

МЕЛАНОМА ШКІРИ

1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ

Меланома належить до найбільш агресивних злоякісних пухлин, що обумовлено швидким ростом і бурхливим метастазуванням гематогенним та лімфогенним шляхами. Найчастіше (87-90% випадків) меланома уражає шкіру (2% серед усіх ЗН).. Рідше (7-8%) вона виникає у райдужній та сітчастій оболонках ока, мозковій оболонці, стравоході, в прямій кишці та інших внутрішніх органах. У 3-5% випадків діагностувати локалізацію первинної меланоми не вдається.

Епідеміологія. Меланома (меланобластома) належить до найбільш злоякісних пухлин людини. Хоч вона становить лише 5 % від уперше виявлених злоякісних захворювань шкіри, меланома є причиною 75 % смертей, пов'язаних з новоутвореннями шкіри. Захворюваність в Україні у 2018 р. становила 7,9 випадку на 100 000 населення (грубий показник), з них 7.4 – у чоловіків і 8.4 – у жінок, при цьому стандартизований показник (світовий стандарт, ASR) - 5.3 випадку на 100 000 населення. Показник смертності - 1.8 на 100 000 населення (світовий стандарт, ASR).

Меланома переважно спостерігається в молодих людей віком 30– 50 років. Частота захворювання в жінок дещо більша, ніж у чоловіків. У розвинених державах є тенденція до швидкого зростання захворюваності на меланому. Так стандартизовані показники (світовий стандарт, ASR) у Australia – 33.6 на 100 000 населення, New Zealand - 33.3; країнах північної і західної Європи: Норвегія - 29.6, Denmark - 27.6, Netherlands- 25.7, Sweden - 24.7, Germany - 21.6, Switzerland - 21.3, у США - 12.7, Канаді – 12,4.

Темп цього зростання перевищує відповідні показники для всіх інших типів пухлин. Серед темношкірих людей меланома трапляється значно рідше, основна локалізація – депігментовані відділи кінцівок (долоні та стопи).

Етіологія. Захворюваність на меланому перебуває в прямій залежності від інсоляції (ультрафіолетового випромінювання), як природної, так і штучної (солярії). Тому в південних країнах захворюваність вища. До ключових заходів для мінімізації експозиції до сонячного впливу та ультрафіолетового опромінення слід уникати перебування на сонці від 10.00 до 16.00 год, використовувати сонцезахисні креми та одяг (капелюх з широкими полями). Необхідно захищати дітей від надлишкового сонячного впливу, не користуватися послугами соляріїв. Помічено, що в періоди гормональних зрушень, тобто під час статевого дозрівання, вагітності, клімактеричного періоду, змінюються частота і перебіг захворювання. Наявність так званих родинних меланом указує на причетність генетичного фактора. Неприятлива екологічна ситуація, зокрема радіаційна, зумовлює зростання захворюваності на меланому.

Патологічна анатомія.

Пухлина виникає з пігментних клітин меланоцитів.

Для неї характерна наявність скупчень пігменту меланіну, хоча можуть траплятися і безпігментні форми. Меланома може розвиватися як з передраку, так і з нормальної шкіри.

Розрізняють чотири основні типи меланом: поверхнево-повзуча (65 % усіх меланом), вузлова (25 %), злоякісна лентигозна (5 %) та акральна лентигозна (5 %).

Меланоми мають дві або одну фазу росту. Перша, фаза горизонтального росту, характеризується відцентровим горизонтальним поширенням новоутворення над базальною мембраною. Зазначений тип росту може тривати багато років без появи віддалених метастазів. Згодом меланома переходить у фазу вертикального росту, проростає базальну мембрану і набуває здатності метастазувати. До таких меланом належать поверхнево-повзуча, злоякісна лентигозна та акральна лентигозна. Вузлова меланома росте тільки вертикально.

Донедавна основним прогностичним критерієм вважався ступінь інвазії шарів шкіри за Кларком (1969). Сучасна класифікація меланоми базується на глибині проростання шкіри новоутворенням (за Бреслау), яка визначається після гістологічного дослідження видаленої пухлини, та наявності виразкування пухлини. Ризик рецидиву та смерті від меланоми зростає

з кожним міліметром глибини проростання шкіри новоутворенням. Виразкування пов'язане з більш агресивним біологічним типом новоутворення і гіршим прогнозом.

