

Міністерство охорони здоров'я України
Дніпропетровська державна медична академія
Кафедра онкології та медичної радіології

І.М. БОНДАРЕНКО
О.І. АСЄЄВ
В.Ф. ЗАВІЗІОН
М.В. АРТЕМЕНКО

РАК ШКІРИ **(НЕМЕЛАНОМНІ РІЗНОВИДИ)**

Посібник
для студентів 5-х – 6-х курсів медичних факультетів
вищих медичних навчальних закладів
та лікарів інтернів

Дніпропетровськ
2011

**РАК ШКІРИ
(НЕМЕЛАНОМНІ РІЗНОВИДИ)**

Посібник для студентів 5-х – 6-х курсів медичних факультетів вищих медичних навчальних закладів та лікарів-інтернів

Автори:	завідувач кафедри, професор, д-р мед.наук канд.мед.наук доцент кафедри, канд.мед.наук лікар-онколог	І.М. Бондаренко О.І. Асєєв В.Ф. Завізіон М.В. Артеменко
---------	---	--

Рецензенти: Професор курсу онкології
медичного інституту традиційної
і нетрадиційної медицини, д-р мед.наук
Завідувач кафедри шкірних
та венеричних хвороб Дніпропетровської
державної медичної академії,
д-р мед.наук, професор

В.А. Косєєв

А.Д. Дюдюк

Технічний редактор: доцент кафедри
міжкультурної комунікації
та видавничої справи
Дніпропетровського національного
університету ім. О.Гончара, канд..філ. наук

Л.О. Карабут

Затверджено на кафедральній нараді кафедри онкології та медичної радіології
Дніпропетровської державної медичної академії «22» лютого 2011 р., протокол
№ 7

Завідувач кафедри _____ проф. І.М. Бондаренко

Затверджено на засіданні предметної комісії з хірургії Дніпропетровської
державної медичної академії «28» березня 2011 р., протокол № 3

Голова комісії _____ проф. Я.С. Березницький

Затверджено на засіданні ЦМК Дніпропетровської державної медичної академії
«29» березня 2011 р., протокол № 7

Голова ЦМК ДДМА _____ проф. Т.О. Перцева

ЗМІСТ

ВСТУП	4
Немеланомні злоякісні утворення шкіри (схема).....	5
Клінічні різновиди (схема).....	6
Обсяг обстежень (схема).....	7
Захворюваність	8
<i>Епідеміологія раку шкіри</i>	8
<i>Етіологія і патогенез раку шкіри</i>	9
<i>Передракові захворювання шкіри</i>	10
<i>Групи підвищеного ризику</i>	11
<i>Гістологічні різновиди раку шкіри</i>	11
<i>Клінічні варіанти базаліом і плоскоклітинного раку</i>	12
<i>Метастазування, рецидивування раку шкіри</i>	15
Міжнародна класифікація раку шкіри за системою TNM <i>(American Joint Committee on Cancer (AJCC) - 7th ed., 2010)</i>	16
<i>Групування за стадіями</i>	18
<i>Лікування</i>	18
<i>Прогноз</i>	19
ТЕСТОВІ ЗАВДАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ	20
КЛЮЧІ ДО ТЕСТІВ ЗА ТЕМОЮ «РАК ШКІРИ (НЕМЕЛАНОМНІ РІЗНОВИДИ)»	31
ПРАКТИЧНІ НАВИЧКИ ЗА ТЕМОЮ ЗАНЯТТЯ	32
<i>Клінічний огляд хворого з підозрою на рак шкіри</i>	32
<i>Біопсія пухлин шкіри</i>	33
СЛОВНИК ЕПОНІМІВ ЗА ТЕМОЮ ЗАНЯТТЯ	35
СЛОВНИК ТЕРМІНІВ ЗА ТЕМОЮ ЗАНЯТТЯ	41
ВИТЯГ З НАКАЗУ МІНІСТЕРСТВА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ВІД 17.09.2007 № 554 «ПРО ЗАТВЕРДЖЕННЯ ПРОТОКОЛІВ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ЗА СПЕЦІАЛЬНІСТЮ «ОНКОЛОГІЯ»	49
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ	56
СПИСОК ОСНОВНОЇ РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ	57
СПИСОК ДОДАТКОВОЇ РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ	58

ВСТУП

Перехід на Болонську систему викладання предметів у медичних вузах виявив низку методичних проблем. Однією з них є відсутність підручників та навчальних посібників, які допомогли б студентам принаймні у конспективному плані ознайомитися з усіма питаннями Робочої програми за темою конкретного заняття. Це, з однієї сторони, спонукає студента при підготовці до заняття не обмежуватися наданим бібліотекою підручником, а працювати також із додатковою літературою. З іншого боку, не завжди додаткова література, що дає відповіді на питання Робочої програми, є доступною для всіх студентів, не всі студенти мають змогу знайти відповідь на поставлені питання в Інтернеті.

