

Тема №1

РАК ШКІРИ

1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ

У структурі онкологічної захворюваності всі злоякісні пухлини шкіри займають 10–15 % усіх злоякісних новоутворень. Частіше хворіють люди віком старше 60 років. Чоловіки та жінки на цю патологію хворіють однаково часто.

Епідеміологія. Захворюваність на рак шкіри характеризується значними коливаннями. Серед білошкірого населення захворювання найпоширеніше в країнах з високою інсоляцією. За кордоном часто виникає в жителів Бразилії, Австралії, в країнах Азії та південної Європи. Рідко трапляється в мешканців Фінляндії, Прибалтики та Польщі. Наприклад, у Болгарії показник захворюваності становить близько 11.8 на 100 000 населення ASR (WORLD), тоді як в Польщі - 6.9, Англії – 1.9. Це найбільш часто діагностований рак в Австралії/Новій Зеландії, де показники є найвищими у світі (разом 138.0 ASR (WORLD)), як серед чоловіків, так і серед жінок. Для темношкірого населення південних країн характерна низька захворюваність на рак шкіри. В Україні на початку XXI ст. захворюваність становила 44.5 випадків на 100 000 населення (грубий показник), у чоловіків – 39.6, у жінок – 48.8. стандартизований показник захворюваності (світовий стандарт - AGE-STANDARDIZED RATE (WORLD), ASR (WORLD) натомість 22.1 випадків на 100 000 населення. Найбільше їх з розрахунку на 100 000 населення ASR (WORLD) у південних регіонах України, особливо у таких областях: Кіровоградській - 33.7; Херсонській - 28.9; Запорізькій - 28.4. Рідше вони зустрічаються в західних областях держави.

2. НАВЧАЛЬНІ ЦІЛІ

Ознайомитися з особливостями регіональної та світової епідеміології раку шкіри, новітніми методами діагностики і лікування цієї патології, паранеопластичними синдромами, прогностичними факторами та виживаністю хворих після проведеного лікування.

Засвоїти дані про розповсюдженість раку шкіри в Україні, етіологію, фактори ризику та передракові захворювання,

патологічну анатомію, клініко-анатомічну класифікацію, клінічну класифікацію за ТНМ, клінічні прояви, ускладнення, методи діагностики та лікування, профілактичні заходи.

Вміти правильно зібрати скарги та анамнез захворювання, методично правильно проводити огляд хворих, проводити фізикальне обстеження, визначити необхідний і найбільш інформативний обсяг обстежень, вміти обрати найбільш доцільну лікувальну тактику. Розвивати творчі здібності щодо інтерпретації зібраної діагностичної інформації та її аналізу і вміння на основі інтегральної оцінки зібраних даних встановлювати діагноз і визначати тактику лікування хворих на рак шкіри. Вміти інтерпретувати результати новітніх методів діагностики та застосовувати сучасні методи лікування хворих на рак шкіри.

Звернути увагу на деонтологічні, правові та медико-соціальні аспекти при обстеженні та лікуванні хворих на рак шкіри. Розвинути уявлення про вплив екологічних та соціально-економічних факторів на захворюваність на рак шкіри. Розвинути навички щодо психотерапевтичного підходу до хворих на рак шкіри та їхніх родичів. Розвинути почуття відповідальності за своєчасність та правильність професійних дій.

3. МАТЕРІАЛИ ДОАУДИТОРНОЇ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ

3.1. Базові знання, вміння, навички, необхідні для вивчення теми (міждисциплінарна інтеграція)

Дисципліни	Знати	Вміти
Попередні: Нормальна анатомія	Нормальну гістологічну будову шкіри, кровопостачання, лімфовідтік та іннервацію.	Провести розподіл шкіри за ділянками та визначити для них зони регіонарних лімфовузлів.
Нормальна фізіологія	Фізіологію шкіри Гістогенез пухлин шкіри, класифікацію пухлин.	Відрізнити пухлину шкіри від інших утворень та захворювань.
Патологічна анатомія	Особливості морфологічної структури, шляхи розповсюдження. Типи біопсії шкіри.	Зробити мазки-відбитки. Ексфолюативну біопсію, пункційну біопсію вузла, інцизійну біопсію.
Пропедевтика внутрішніх хвороб	Основні ознаки доброякісних та злоякісних новоутворень. Клінічну діагностику захворювань шкіри.	Зібрати скарги та анамнез. Провести об'єктивне обстеження пухлини шкіри. Розпізнати клінічну картину раку шкіри. Провести пальпацію регіонарних лімфовузлів.
Променева діагностика	Спеціальні та інструментальні методи дослідження шкіри, термографія, УЗД регіонарних лімфовузлів.	Інтерпретувати дані клінічних, лабораторних та морфологічних методів дослідження раку шкіри.
Оперативна хірургія	Види оперативних втручань, раневі процеси.	Зробити вибір оперативного втручання хворому.