Переважає більшість меланом виявляється в I та II стадіях. Найчастіше пухлина локалізується в шкірі нижніх кінцівок у жінок та на тулубі в чоловіків, можливе ураження слизових оболонок, ока, ділянки заднього проходу тощо.

Регіонарні лімфатичні вузли відповідають певним локалізаціям первинної пухлини, аналогічно до раку шкіри.

КЛАСИФІКАЦІЯ МЕЛАНОМ ШКІРИ (коди МКХ-10 C43, C51.0, C60.9, C63.2) за TNM-8 (2016)

Правила класифікації:

Завжди потрібно провести гістологічне підтвердження захворювання.

Для оцінки категорій N та M Нижче наведено необхідні процедури:

N категорії: фізичне обстеження та візуалізація

M категорії: фізичне обстеження та візуалізація

Класифікація при цьому типі пухлин ґрунтується на даних щодо товщини пухлини і наявності виразкування (за Бреслау), а не на рівні інвазії (за Кларком). Виняток становить лише категорія T1, де продовжує враховуватися рівень інвазії (за Кларком).

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

TNM Клінічна класифікація

T – Первинна пухлина

Поширеність первинної пухлини визначається після хірургічного видалення (див. pT).

N – Регіонарні лімфатичні вузли

NX Не досить даних для оцінки регіонарних лімфатичних вузлів (напр., попередньо видалені)

N0 Немає ознак ураження регіонарних лімфатичних вузлів

N1 Метастаз в 1 регіонарний лімфатичний вузол, або внутрішньолімфатичний регіонарний метастаз без вузлових метастазів

N1a тільки мікрометастаз (клінічно прихований)

N1b макроскопічний метастаз (клінічно очевидний)

N1c сателіт або транзиторий метастаз без регіонарних вузлових метастазів

N2 Метастаз в 2-3 регіонарні лімфатичні вузли або внутрішньолімфатичні регіонарні метастази з метастазами лімфатичних вузлів

N2a тільки вузловий мікрометастаз

N2b макроскопічний вузловий метастаз

N2c сателіт або транзиторий метастаз тільки з одним регіональним вузловим метастазом

N3 Метастаз в 4 або більше регіонарних лімфатичних вузли, або конгломерат вузлів, або або сателіт (и) або транзиторий метастаз з метастазами в двох або більше регіональних лімфатичних вузлах

N3a тільки вузловий мікрометастаз

N3b макроскопічний вузловий метастаз

N3c сателіт (и) або транзиторий метастаз з метастазами в двох або більше регіональних лімфатичних вузлах

Примітка: Сателітні (пухлинні гнізда чи вузли) метастази макро-чи мікроскопічно розташовані на відстані менше 2 см від первинної пухлини. Транзиторий метастази уражають шкіру чи підшкірну жирову клітковину на відстані більше 2 см від краю пухлини, але не в зоні регіонарних лімфатичних вузлів.

M – Віддалені метастази*

MX Не досить даних для визначення віддалених метастазів

M0 Немає ознак віддалених метастазів

M1 Наявні віддалені метастази

M1a Метастази у шкіру, підшкірну жирову клітковину, не регіонарні лімфатичні вузли

- M1b Метастази у легені
 M1c Метастази у інші місця (крім ЦНС)
 M1d Метастази у ЦНС

* Суфікси для категорії M:

(o) лактатдегідрогеназа (ЛДГ) – не підвищена

(1) ЛДГ – підвищена так що M1a (1) є метастазуванням в шкірі, підшкірній клітковині або лімфатичному вузлі (x) поза регіональними лімфатичними вузлами з підвищеним рівнем ЛДГ.

Не застосовується суфікс, якщо LDH не записано або не вказано.