Крім того, треба зважати й на те, що не кожна сторінка Інтернету, яку можна відкрити за ключовими словами, несе коректну інформацію.

Вивчення онкології для студентів вищих медичних навчальних закладів є дуже важливим, оскільки, ким би в майбутньому не працював лікар, йому рано чи пізно доведеться мати справу з онкологічними хворими, якщо не у ролі лікаря, то, в усякому разі, у ролі людини, яка знається на медицині. Робоча програма не передбачає підготовки лікаря-онколога. Проте основну інформацію про онкологію як науку, як медичну спеціальність, про загальні принципи допомоги онкологічним хворим, принципи симптоматичної допомоги в онкології повинен мати кожен лікар.

Нами запланована підготовка навчальних посібників за всіма темами, передбаченими Робочою програмою МОЗ України з онкології. При вивченні теми «Рак шкіри» передбачено розглянути такі питання, як захворюваність, причини, епідеміологія, передракові захворювання, клініка, діагностика, рання діагностика, диференціальна діагностика, класифікація TNM та угруповання раку за стадіями, лікування (хірургічне, комбіноване і комплексне); найближчі і віддалені результати лікування; методи медичної реабілітації; первинна і вторинна профілактика.

Усі ці питання висвітлені в посібнику.

Посібник побудований за принципом конспекту. Всі пункти Робочої програми мають конспективні відповіді. Подані тести передбачають хоча б два питання до кожного пункту Робочої програми, що дозволяє студенту самостійно перевірити знання. Наведений словник містить трактовку медичних термінів та епоніми за даною темою. Список рекомендованої літератури надає можливість без лишнього клопоту знайти необхідний підручник.

Бажаємо успіху у вивченні предмету!

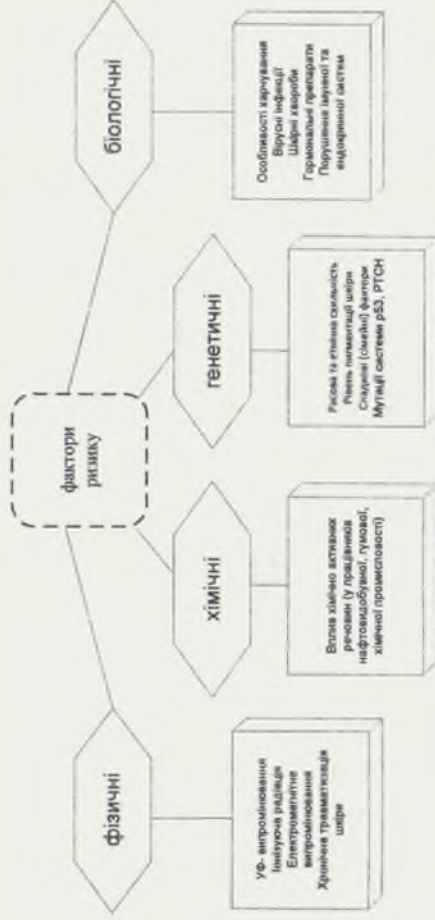
З повагою, педагогічний колектив кафедри онкології та медичної радіології Дніпропетровської державної медичної академії.