Радіологія	Основи променевої терапії, методики опромінення. Дози – разова та сумарна.	Призначити рентген та телегамма-терапію, визначити їх дози.
Фармакологія та хіміотерапія	Групи хіміопрепаратів, методи їх введення, схеми, цикли. Імунотерапія. Профілактика. моніторинг.	Визначити показання до хіміотерапії, розписати її схему та цикли. Призначити імунотерапію. Розписати скринінг.
Наступні дисципліни: Інтернатура з хірургії	Епідеміологію, класифікацію, клінічні прояви, ускладнення, методи діагностики, диференціальну діагностику, лікувальну тактику, прогноз, моніторинг, профілактику раку шкіри.	Застосувати отримані базові дані для подальшого вивчення проблем онкологічної патології, вибору оптимальних методів обстеження, диференціальної діагностики, лікувальної тактики, перед- та післяопераційного ведення хворих та їх реабілітації.
Внутрішньопрредметна інтеграція	Захворюваність раку шкіри в структурі онкологічних захворювань, результати, наслідки, ефективність лікування, профілактику.	Оцінювати результати лікування, планувати моніторинг за пролікованими хворими, організувати паліативну допомогу, визначати прогноз.

3.2. Зміст теми

Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття

Термін	Визначення
Базальноклітинний рак	Злоякісне новоутворення, яке виникає з клітин базального шару шкіри і утворює своєрідний клітинний комплекс – базаліомний тяж
Плоскоклітинний рак	Злоякісне новоутворення, яке виникає з клітин плоского епітелію. Буває рак з ороговінням та рак без ороговінням
Фіброепітеліальний рак	Має більш високий ступінь диференціювання
Бородавчастий (спіноцелюлярний) рак	Високодиференційований базальноклітинний рак з відсутністю атипії. Метастази не дає, рідко бувають рецидиви
Метатиповий рак	Плоскоклітинний рак з ознаками базаліоми. Має біологічну властивість до метатипових новоутворень. Розвивається у формі нодулярного типу
Аденокарцинома шкіри	Виникає з епітеліальних структур потових і сальних залоз та волосяних фолікулів
Рак з ороговінням	Більш диференційована плоскоепітеліальна ракова пухлина шкіри. Утворює характерні для неї «ракові перлини»
Рак без ороговінням	Менш диференційована форма ракової пухлини шкіри з більш вираженим клітинним атипізмом. Відрізняється більшою злоякісністю
Макроскопічна форма	Форма пухлини, яка визначається візуально за зовнішніми ознаками новоутворення та формою росту шкіри.
Мікроскопічна форма	Форма пухлини, яка визначається під мікроскопом за гістологічною будовою тканин та за ступенем зрілості клітинних елементів.

Етіологія. Фактори ризику: гіперінсоляція, ультрафіолетове та іонізуюче випромінювання, професійні ризики (постійне травмування, вплив продуктів переробки нафти, кам'яного вугілля, арсену, органічних та неорганічних хімічних продуктів); фактори забруднення зовнішнього середовища (поліциклічні вуглеводні, бензпірен, кам'яновугільні смоли та інші); фактори внутрішнього середовища (порушення імунітету, інволютивні процеси, порушення ендокринної діяльності). Вірус папіломи людини (типи 5 та 8).

Передракові захворювання: післяопікові рубці, хронічні трофічні виразки, доброякісні пухлини (кератоакантома, лейкоплакія, пігментна ксеродерма, хвороба Боуена, еритроплакія Кейра).

Тактика лікаря: хворі на передракові захворювання шкіри повинні перебувати на диспансерному огляді. Їм необхідно проводити спеціальне лікування (як профілактику ракової пухлини) та регулярне диспансерне обстеження (раз на три місяці) з метою ранньої діагностики малігнізації.