Патогістологічна класифікація

pTx Первинну пухлину неможливо оцінити*

pT0 Первинна пухлина не визначається

pTis Меланома in situ (рівень I за Кларком) (атипова меланоцитна гіперплазія, виражена меланоцитна дисплазія, неінвазивне злоякісне ураження)**

pT1 Пухлина товщиною ≤ 1 мм:

pT1a Пухлина товщиною ≤ 0,8 см без виразкування

pT1b Пухлина Товщиною 0,8 мм з виразкою або понад 0,8 мм, але не більше, ніж 1 мм за товщиною, з або без виразкування

pT2 Меланома товщиною понад 1,0, але не більша за 2,0 мм:

pT2a без виразкування

pT2b з виразкуванням

pT3 Меланома товщиною понад 2,0, але не більша за 4,0 мм:

pT3a без виразкування

pT3b з виразкуванням

T4 Пухлина товщиною понад 4 мм

pT4a без виразкування

pT4b з виразкуванням

Примітка: * pTx включає видалену меланому або в стадії повної регресії. **Меланома in situ включає атипovu меланоцитарну гіперплазію, виражену меланоцитарну гіперплазію; неінвазивне злоякісне ураження).

Регіонарні лімфатичні вузли (pN)

Категорія pN відповідає категорії N

pN0 Матеріал для гістологічного дослідження після регіонарної лімфаденектомії повинен включати 6 або більше лімфатичних вузлів. Якщо досліджені лімфатичні вузли є негативними, але їх кількість не вказана, то випадок класифікують як pNo. Класифікація, заснована виключно на біопсії сторожового вузла, без подальшої пахвової лімфаденектомії, позначається (sn) для сторожового вузла, наприклад, (p) N1 (sn)

Категорія pM відповідає категорії M.

Групування за стадіями

Клінічне стадіювання

Стадія 0	pTis	N0	M0
Стадія IA	pT1a	N0	M0
Стадія IB	pT1b	N0	M0
	pT2a	N0	M0
Стадія IIA	pT2b	N0	M0
	pT3a	N0	M0
Стадія IIB	pT3b	N0	M0
	pT4a	N0	M0

Стадія ІІС	pT4b	N0	M0
Стадія ІІІ	Будь-яке pT	N1, N2, N3	M0
Стадія ІV	Будь-яке pT	Будь-яке N	M1

Патогістологічне стадіювання

Стадія 0	pTis	N0	M0
Стадія I	pT1	N0	M0
Стадія ІА	pT1a	N0	M0
	pT1b	N0	M0
Стадія ІВ	pT2a	N0	M0
Стадія ІІА	pT2b	N0	M0
	pT3a	N0	M0
Стадія ІІВ	pT3b	N0	M0
	pT4a	N0	M0
Стадія ІІС	pT4b	N0	M0
Стадія ІІІ	Будь-яке pT	N1, N2, N3	M0
Стадія ІІІА	pT1a, T1b, T2a	N1a, N2a	M0
Стадія ІІІВ	pT1a, T1b, T2a	N1b, N1c, N2b	M0
	pT2b-T3a	N1, N2a, N2b,	M0
Стадія ІІІС	pT1a, T1b, T2a, T2b, T3a	N2c, N3	M0
	pT3b, T4a, pT4b	N1, N2, N3N1, N2	M0
Стадія ІІІD	pT4b	N3	M0
Стадія ІV	Будь-яке pT	Будь-яке N	M1
*Примітка. Якщо лімфатичний вузол (и) ідентифікований без видимого первинного, стадія є такою, як зазначено нижче			
Стадія ІІІВ	T0	N1b, N1c	M0
Стадія ІІІС	T0	N2b, N2c, N3b, N3c	M0

Передрак. Банальний внутрішньодермальний невус (природжена пляма) – це пігментований утвір, часто припіднятий над поверхнею шкіри, симетричної форми з чіткими та рівними краями. Він перероджується в меланому дуже рідко.

Атипові невуси – це невуси величиною більше 5 мм. На відміну від банальних невусів, атипові мають дві з таких ознак: пігментацію різної інтенсивності, неправильну форму, асиметрію країв, нечіткі контури.

Природжені невуси великих розмірів виникають при народженні або впродовж раннього дитинства і мають високий ризик малігнізації.

Меланоз Дюбрея – "веснянка" гігантських розмірів, що повільно збільшується.