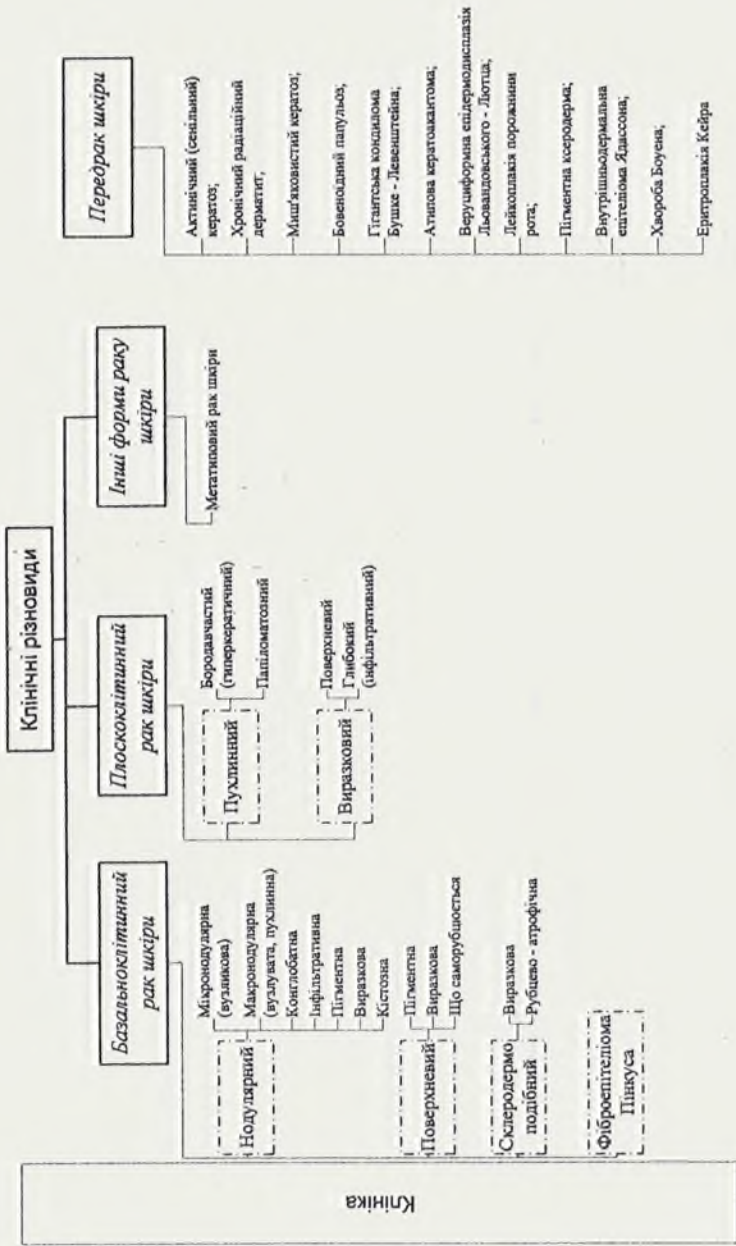
Немеланомні злоякісні новоутворення шкіри

Рак шкіри складає приблизно 10-17% в загальній структурі захворюваності злоякісними новоутвореннями Базальноклітинний і плоскоклітинний рак шкіри - найпоширеніші пухлини у людини.

Базальноклітинний рак шкіри (БКР, базаліома)
складає 45 - 96% всіх епітеліальних новоутворень шкіри і характеризується місцевим ростом зі схильністю до рецидивів, проте метастазує рідко - до 0,1% випадків.

Плоскоклітинний рак шкіри (ПКР) зустрічається в 3,5 - 4 рази рідше базальноклітинного. На його частку приходиться близько 20% всіх злоякісних новоутворень шкіри. Метастази діагностуються в 2 - 20% випадків.





Обсяг обстежень

ЛПЗ, загальноклінічної мережі

Консультаційна поліклініка спеціалізованої установи

Станіонар спеціалізованої установи

Базальноклітинний рак шкіри

Фізикальне обстеження

Лабораторне дослідження крові (загальний, біохімічний аналіз, коагулограма, RW, ВІЛ) та сечі

ЕКГ

УЗД органів черевної порожнини та зачеревного простору.
Рентгенографія ОЦП, КТ при необхідності

Цитологічне та/чи морфологічне обстеження пухлини
При підозрі на регіонарне метастазування цитологічне та/чи морфологічне дослідження лімфатичного вузла.

Консультації хірурга-онколога, хімотерапевта, радіолога, терапевта, анестезіолога

Плоскоклітинний рак шкіри

Фізикальне обстеження

УЗД регіонарних лімфатичних вузлів

Радіологічне обстеження – за показаннями.

Дерматоскопія

Консультації хірурга-онколога, хімотерапевта, радіолога, терапевта, анестезіолога

Діагностика

Лабораторне дослідження крові та сечі (контроль)
Стандартне обстеження хворих при неможливості амбулаторного дослідження
Контрольні дослідження та повторні консультації фахівців - за показаннями.