Локалізація. Виникає плоскоепітеліальний рак в ділянках контакту плоского епітелію з слизовою оболонкою. Найбільш часто рак уражає шкіру відкритих ділянок тіла і особливо голови та обличчя – 75-90% випадків. На обличчі він виникає здебільшого на спинці носа, виличній дузі, вушних раковинах.

В більшості випадків це солітарне новоутворення, але нерідко бувають 2-5 і більше локальних вогнищ.

Макроскопічні форми. За макроскопічними ознаками виділяють дві форми рака шкіри: папілярну (екзофітну) та виразково-інфільтративну (ендофітну).

Патологічна анатомія. Рак шкіри виникає із базального шару шкіри, а також із залоз шкіри та їх вивідних протоків.

Гістологічна класифікація пухлин шкіри

Базальноклітинний рак (базаліома).

Плоскоепітеліальний рак.

Метатиповий рак.

Пухлини потових залоз.

Пухлини сальних залоз.

Пухлини волосяних фолікулів.

Хвороба Педжета (молочної залози, інших локалізацій).

Недиференційований рак.

Інші форми раку.

Найбільш часто виникає базальноклітинний рак (близько 85%). Рідше розвивається плоскоклітинний рак (близько 12% випадків). Решта клінічних форм пухлини виникає в поодиноких випадках.

Розповсюдження: пряме проростання, лімфогенне та гематогенне метастазування, змішані шляхи розповсюдження пухлини. В більшості випадків РШк має виражений інфільтративний ріст. Регіонарні та віддалені метастази з'являються відносно пізно. Базальноклітинний рак майже не метастазує.

КЛАСИФІКАЦІЯ РАКУ ШКІРИ (коди МКХ-10 С44.0-С44.9, С63.2) за системою TNM-8 (2016)

Анатомічні зони та підзони

Губа (окрім червоної облямівки губ)(С44.0);

Повіка (С44.1);

Зовнішнє вухо (С44.2);

Інші та не уточнені частини лиця (С44.3);

Шкіра черепа та шия (С44.4);

Тулуб включаючи анальне кільце та перианальну шкіру (С44.5);

Верхня кінцівка та плече (С44.6);

Нижня кінцівка та стегно (С44.7);

Калитка (С63.2).

T – Первинна пухлина

- TX Не досить даних для оцінки первинної пухлини
T0 Первинна пухлина не визначається
Tis Рак in situ
T1 Пухлина до 2 см у найбільшому вимірі
T2 Пухлина понад 2 см, але менша чи рівна 4 см у найбільшому вимірі
T3 Пухлина понад 4 см у найбільшому вимірі або незначна ерозія пухлиною кістки або пухлина з периневральною інвазією або глибокою інвазією*
T4a Пухлина зі значною кірковою/кістково-мозковою інвазією
T4b Пухлина з осовою інвазією скелета, в тому числі із залученням отворів і/або залученням хребетного отвору до епідурального простору

* Глибока інвазія визначається як інвазія за межі підшкірної жирової тканини або понад 6 мм (як виміряно від зернистого шару сусіднього нормального епідермісу до основи пухлини); периневральна інвазія для класифікації T3 визначається як клінічне або рентгенологічне залучення названих нервів без втручання або переломи основи черепа або трансгресії.

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

N – Регіонарні лімфатичні вузли*

- NX Не досить даних для оцінки стану регіонарних лімфатичних вузлів
N0 Немає ознак ураження регіонарних лімфатичних вузлів
N1 Метастаз в одному іпсилатеральному лімфатичному вузлі, діаметром 3 см або менше у найбільшому вимірі
N2 Метастаз в одному іпсилатеральному лімфатичному вузлі, діаметром більше 3 см але менше 6 см у найбільшому вимірі; або множинні метастази в іпсилатеральних лімфатичних вузлах, діаметром не більше 6 см у найбільшому вимірі; або метастази у білатеральних чи контралатеральних лімфатичних вузлах, діаметром не більше 6 см у найбільшому вимірі
N3 Метастаз у лімфатичному вузлі, понад 6 см у найбільшому вимірі

Примітка: *регіонарними лімфатичними вузлами є лімфатичні вузли відповідні до місця розташування первинної пухлини.