Цікаво, що протягом життя відбувається постійна трансформація невусних утворів із переходом їх з однієї форми в іншу. При цьому звичайно спостерігається поступовий перехід з найтривожнішого невуса на межі до спокійнішого внутрішньодермального. Однак у деяких випадках настає малігнізація утвору і виникнення меланоми. Лікування пігментних невусів

тільки хірургічне. Показаннями до операції є міркування косметичного характеру, а також підозра на можливе переродження.

Ознаки, які вказують на можливу малігнізацію: 1) зміна форми невуса; 2) збільшення його розмірів; 3) зміна забарвлення; 4) виразкування поверхні невуса; 5) кровотеча або лімфотеча; 6) зміна чутливості; 7) діаметр більше ніж 5 мм; 8) приєднання запальних явищ (біль, ущільнення, гіперемія шкіри, свербіння, печія та ін.). Диференціальна діагностика меланоми й ускладненого невусу не проста, тому нерідко виникають помилки. Згадана обставина змушує відмовлятися від вичікувальної тактики і при найменшій підозрі застосовувати хірургічне лікування.

Основні відмінності меланоми від доброякісного утвору

Ознаки	Доброякісний утвір	Меланома
Асиметрія Краї	Симетричний Рівні	Асиметрична
утвору Забарвлення	Один відтінок	Неправильні Кілька
Діаметр Розміри	Менший за 5 мм Постійні	відтінків Більший за 5 мм Збільшуються

Самого процесу формування пігментного невусу недостатньо для розвитку меланоми. Очевидно, існують ще й інші обставини та механізми, які не досить вивчені. Серед них важливе місце належить травмі, особливостям кліматичної зони, гормональним і генетичним факторам. Травматизація доброякісних невусів небезпечна з огляду на розвиток меланоми, а механічне подразнення наявної пухлини внаслідок поділу меланоцитів призводить до значного поширення новоутворення.

Фактори ризику. До факторів, які асоціюються з виникненням меланоми, належать: 1) травматизація існуючого невусу; 2) руде або біле волосся; 3) значні опіки на сонці або в солярії; 4) меланома в родинному анамнезі; 5) "веснянки" на верхній частині спини; 6) меланома в анамнезі; 7) наявність передраку; 8) наявність великої кількості банальних невусів.

Клініка. Поверхнево-повзуча меланома виявляється як асиметричний з неправильними краями плоский утвір або пляма, забарвлені в різні відтінки сірого, коричневого та червоного кольорів. Трапляються депігментовані ділянки. Пухлина може рости повільно в горизонтальному напрямі впродовж багатьох років. Найчастіша локалізація – нижні кінцівки в жінок або тулуб у чоловіків.

Вузлова меланома – це утвір вузлуватої форми з чіткими краями, однотонний, темний, чорно-синього або синьо-червоного кольору. Пухлина переважно розташована на шкірі тулуба або голови та шиї. Для вузлової меланоми характерний вертикальний тип росту.

злаякісна лентигінозна меланома розвивається з меланозу Дюбрея. Вона розташовується на незахищених від сонця ділянках шкіри (обличчя та передпліччя) в осіб похилого віку і має вигляд великого плоского утвору рудувато-коричневого кольору.

Акральна лентигінозна меланома виявляється переважно на непокритих волоссям ділянках шкіри (стопа, долоні, ложе нігтя). Трапляється переважно серед темношкірого населення. Має вигляд плями рудувато-коричневого, коричнево-чорного кольору з варіабельністю відтінків та неправильними краями.

Розміри меланоми рідко перевищують 2–2,5 см у діаметрі. Меланома має схильність до раннього лімфогенного і гематогенного метастазування. Пухлину часто оточують вторинні метастатичні вузли. Утвори, розташовані на віддалі до 3 см, називають сателітами, а вузлові утвори, розташовані в шкірі або в підшкірно-жировій клітковині між первинною пухлиною та зонами регіонарного метастазування, – транзиторними метастазами (мал. 20). Найчастіше віддалені метастази виявляють у шкірі, легенях, печінці, головному мозку та кістках.