Захворюваність

Особливе місце в патології шкіри займають онкологічні захворювання, які можуть розвиватися первинно або внаслідок метастазів. Серед усіх злоякісних новоутворень пухлини шкіри займають 3-тє місце за частотою, поступаючись лише раку шлунку та легенів у чоловіків і раку молочної залози та шлунку у жінок. Злоякісні пухлини шкіри переважають серед білого населення планети, особливо серед сірооких та блакитнооких блондинів і рудоволосих, які часто обпалюються на сонці і мають схильність до появи веснянок, та край рідко зустрічаються у людей із смуглявою і темною шкірою. З огляду на те, що рак шкіри абсолютно виліковне захворювання (відсоток лікування досягає 99), не всі хворі потрапляють до онкологічних установ та відповідно фіксуються канцер-регістрами, і це ускладнює оцінку захворюваності. Проте, очевидно, що захворюваність на рак шкіри зростає практично у всіх регіонах світу.

Епідеміологія раку шкіри

Рак шкіри складає приблизно 10-17% в загальній структурі захворюваності злоякісними новоутвореннями. Плоскоклітинний і базальноклітинний рак шкіри - найпоширеніші пухлини у людини. *Базальноклітинний рак шкіри (БКР, базаліома)* складає 45 - 96% всіх епітеліальних новоутворень шкіри і характеризується місцевим зростанням із схильністю до рецидивів, проте метастазує рідко - до 0,1% випадків.

Плоскоклітинний рак шкіри (ПКР) зустрічається в 3,5 - 4 рази рідше базальноклітинного. На його частку приходиться близько 20% всіх злоякісних новоутворень шкіри. *Метастази* діагностуються в 2 - 20% випадків.

Захворюваність раком шкіри в динаміці має тенденцію до зростання, особливо в останні 10 років. Динаміка захворюваності раком шкіри в Україні представлена за останні 10-15 років таким чином: у 1993 році - 34,1, в 1997 - 39,1; у 2003 - 42,5, в 2005 - 40,9 на 100 тис. населення. Найвищі показники захворюваності переважно в південних областях України: Одеська (51,3 на 100 тис. населення), Миколаївська (54,7), АР Крим (53,8), Кіровоградська (61,6), Запорізька (57,0) і у Севастополі (88,2) на 100 тис.населення. Найнижчі показники захворюваності раком шкіри простежуються в північних і західних регіонах України: Харківська (22,0), Рівненська (23,0), Чернівецька (22,0), Закарпатська (28,2).

Показники смертності від раку шкіри є одними з найнижчих серед злоякісних новоутворень, в межах 1,2 - 3,0 на 100 000 населення.

Особливості будови, відкритість, об'єм і широта фізіологічних функцій шкіри обумовлюють надзвичайну чутливість до величезної кількості ушкоджувальних чинників і, як наслідок, велику кількість патологічних процесів, що виникають в ній.

У патогенезі розвитку злоякісних новоутворень шкіри чинниками, що сприяють пухлинній трансформації, є: тривала дія підвищеної інсоляції; вірус папіломи людини (ВПЛ) - типи 5 і 8; дія канцерогенних вуглеводнів; іонізуюче випромінювання; миш'як і його з'єднання; пари парафіну; похідні кам'яновугільного дьогтю; механічні подразники; травми; термічна дія; ендогенні чинники.

Найважливішим фактором ризику є тривала та інтенсивна дія на шкіру сонячного випромінювання. Майже 90% випадків раку шкіри локалізується на відкритих ділянках шкіри, особливо в області голови і шиї. Найбільшу роль при цьому грає сумарна доза опромінювання сонцем, особливо В-спектра (290 – 320 нм) ультрафіолетових променів. Це пояснюється тим, що ультрафіолетове випромінювання викликає пошкодження генома, активізує онкогени і пригнічує експресію генів-супресорів.

Іонізуюче випромінювання – одна з причин раку шкіри. Підвищений ризик розвитку раку шкіри відзначений у рентгенологів, робочих уранових копалень, жертв атомного бомбардування Хіросіми і Нагасакі, а також у хворих, що отримували променеву терапію.

До провокаційних чинників розвитку раку шкіри також слід віднести різні професійні особливості – дію продуктів перегонки нафти, кам'яного вугілля, горючих сланців, міді, іонізуючого випромінювання, постійну травматизацію шкіри.