M – Віддалені метастази

- MX Не досить даних для визначення віддалених метастазів
M0 Віддалені метастази не визначаються
M1 Наявні віддалені метастази*

*Контралатеральні вузли в немеланомних раках (крім пухлин голови і шиї) є віддаленими метастазами.

pTNM Патоморфологічна класифікація

Категорії pT, pN та pM відповідають категоріям T, N та M.

p Матеріал для гістологічного дослідження після регіонарної лімфаденектомії повинен включати не менше 6 лімфатичних вузлів. Якщо досліджені лімфатичні вузли є 0 негативними, але їх кількість не вказана, випадок класифікують як pN0.

G – Гістопатологічна градація (див. розділ 4., с. 66)

Групування за стадіями

Стадія 0	Tis	N0	M0
Стадія I	T1	N0	M0
Стадія II	T2	N0	M0

Стадія III	T3	N0	M0
	T1, T2, T3	N1	M0
Стадія IVA	T1, T2, T3	N2, N3	M0
	T4	Будь-яке N	M0
Стадія IVB	Будь-яке T	Будь-яке N	M1

Клінічна картина РШк. Екзофітна форма виникає у вигляді маленького вузлика або бородавчастого розростання. З часом воно збільшується, поверхня стає шорсткою або покривається сіро-рудюю кіркою, при травмуванні кровоточить. Продовження росту призводить до розростання пухлини як над шкірою, так і вглиб. Пухлина досягає розмірів курячого яйця у вигляді масивного вузла на широкій основі або набуває грибоподібної форми на ніжці. Деструкція починається пізно і розвивається в центрі пухлини або біля периферії, що призводить до утворення спочатку невеликої плоскої виразкоподібної поверхні з відносно рівним покритим кіркою дном.

Ендофітна (виразково-інфільтративна) форма раку шкіри іноді починає рости у вигляді вузлика, який відносно рано виразкується. Виразка збільшується за рахунок розповсюдження в сторони та інфільтративного росту вглиб. Збільшуючись, виразка заглиблюється, її інфільтративне дно вростає в підлягаючі структури, краї стають підритими, валоподібними. Інфільтративна пухлина під час росту збільшується в розмірах, уражає шари шкіри більш глибоко, стає більш щільною та нерухомою. На певному етапі розвитку інфільтративна пухлина виразкується за рахунок деструкції в центрі новоутворення, що веде до утворення глибокої виразки з некротичним дном та краями. Оглядаючи хворих на рак шкіри, студент обов'язково повинен обстежити регіонарні лімфатичні вузли. До останніх іноді відносять дві, подекуди і три зони близько розташованих лімфовузлів, куди відтікає лімфа. Наявність метастазів в регіонарних лімфатичних вузлах підтверджується пункційною біопсією.

Діагностика. За зовнішніми клінічними ознаками визначити клінічну форму раку шкіри, особливо на початкових фазах розвитку, важко. Доцільно вивчати пухлину за допомогою простої лінзи, що збільшує об'єкт у 5-6 разів. Просте використання лупи дозволяє виявити невидимі оком зміни в пухлині і уточнити діагноз. Можливе використання спеціально сконструйованого дерматоскопа. Такий прилад збільшує точність діагностики і дає можливість виявити найбільш ранні об'єктивні симптоми.

Проводять спеціальні додаткові обстеження пухлини. Найбільш простим та поширеним є цитологічне дослідження мазків-відбитків, отриманих із ракової виразки або шляхом пункції невиразкованої пухлини; при наявності збільшених лімфовузлів – пункційна біопсія останніх. Якщо цитологічна діагностика неефективна, потрібно взяти невелику ділянку пухлини (близько 3x5 мм) для гістологічного дослідження. Інцизійна біопсія проводиться скальпелем під місцевим знеболенням. При цьому необхідно висікати зразок тканини пухлини на межі з нормальною тканиною. Гістологічне дослідження такого біопсійного матеріалу дає інформативний результат в 100% випадків. Доцільно провести термографію та сонографію ділянки пухлини і місця локалізації регіонарних метастазів.

Обов'язкові методи дослідження: анамнез; об'єктивне обстеження – пальпація первинної пухлини та зон регіонарного метастазування; лабораторні (ЗАК, ЗАС); інструментальні (рентгеноскопія або рентгенографія органів грудної клітки, УЗД органів черевної порожнини); морфологічне (цитологічне, гістологічне) дослідження.