Слід наголосити, що в частини хворих не вдається виявити первинного вогнища, а вся клініка зумовлена лімфогенними метастазами. Лише за даними анамнезу можна визначити, що в недалекому минулому (півроку чи рік тому) існував пігментний утвір, який згодом "безслідно" зник. Клінічний перебіг меланоми різноманітний, часто передбачити його неможливо. В одних випадках настає бурхлива дисемінація новоутворення, в інших

спостерігається тривала багаторічна ремісія. Цій пухлині властиві циклічність перебігу, самостійні спонтанні регресії цілих груп метастатичних вузлів.

Діагностика. Діагностика базується на даних анамнезу, огляду, пальпації. Категорично забороняється пункційна та інцизійна біопсія. За наявності виразкування можна досліджувати мазки-відбитки. При найменшій підозрі на меланому необхідне широке висікання пігментного утвору.

Лікування. Основним методом лікування є хірургічний. Оперативне втручання передбачає широке (2 см від краю пухлини) і глибоке (до фасції чи апоневрозу) висічення пухлини. Регіонарна лімфаденектомія (операція Дюкена на нижніх кінцівках, аксиллярна абляція – на верхніх, шийна лімфаденектомія при локалізації пухлини в ділянці голови і шиї) виконується у випадку метастазів у регіонарних лімфатичних вузлах.

Приблизно в третини хворих у регіонарних лімфатичних вузлах наявні субклінічні метастази. Для виявлення ураження регіонарних лімфатичних вузлів застосовують біопсію сторожового лімфатичного вузла – першого лімфатичного вузла, через який проходить лімфатичний дренаж від первинної пухлини. За допомогою лімфосцинтиграфії радіоактивним ізотопом до операції визначають приблизне розташування сторожового лімфатичного вузла. Під час операції точне місце розтину встановлюють портативним детектором гамма-випромінювання, а знайти лімфатичний вузол у жировій клітковині вдається завдяки барвнику, введеному в навколопухлинний простір і акумульованому в названому лімфатичному вузлі. При підтвердженні метастатичного ураження сторожового лімфатичного вузла виконують регіонарну лімфаденектомію.

Основою цитостатичної терапії є дакарбазин, при застосуванні якого досягається регресія в 15–25 % хворих із запущеними формами меланому. Будь-який інший препарат із нинішнього арсеналу онкологів не такий ефективний, тому дакарбазин прийнятий за своєрідний стандарт ефективності лікування. При комбінуванні дакарбазину з похідними платини (цисплатин), алкалоїдами барвінку (вінбластин), препаратами з групи нітрозометилсечовини (ломустин) ефективність підвищується до 30 – 40 %. Метастази меланому різної локалізації неоднаково піддаються дії цитостатиків. Найчутливішими є метастази в лімфатичні вузли, м'які тканини, тоді як вісцеральні ураження і особливо метастази в мозок – резистентні. Хіміотерапія ефективніша в первинних хворих, порівняно з лікованими раніше, особливо цитостатиками. Хоча ступінь вираженості регресії пухлин іноді достатньо високий, ремісії нетривалі – 3–10 міс. Поліпшення результатів поліхіміотерапії запущеної меланому слід очікувати на шляху розроблення нових цитостатиків і включення їх у різноманітні схеми. Застосовують антиестрогени (зокрема, тамоксифен) та імуномодулятори (особливо інтерферон та ІЛ-2).

Меланома належить до радіорезистентних пухлин. Проте ураження слизових оболонок буває іноді чутливим до опромінення. Променева лікування застосовують з ад'ювантною метою за наявності резидуальної пухлини по краю операційної рани у випадках пухлин або регіонарних метастазів з високим ризиком рецидиву, розташованих у ділянці голови і шиї, та як паліативний метод при метастазах у головний мозок та кістки.

Біотерапію інтерфероном як ад'ювантний метод лікування проводять після радикального видалення пігментних новоутворень, особливо при III стадії захворювання, коли висічено й уражені регіонарні лімфатичні вузли. При I–II стадії меланому доказів ефективності ад'ювантного лікування не отримано.

Прогноз визначається насамперед товщиною пухлини, наявністю виразкування, розташуванням первинної пухлини (меланоми кінцівок мають кращий прогноз, ніж пухлини, розташовані по осі тіла) та статтю (у жінок прогноз кращий). П'ятирічне виживання оперованих пацієнтів з I стадією становить 85–96 %, з II стадією – 60–75 %, з III стадією – 30–50 %. Пацієнти з віддаленими метастазами живуть у середньому лише 6–9 міс.