Ризик плоскоклітинного раку шкіри підвищений у робочих, що контактують з поліциклічними ароматичними вуглеводнями, які містяться в сажі, асфальті, гудроні, мінеральних маслах, парафіновому воску і багатьох сумішах.

Доведений етіологічний зв'язок неорганічного миш'яку з плоскоклітинним і базальноклітинним раком шкіри. Рак шкіри часто розвивається як наслідок трофічних виразок, опіків і інших захворювань, пов'язаних з хронічною інфекцією.

Генетична обумовленість раку шкіри все ще потребує детального вивчення. Мутації в системі генів-супресорів (РТСН) знайдені в хромосомі 9qе часто присутніми при базальноклітинному раці. Мутації в системі гена-супресора р53 можуть визначатися як рання ознака плоскоклітинного раку шкіри. Також

визначаються мутації в декількох онкогенах, проте їх роль в розвитку раку шкіри все ще не встановлена.

На розвиток і зростання епітеліальних утворень шкіри виражений супресивний вплив має імунна система, що виконує при цьому функції імунорегенерації. Імунодефіцит, що відзначається у хворих раком шкіри, характеризується переважним ураженням клітинної ланки імунітету.

У людей з імуносупресією (цитостатична терапія, СНІД, трансплантаційна хірургія) рак шкіри розвивається частіше, супроводжується зниженням рівня цитотоксичності, функціональної активності і вмісту в крові Т-лімфоцитів. На всіх етапах імунологічної відповіді обов'язково включаються цитокіни. Цитокіни ІФ-альфа, ІЛ-2, ФНП- альфа беруть участь в процесі регресії пухлин як медіатори, активуючи механізми цитотоксичності і знижуючи рівень апоптозу імунокомпетентних Т-лімфоцитів.

Впливаючи безпосередньо на шкіру, канцерогенні чинники обумовлюють порушення обміну речовин і процесу ділення клітин: порушується процес дозрівання клітин в епідермісі, які забезпечують імунологічну функцію, знижується концентрація протипухлинних імуноактивних речовин (цитокінів), розвиваються передпухлинні, а потім і пухлинні зміни.

Виникненню раку шкіри сприяють різні передпухлинні захворювання і патологічні процеси, які називаються передраками.

Передракові захворювання шкіри

Передрак шкіри – ураження шкіри, котре стає інвазивною пухлиною настільки часто, що її розвиток може бути передбаченим. Передрак шкіри має і клінічне, і морфологічне вираження: від запальних симптомів до раку *in situ*. Розвитку інвазивного раку на тлі передраку шкіри передує період різної тривалості, протягом якого передракове ураження може регресувати спонтанно або під впливом лікування.

Згідно з міжнародною гістологічною класифікацією пухлин шкіри (1980 р.), передраковими захворюваннями є: актинічний (сенільний) кератоз; хронічний радіаційний дерматит; миш'яковистий кератоз; бовеноїдний папулоз; гігантська кондилома Бушке-Левенштейна; атипова кератоакантома; веруциформна епідермодисплазія Льовандовського-Лютца; лейкоплакія порожнини рота; внутрішньодермальна епітеліома Ядассона; еритроплакія Кейра; хвороба Боуена; пігментна ксеродерма. Три останні є облігатними передраками, решта – факультативними.

Групи підвищеного ризику

Слід відрізнити хворих на передрак шкіри та осіб, що входять до групи підвищеного ризику захворювання на рак. До групи підвищеного ризику входять практично здорові люди, які, внаслідок наявності у них тих чи інших факторів ризику (побутових, промислових, екологічних, демографічних і т.ін.) мають підвищений ризик захворіти на рак. Групи підвищеного ризику виявляються і формуються лікарями, що проводять диспансерне обстеження населення, здебільшого при профілактичних оглядах на промислових підприємствах або при зверненні в поліклініку. Лікар, який виявив особу, що входить до групи ризику, повинен зробити відмітку про це в амбулаторній карті обстеженого та в подальшому передати її спеціалісту для диспансерного нагляду за місцем проживання.

Факторами ризику захворювання на рак шкіри є: вік старше 45 років, вживання алкоголю, тютюнопаління, робота на відкритому повітрі в умовах сільського господарства, морського транспорту, будівництва, дія на шкіру рентгенівських променів та радіактивного впромінювання, дія хімічних канцерогенів в умовах виробництва (нафтопродукти, нітробарвники), наявність у кровних родичів онкологічних захворювань будь-яких локалізацій, особливо меланоми шкіри.