Спеціальні методи дослідження: КТ, МРТ, термографія, УЗД та радіонуклідна діагностика.

Диференціальний діагноз: кератоакантома, актиномікоз, безпігментна меланома, хронічна трофічна виразка шкіри, сифіліс, твердий шанкр, туберкулома. Певні труднощі виникають при диференціації пігментної базаліоми з меланомою. Для базаліоми характерний повільний ріст та рівномірний розподіл пігменту. Необхідно диференціювати рак шкіри від гранульоми, шкірного рогу, еритроплакії Кейра, нейрофіброми, ангіофіброми, гемангіоми, хвороби Боуена та ін.

Прогноз. Ефективність лікування раку шкіри залежить від стадії розвитку пухлини та ступеня її диференціювання. Радикальне лікування при 1-2 стадіях призводить до 5-річного виживання хворих в 95-98% випадків. Спеціальне лікування в радикальному обсязі при 3 стадії процесу призводить до 5-річного виживання в 45-65% випадків. 5-річне виживання після лікування хворих з 4 стадією пухлини складає лише 5-15% випадків.

Ускладнення раку шкіри: розпад пухлини з масивною кровотечею, інфільтративне ураження сусідніх органів.

Обстеження хворого на рак шкіри

Обов'язкові лабораторні дослідження в поліклініці

Фізикальне обстеження.

Рентгенографія ОГК, у разі необхідності КТ.

УЗД регіонарних лімфатичних вузлів.

Цитологічне обстеження відбитків пухлини.

Радіонуклідне обстеження лімфатичних вузлів – за показаннями.

За підозри на регіонаре метастазування – цитологічне та гістологічне обстеження лімфовузла.

Консультації хірурга-онколога, хіміотерапевта, радіолога, терапевта та анестезіолога (за необхідності).

Інструментальні дослідження в стаціонарі

Стандартне дообстеження хворих при неможливості амбулаторного обстеження.

Спеціальні дослідження та повторні консультації фахівців – за показаннями.

Додаткові інструментальні дослідження

Спіральна КТ з болюсним контрастним підсиленням.

Тонкоголкова аспіраційна біопсія плевральної та черевної порожнин, тонкоголкова біопсія печінки за підозри на метастази.

При діагностиці слід обов'язково визначити:

гістологічну структуру новоутворення; – точну локалізацію пухлини;

можливу стадію пухлинного процесу; – клінічну групу новоутворення;

ступень диференціювання клітин – макроскопічну форму пухлини.

Лікування РШк проводиться залежно від стадії процесу, локалізації, форми росту та гістологічної форми.

стадія: проводиться хірургічне видалення або кріодеструкція пухлини.

стадія: хірургічне, при T2 3 післяопераційна телегамма-терапія (СВД-40 Гр) на ділянку післяопераційного рубця. При протипоказаннях до операції – ТГТ.

стадія: хірургічне, при T24 післяопераційна телегамма-терапія (СВД-40 Гр) на ділянку післяопераційного рубця. При N – ТГТ на зону регіонарних лімфовузлів, при N – лімфаденектомія регіонарних лімфовузлів + ТГТ.

При протипоказаннях до операції – ТГТ на пухлину та ділянку регіонарних метастазів.

стадія: хірургічне видалення первинної пухлини та віддалених метастазів, паліативні операції або симптоматичне лікування.

Хіміотерапевтичне лікування малоефективне.

3.3. Рекомендована література

Основна:

1. Атлас онкологических операций Под ред. В.И. Чиссова, А.Х. Трахтенберга, А.И. Пачеса. ГЭОТАР-Медиа, 2008 – 624 с. https://www.studmed.ru/chissov-vitrahtenberg-ah-raches-ai-red-atlas-onkologicheskikh-operaciy_e41164afda7.html
2. Антіпова С. В. Злоякісні новоутворення шкіри. // Вибрані лекції з клінічної онкології. Під заг. ред. Г. В. Бондаря і С. В. Антіпової. – Луганськ, 2009. – 560 с. – С. 44-83.
3. Онкологія: Підручник – 3-тє видання, перероб. і доп. / Б. Т. Білінський, Н. А. Володько, А. І. Гнатишак, О. О. Галай та ін.; За ред. Б. Т. Білінського – К. Здоров'я, 2004, 2007 – 528 с. <http://booksshare.net/index.php?id1=4&category=med&author=bilinski>
4. Шевченко А. І., Попович О. Ю., Колесник О. П. Онкологія. (Електронний підручник). – Запоріжжя: ЗДМУ, 2009. – 309 с.