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-paches-ai-red-atlas-onkologicheskikh-operaciy_e41164afda7.html

- 2 Білінський Б.Т. Медичні помилки в онкології. Львів: Афіша, 2013. –324 с.
<https://www.twirpx.com/file/1832133/>
- 3 Бондар Г. В., Попович О. Ю., Думанський Ю. В., Яковець Ю. І. та ін. Лекції з клінічної онкології. Том 1; Том 2. – Донецьк, 2006-7. – 442 с.
- 4 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=bilinskiy-bt&book=2004>
- 5 Онкологія (За ред. І. Б. Щепотіна, В. Л. Ганула, І. О. Клименко. К.: Книга плюс, 2006. – 496 с.
- 6 Онкологія: підручник / Ю. В. Думанський, А. І. Шевченко, І. Й. Галайчук, ...та ін. ; за ред. Г. В. Бондаря, А. І. Шевченка, І. Й. Галайчука. — 2-е вид., переробл. та допов. — К. : ВСВ «Медицина», 2019. — 520 с. <http://kingmed.info/media/book/5/4093.pdf>
- 7 Онкологія: Вибрані лекції з клінічної онкології / За ред. Г. В. Бондаря, В. С. Антіпової. Луганськ, ВАТ „Луганська обласна друкарня”. 2009. – 589 с.
- 8 Онкологія. Вибрані лекції для студентів і лікарів / За ред. В. Ф. Чехуна. – К.: Здоров'я України, 2010. – 768 с.
- 9 Радіологія (Променева діагностика та променева терапія.) / За заг. ред. М. М. Ткаченка. К.: Книга плюс, 2011. – 719 с.
- 10 Рак в Україні.: захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби /За ред. С. О. Шалімова. Бюлетень національного канцер-ресстру України. (дивитися щорічні №№ бюлетенів)
- 11 Энциклопедия клинической онкологии. Руководство для практикующих врачей / М. И. Давыдов, Г. Л. Вышковский и др. - М.:РЛС, 2005, 2004. – 1536 с.
http://vmede.org/sait/?page=1&id=Onkologiya_davudov_2010&menu=Onkologiya_davudov_2010
- 12 Антіпова С.В. Злоякісні новоутворення шкіри. В книзі «Вибрані лекції з клінічної онкології». Під заг. ред. Г.В. Бондаря і С.В. Антіпової. – Луганськ, 2009. – 560 с.– С. 44-83.
- 13 Пак Д.Д., Лазутіна Т.Н. Опухоли кожи. // Онкологія. Национальное руководство. – М.: Геотар-Медиа, 2008. – С. 848-863.
- 14 Шевченко А.І., Попович О.Ю., Колесник О.П. Онкологія. (Електронний підручник). – Запоріжжя: ЗДМУ, 2009. – 309 с.

Додаткова

1. Стандарти діагностики і лікування онкологічних хворих. Наказ МОЗ України за № 554 від 2007 р. – С.18.
2. Гур'єв С. О., Шищук В. Д., Шкатула Ю. В. Медицина надзвичайних ситуацій. Екстрена медична допомога http://elkniga.info/book_48.html

Матеріали для самоконтролю

Теоретичні Запитання до заняття

1. Яка захворюваність на меланому шкіри в Україні та світі?
2. Етіологія, меланомнебезпечні захворювання, фактори ризику виникнення меланоми шкіри.
3. Патоморфологія меланоми шкіри: гістологічні форми, макроскопічні форми, шляхи метастазування.
4. Клінічна класифікація TNM меланоми шкіри.
5. Клініко-анатомічна класифікація меланоми шкіри.
6. Особливості клінічного перебігу меланоми шкіри.
7. Вкажіть основні та додаткові методи діагностики меланоми шкіри.
8. Принципи формулювання клінічного діагнозу.
9. Проведіть диференціальну діагностику меланоми шкіри з іншими захворюваннями шкіри.

10. Принципи та види лікування хворих на меланому шкіри.