Динамічний нагляд за особами, що входять до групи підвищеного ризику захворювання на рак шкіри, здійснюється при профілактичних оглядах не рідше 1 разу на рік. За необхідності до огляду залучається лікар-онколог.

Гістологічні різновиди раку шкіри

Базальноклітинний рак шкіри. Розвивається з базальних кератиноцитів і герментативного епітелію придатків шкіри. Його клітини мають схожість з клітинами базального шару шкіри.

Гістологічно базаліома є клітинним комплексом, який складається з дрібних базалоїдних клітин з округлими або овальними ядрами з мізерною базофільною цитоплазмою. По периферії клітинних комплексів розташовані крупні призматичні клітини з овальними ядрами у вигляді «частоколу» - одна з головних гістологічних ознак базаліоми. Клітинно-волокниста сполучна строма пухлини розділяє клітинні комплекси на часточки. Клітинні комплекси оточують інфільтрати з лімфоцитів, базофілів і плазматичних клітин. Вивчення морфологічних типів дозволило виділити наступні гістологічні типи базаліом (залежно від співвідношення паренхіми і строми): солідний (нодулярний),

аденоїдний, поверхневий, морфеаподібний, фіброепітеліальний, внутрішньоепідермальний, пігментований, кістозний, кератотичний, перехідний, змішаний.

Плоскоклітинний рак шкіри. Гістологічно характеризується тяжами клітин типу шипуватого шару епідермісу, інфільтруючих дерму. Клітинна атипія виявляється різною величиною і формою клітин, збільшенням і гіперхроматозом їх ядер, безліччю патологічних мітозів. Тканинна атипія виражається в порушенні стратифікації і вертикальною анізоморфністю багат шарового плоского епідермісу і втратою міжклітинних містків. Нерідко спірально розташовані дискератотичні і паракератотичні клітини оточують шаром позаклітинні скупчення рогових мас. Розрізняють ороговіваючий і неороговіваючий плоскоклітинний рак і три ступені його диференціювання. Найбільш вираженою ознакою диференціювання є ороговіння.

Плоскоклітинний ороговіваючий рак - інвазивний рак епідермісу і, можливо, волосяних фолікулів. Пухлина складається з анапластичних клітин поліморфного характеру з численними фігурами мітоза і багатоядерними гігантськими клітинами. Паренхіма руйнує межі епітелію і сполучної тканини і проростає в глибину. Властивості пухлини - схильність до розпаду і дегенерації. Для високого диференціювання пухлин шкіри характерне правильне пошарове розташування клітин, збереження міжклітинних містків і виражене ороговіння як у вигляді окремих кератинізованих клітин, так і рогових перлин, що складаються з концентричних шарів шипуватих клітин, кератинізація яких збільшується у напрямку до центру. У низькодиференційованих пухлинах стратифікація в пухлинних пластах порушена повністю, кератин і дрібноклітинні містки зберігаються лише в невеликих ділянках пухлини, основна маса пухлинних клітин стає недиференційованою. Клітинні межі розмиті, ядра дрібні, гіперхромні, зустрічаються ядра в стані розпаду, характерна велика кількість патологічних мітозів. Ступінь злоякісності раку шкіри оцінюється по його інвазивності і здібності до метастазування.

Клінічні варіанти базаліом і плоскоклітинного раку

Плоскоклітинний і базальноклітинний рак часто протікає безсимптомно, проте можливі виразки, кровоточивість і біль. Клінічна течія визначається гістологічною структурою, ступенем диференціювання і локалізацією процесу.

Базальноклітинний рак. Характер процесу може варіювати залежно від кількості пухлин, їх локалізації, розмірів. У 86,5% випадків базаліоми бувають солітарними, в 13,5% - первинно-множинними, при цьому пухлини виникають синхронно або метакронно. Базаліоми можуть поєднуватися з раком внутрішніх органів, виступаючи як паранеоплазія.

Єдиної клінічної класифікації базально-клітинного раку немає. Найбільш обґрунтованою представляється класифікація, що виділяє 4 основних форми і 10 різновидів базально-клітинного раку.