5. Радіологія (Променева діагностика та променева терапія.) / За заг. ред. М. М. Ткаченка. К.: Книга плюс, 2011. – 719 с.
6. Шепотін І. Б. Ганул В. Л., Клименко І. О. Онкологія. Підручник. – К.: Здоров'я, 2006. – С. 459-474.

Додаткова:

1. Руководство по онкологии. Под ред. В. И. Чиссова, С. Л. Дарьяловой. – Москва, 2008.
2. Чиссов В. И., Дарьялова С. Л. Клинические рекомендации. Онкология. – Москва, 2008.
3. Пак Д. Д. и др. Опухоли кожи. Национальное руководство. – М.: Геотар-Медиа, 2008. – С. 848-862.
4. Білінський Б.Т. Медичні помилки в онкології. Львів: Афіша, 2013. –324 с.
<https://www.twirpx.com/file/1832133/>
5. Стандарти діагностики і лікування онкологічних хворих. Наказ МОЗ України за № 554 від 2007 р. – С.18.

Матеріали для самоконтролю

Теоретичні Запитання до заняття

Захворюваність на рак шкіри в Україні та світі.

Етіологія, передракові захворювання, фактори ризику виникнення раку шкіри.

Патоморфологія раку шкіри: гістологічні форми, макроскопічні форми, шляхи метастазування.

Клінічна класифікація TNM раку шкіри.

Клініко-анатомічна класифікація раку шкіри.

Особливості клінічного перебігу раку шкіри.

Вкажіть основні та додаткові методи діагностики раку шкіри.

Проведіть диференціальну діагностику раку шкіри з іншими захворюваннями шкіри.

Визначте принципи та види лікування хворих на рак шкіри.

Наведіть перелік методів первинної і вторинної профілактики раку шкіри та визначте прогноз при цьому захворюванні.

Тестові завдання для самоконтролю

Тест № 1 ($\alpha=1$). Вкажіть найбільш інформативний метод діагностики раку шкіри: 1. клінічний; 2. лабораторний; 3. УЗД; 4. термографія; 5. морфологічний.

Правильна відповідь: 5.

Тест № 2 ($\alpha=1$). Як за ім'ям автора називається операція лімфаденектомія глибоких шийних груп лімфатичних вузлів:

1. Дюкена; 2. Кеню; 3. Крайля; 4. Голстеда; 5. Майлса; 6. Маддена.

Правильна відповідь: 3.

Тест № 3 ($\alpha=1$). Вкажіть гістологічні форми пухлини, які відносять до групи аденогенного раку шкіри: 1. плоскоклітинний; 2. рак потових залоз; 3. базальноклітинний; 4. рак сальних залоз; 5. недиференційований рак.

Правильна відповідь: 2, 4.

Тест № 4 ($\alpha=1$). Назвіть оптимальне лікування Т: раку шкіри: 1. хіміотерапія; 2. кріохірургія; 3. лазерна терапія + хіміотерапія; 4. хірургія + гормонотерапія; 5. хіміотерапія + променева терапія; 6. хірургічне лікування або кріодеструкція.

Правильна відповідь: 6.

Тест № 5 ($\alpha=1$). Вкажіть основний шлях метастазування плоскоклітинного раку шкіри:

1. імплантаційний; 2. контактний; 3. гематогенний; 4. лімфогенний; 5. шляхом дисемінації.

Правильна відповідь: 4.

Ситуаційні задачі для самоконтролю

Задача № 1 ($\alpha=2$). Жінка, 46 років, півроку тому помітила виразку на верхній третині правого стегна, яка мала розмір близько 2,0 см, виступала над шкірою, поступово збільшувалась, контактно кровить.

Об'єктивно: на верхній третині правого стегна безпігментне новоутворення близько 2,0 см в діаметрі, виразкоподібне, виступає над шкірою, контактно кровить, хрящоподібної

консистенції. Регіонарні лімфовузли розмірами до 1,5 см, щільні. Шкіра довкола пухлини не змінена.

Завдання: встановіть попередній діагноз, призначте дообстеження, складіть план лікування.