11. Перерахуйте методи первинної та вторинної профілактики меланоми шкіри та прогноз при даному захворюванні.

Тестові завдання

Тест № 1 ($\alpha=1$). Вкажіть оптимальний метод забора матеріала для цитологічної діагностики меланоми шкіри: 1. Відкрита біопсія. 2. Пункційна аспіраційна біопсія. 3. Ексцизійна біопсія. 4. Мазок-відбиток. 5. Трепанобіопсія.

Тест № 2 ($\alpha=1$). Яка пухлина шкіри найбільш активно метастазує? 1. Невус. 2. Аденокарцинома. 3. Папілома. 4. Базаліома. 5. Меланома.

Тест № 3 ($\alpha=2$). Назвіть шляхи метастазування меланоми: 1. Імплантаційний. 2. Гематогенний. 3. Периневральний. 4. Лімфогенний. 5. Шляхом проростання. 6. Перибронхіальний.

Тест № 4 ($\alpha=1$). Вкажіть метод знеболення, який не показаний при операціях з приводу меланоми. 1. Спинально-анестезія. 2. Внутрішньовенний наркоз.

3. Інфільтраційна анестезія. 4. Провідникова анестезія. 5. Ендотрахеальний наркоз.

Тест № 5 ($\alpha=1$). Який найбільш вагомий фактор ризику виникнення меланоми 1. Зловживання алкоголем. 2. Тютюнопаління. 3. Травмування пігментного невуса. 4. Спадковість. 5. Хронічна виразка шкіри.

Ситуаційні задачі

Задача № 1 ($\alpha=3$). Жінка 44 роки, півроку тому помітила темну пляму на верхній третині лівого стегна, яка мала розмір біля 1,5 см, виступала над поверхнею шкіри, поступово збільшувалась, з'явився свербіж.

Об'єктивно: на верхній третині правого стегна пігментне новоутворення біля 1,5 см в діаметрі, виступає над шкірою, незначною мірою ерозоване, з обідком рожево-червоного кольору. Регіонарні лімфатичні вузли не збільшені. Шкіра навкруги пухлини не змінена.

Завдання: встановіть діагноз, складіть план лікування.

Задача № 2 ($\alpha=3$). Жінка 39 років, з дитинства спостерігала темну пляму на задній поверхні гомілки, яка мала розмір біля 1,0 см, майже не виступала над шкірою, не турбувала хвору. Півроку тому пухлина була травмована і через три місяці почала поступово збільшуватись. Двічі була кровотеча. В плямі з'явився свербіж.

Об'єктивно: на задній поверхні гомілки в середній третині пігментне новоутворення біля 2,0 см в діаметрі, виступає над шкірою, незначною мірою ерозоване, пальпаторно виявляється інфільтрація. Регіонарні лімфатичні вузли не збільшені. Діагностована меланома шкіри гомілки. Проведено оперативне лікування – виконано широке висічення новоутворення. Гістологічним дослідженням визначена інфільтрація пухлини на 0,3 см.

Завдання: встановіть ступінь інвазії новоутворення і виходячи з цього призначте подальше лікування хворої.

Задача № 3 ($\alpha=3$). Жінка 64 роки, на місці пігментного невуса на шкірі спини утворилась пухлина чорно-коричневого кольору, без виразкування, діаметром 3 см. Периферичні лімфатичні вузли не збільшені. Суб'єктивно відчуття свербіжу в ділянці пухлини.

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

Задача № 4 ($\alpha=3$). Чоловік 42 роки, після травми пігментного невуса на шкірі живота з'явилась пухлина чорного кольору з коричневим обідком діаметром 4 см з ерозованою поверхнею та контактною кровоточивістю. Пахові лімфовузли зліва збільшені до 1,5 см, щільні, рухомі. Суб'єктивно відмічає відчуття свербіння в проекції пухлини.

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

Задача № 5 ($\alpha=3$). Жінка, 52 роки, під нігтем I пальця правої ступні виникло пігментне утворення до 1 см, яке за 3 місяці збільшилось, відшарувало нігтьову пластинку, почало вибухати з-під неї, травмується взуттям, контактно кровить. Пахові лімфатичні вузли справа збільшені до 1,5 см, щільні, рухомі.

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