Клінічні форми і різновиди базально-клітинного раку

Клінічна форма	Різновид
Нодулярна	Мікронодулярна (вузликова) Макронодулярна (вузлувата, пухлинна) Конглобатна Інфільтративна Пігментна Виразкова Кістозна
Поверхнева	Пігментна Що саморубцюється Виразкова
Склеродермоподібна	Виразкова Рубцево - атрофічна
Фіброепітеліома Пінкуса	

Нодулярна форма є найпоширенішою формою базаліоми. Класичним різновидом її з найбільш характерними проявами базаліоми є *мікронодулярна (вузликова) форма*. Характеризується утворенням дрібних вузликів діаметром 2-5 мм з гладкою поверхнею, рожево-перламутрового кольору, щільної консистенції, які можуть расповсюджуватися ізольовано або у вигляді кільця, формуючи пухлинне вогнище діаметром до 2 см.

Мікронодулярна базаліома може бути виразковою або пігментною, яка дуже схожа на меланому.

Макронодулярна (вузлова, пухлинна) відрізняється великими розмірами вузликових утворень з гладкою, покритою теленгіоектазіями поверхнею.

При цьому все пухлинне вогнище може бути представлене солітарним вузлом, злиттям декількох вузлів з горбистою поверхнею (конглобатний

різновид) або укритим виразками по центру вогнищем (виразковий різновид). Особливо висока частота виразкового різновиду БКР серед рецидивних базаліом. Виразка може бути глибокою з ексзофітним, що кровоточить, або ендозифітним інфільтруючим зростанням (інфільтративний різновид). Виразкова інфільтративна базаліома може викликати значні руйнування, зокрема хрящових і кісткових структур.

Кістозний різновид зустрічається рідко, частіше локалізується в куті ока. Поверхнева форма виглядає як бляшки з соскоподібними блискучими краями. Контури вогнища нерівні, діаметр від 1 до 30 мм, на поверхні вогнища можуть бути ерозії, коричневі кірки. При багаторічній течії можлива виразка вогнища (виразковий різновид) або гіперпігментація (пігментний різновид).

Рідкісним різновидом поверхневої форми БКР є *базаліома (неджемтоїдна епітеліома Літля)*, що *саморубцюється*, з центробіжним зростанням і формуванням в її центральній зоні рубцевої атрофії на місці мимовільних ерозійних пухлинних вузликів, що рубцюються.

Зустрічаються і первинно-множинні базаліоми. Описаний синдром Горліна - Гольца, що характеризується поєднанням безлічі вогнищ поверхневої базаліоми з ендокринними, психічними порушеннями і патологією кісткового скелета.

Склеродермоподібна (морфеаподібна, склерозуюча) форма базаліоми - рідкісна агресивна форма БКР, що характеризується утворенням твердої бляшки, що нагадує бляшечку склеродермію. Утворюється спочатку плоске, підведене вогнище, потім унаслідок ендозифітного зростання поступово вдавлюється на зразок грубого рубця. У пізніх стадіях можлива виразка (виразковий різновид) або формування в центральній частині бляшки атрофічного вогнища (рубцево - атрофічний різновид).

Фіброепітеліальна форма базаліоми (фіброепітеліома Пінкуса) зустрічається дуже рідко, протікає доброякісно. Є солітарним плоским вузлом щільноеластичної консистенції тілесного кольору діаметром 1 - 2,5 см. Гістологічно це високодиференційована базаліома, яка локалізується зазвичай на тулубі, частіше в області спини.

Плоскоклітинний рак частіше зустрічається у осіб похилого віку з переважною локалізацією на шкірі обличчя, вушних раковин, верхніх і нижніх кінцівках, зовнішніх статевих органах.

Клінічно виділяють пухлинний і виразковий типи, при кожному з яких пухлини можуть бути солітарними або множинними.

Клінічні типи і різновиди плоскоклітинного раку шкіри

Клінічний тип	Різновиди
Пухлинний	1. Бородавчастий (гіперкератичний) 2. Папіломатозний
Виразковий	1. Поверхневий 2. Глибокий (інфільтративний)

Бородавчастий різновид - пухлина червоно-рожевого кольору, покрита кірками, роговими масами і бородавчастими розростаннями (бородавчастий різновид). Пухлина швидко розповсюджується в глибокі шари шкіри і підшкірно - жирову клітковину, легко кровоточить, покривається виразками і некротизується. Папіломатозний різновид характеризується коричнево-червоними грибоподібними утвореннями на широкій підставі без гіперкератозу у вигляді помідора або цвітної капусти, які через 3-4 місяці покриваються виразками.