Правильна відповідь: підозра на рак шкіри правого стегна T1NxM0. Необхідно дослідити мазки-відбитки пухлини, зробити пункційну біопсію збільшеного пахового лімфовузла. Після дообстеження слід застосувати радикальне хірургічне лікування (видалення клаптя шкіри з пухлиною та операція Дюкена справа). Післяопераційна променева терапія на зону пахових лімфовузлів справа.

Задача № 2 ($\alpha=2$). Жінка, 68 років, рік тому після травми на задній поверхні лівої гомілки помітила пухлину, яка мала розмір близько 2-3 см, грибоподібно виступала над шкірою, не турбувала, поступово збільшувалась.

Об'єктивно: на задній поверхні лівої гомілки в с/з безпігментне новоутворення близько 2,5 см в діаметрі, грибоподібно виступає над шкірою, ерозоване, пальпаторно виявляється інфільтрація. Регіонарні лімфовузли не збільшені. Діагностовано рак шкіри гомілки. Проведено оперативне лікування – виконана екстирпація новоутворення. Гістологічним дослідженням визначено плоскоепітеліальний рак.

Завдання: встановіть стадію розвитку новоутворення і відповідно призначте подальшу тактику лікування хворої.

Правильна відповідь: у хворої рак шкіри лівої гомілки, 2 стадія T2N0M0. Показана післяопераційна ТГТ на зону регіонарних лімфовузлів, диспансерний нагляд. В цьому випадку регіонарна лімфаденектомія та хіміотерапевтичне лікування не показані.

Задача № 3 ($\alpha=2$). Жінка, 81 рік, нижче яремної ямки зліва виявила пухлинне утворення діаметром менше 1 см з наявністю в центрі «псевдовиразки», заповненої роговими масами, з щільними хрящоподібними краями. Новоутворення з'явилося 2 місяці тому, поволі збільшується.

Завдання: 1. Встановіть попередній діагноз. 2. Призначте додаткові обстеження. 3. Складіть план лікування.

Правильна відповідь: 1. у хворої базаліома шкіри грудної стінки T1N0M0, I стадія, II клін. гр.; 2. показана цитологічна верифікація (мазок-відбиток або зішкріб); 3. необхідно провести хірургічне видалення або кріодеструкцію пухлини.

Задача № 4 ($\alpha=2$). Хворий, 64 роки, більше 20 років хворіє на трофічну виразку передньої поверхні правої гомілки. Півроку тому виразка почала збільшуватись, з'явилися екзофітні розростання у вигляді валу по краю виразки.

Об'єктивно: на передній поверхні правої гомілки в с/з безпігментне виразкоподібне новоутворення близько 4,5 см в діаметрі у формі блюдця, обмежено рухоме, з неприємним запахом. Пахові лімфовузли справа разом до 3,0 см, рухомі.

Завдання: 1. встановіть попередній діагноз; 2. призначте дообстеження; 3. складіть план лікування.

Правильна відповідь: 1. У хворого рак шкіри правої гомілки T2N1M0, III стадія, II клінічна група. 2. Показані: рентгенографія кісток правої гомілки, цитологічна верифікація; мазок-відбиток або зішкріб пухлини + пункційна біопсія пахового лімфовузла. 3. Показане хірургічне видалення – екстирпація пухлини + пахвинна лімфаденектомія справа за Дюкеном, післяопераційний курс ТГТ на зону післяопераційного рубця правої гомілки та пахову ділянку справа.

Задача № 5 ($\alpha=2$). Хворий, 71 рік, звернувся зі скаргами на пухлину шкіри лобної ділянки, яка з'явилась більше 2 років тому, періодично травмується, поступово збільшується.

Об'єктивно: на шкірі лобної ділянки безпігментна пухлина у вигляді виразки з підритими краями та епітелізованим дном, розмірами 1,0 x 1,0 см хрящоподібної консистенції, рухома, безболісна.

Завдання: 1. Встановіть попередній діагноз. 2. Призначте додаткові обстеження. 3. Складіть план лікування.

Правильна відповідь: 1. у хворої базаліома шкіри грудної стінки T1N0M0, I стадія, II клін. гр.; 2. показана гістологічна верифікація (інцизійна біопсія); 3. необхідно провести хірургічне видалення або кріодеструкцію пухлини.