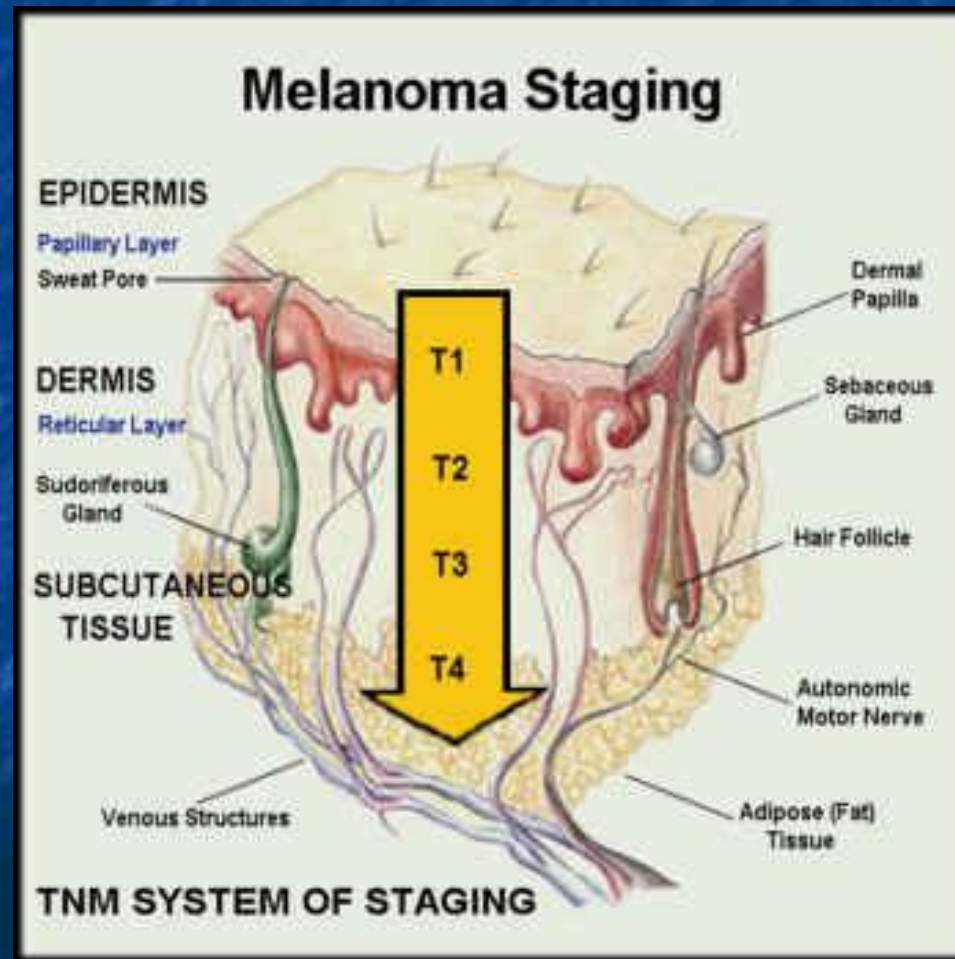
- *N* класифікація *Кількість метастатичних вузлів*
- N1 1 вузол
- N2 2-3 вузли
- N3 4 або більше метастатичних вузлів, або конгломерат вузлів, або транзитний метастаз(и)/ сателіт(и) з метастатичним вузлом (вузлами)

Класифікація меланоми шкіри за системою TNM

M – віддалені метастази

- M1a Віддалені шкірні, підшкірні або в лімфатичні вузли
- M1b Легені
- M1c Всі інші вісцеральні метастази.
Будь-які віддалені метастази

Стадії меланоми



Лікування меланоми

Лікування меланоми хірургічне, хіміотерапевтичне, комплексне.

- **При I і II стадіях** (pT1-3N0 M0) лікування хірургічне - широке висічення пухлини, з проведенням розрізу на відстані не менш 3 см від краю пухлини. Висікають шкіру з підшкірною жировою основою і підлеглою фасцією.
- **При II стадії** (pT3 N0 M0) - хірургічне втручання доповнюється регіонарною лімфаденектомією.
- **При III стадії** (pT4 N0 M0) - лікування комплексне. Після хірургічного втручання необхідно проведення хіміотерапії.
- **При IV стадії** (pT будь-яке N будь-яке M1) - лікування комплексне. Можливо виконання паліативних або симптоматичних операцій, наприклад, ампутації кінцівок на відповідному рівні. Хіміотерапію проводять як до, так і після операції. Можливо симптоматичне опромінення.

Лазерна деструкція меланоми

- Серед хірургічних методів лікування в останні десятиріччя впровадження отримала лазерна деструкція меланоми імпульсними випромінювачами. Лазерне висічення показане при підозрі на малігнізацію пігментних плям та невусів, премеланозі Дюбрея, меланомі у стадії T , Mo, Mo. Лікування починають із деструкції шкіри навколо пухлини, відступивши на 1-1,5 см від краю останньої. Потім скальпелем висікають пухлину з підшкірною клітковиною і відправляють на гістологічне дослідження. Рану не зашивають, а залишають відкритою для вторинного заживання.

Хіміотерапія

- До медикаментозної терапії найбільш чутливі метастази в лімфовузлах та сателіти навколо первинної пухлини. Менш чутливі до хіміопрепаратів метастази в легенях. Метастази в кістках, печінці та мозку найменше чутливі до сучасної хіміотерапії. Одним із перших хіміопрепаратів, що виявився активним при меланомі, є імідазол (ДТІК, дакарбазин). Він викликає ремісію у 15-20 % хворих. Чутлива меланома і до прокарбазину, ССМІ7, вібластину, нітрозометилсечовини, дактиноміцину, цисплатини, проспідину, тамоксифену.

Методика самообстеження





Прогноз

- При обмежених формах меланоми п'ятирічне виживання складає 40-45%, а при ураженні метастазами регіонарних лімфатичних вузлів – 20%.

Дякую за увагу!