Виразковий тип ПРК буває поверхневим і глибоким. Поверхнева форма росте по периферії, характеризується поверхневою виразкою неправильної форми з чіткими краями, покритою коричневою кіркою.

Глибокий різновид розповсюджується в підлеглих тканинах у вигляді виразки з крутими, різко підведеними, щільними краями, що оточують виразку у вигляді валика. Дно виразки сальне, горбисте, жовтувато-червоного кольору з жовто-білим нальотом.

Метастазування, рецидивування раку шкіри

Базальноклітинний рак характеризується повільним інвазивним зростанням. Базаліома може метастазувати, але незрівнянно частіше спостерігається рецидивування після різних методів терапії. Більше 50% рецидивів виникають протягом перших двох років після лікування. При лікуванні рецидивних базаліом повторні рецидиви захворювання спостерігаються у 37% хворих з найбільшою частотою їх прояву протягом перших 2 років. Частота метастазування 0,0028 - 0,1%.

Базаліома відрізняється місцево-деструючим зростанням, що приводить до значного руйнування тканин. Глибина інвазії і ризик рецидиву залежать від розмірів, локалізації і гістологічних особливостей пухлини, давності захворювання, стану імунітету і інших особливостей організму хворого. Пухлини, що виникли після лікування, позначаються символом R: R_x - недостатньо даних для оцінки рецидивної пухлини; R₀ - рецидивна пухлина не

визначається; R_1 - рецидивна пухлина визначається мікроскопічно; R_2 - рецидивна пухлина визначається макроскопічно. Найнебезпечніша локалізація - центральна частина обличчя, вушні раковини, волосиста частина голови. Серйозну небезпеку представляє склероподібна форма БРК.

Ризик метастазування ПРК залежить від локалізації пухлини і від того, розвивається вона з передракового вогнища або нормального епідермісу. Ризик метастазування зростає у міру збільшення товщини, діаметру пухлини, рівня інвазії, зменшення ступеня диференціювання клітин. Так при розвитку ПРК de novo метастази діагностуються в 2,7 -17,3% випадків, а на тлі хвороби Боуена і еритроплакії Кейра відповідно в 2% і 20% випадків. Пухлини, що виникли на пошкодженій сонцем шкірі, метастазують рідше, ніж пухлини з локалізацією на закритих ділянках тіла. При локалізації на нижній губі і вушних раковинах частота метастазування досягає 13% і 11%. Ще частіше метастазують пухлини на зовнішніх статевих органах, на місці опікових рубців і хронічних виразок. При рецидивних пухлинах частота метастазування складає 30%. У 85% випадків метастазування відбувається в регіонарні лімфовузли, в 15% - у внутрішні органи.

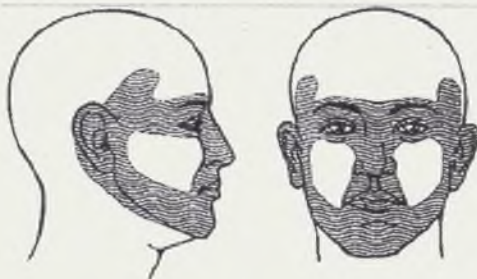


Рисунок 1. Маска високого ризику для обличчя

Базальноклітинний та плоскоклітинний рак шкіри, що виникає у зазначеній ділянці, значно частіше має рецидиви і метастазує у порівнянні із локалізованим на тулубі і кінцівках.

Міжнародна класифікація раку шкіри за системою TNM

(American Joint Committee on Cancer (AJCC) - 7th ed., 2010)

T — первинна пухлина (не включає плоскоклітинний рак повіки):

T_x — немає достатньо даних за первинну пухлину;

T_0 — первинна пухлина не визначається;

T_{is} — carcinoma in situ;

T₁ — пухлина до 2 см у найбільшому вимірі і присутні не більше двох чинників високого ризику**;

T₂ — пухлина понад 2 см. **або** присутні два і більше чинники високого ризику* (не включає плоскоклітинний рак повіки);

T₃ — пухлина проростає в кістки нижньої щелепи, верхньої щелепи, орбіти, скроні;

T₄ — пухлина проростає у кістки (осьові або периферійні) або присутня периневральна інвазія основи черепа.

***Фактори високого ризику:**

Глибина/інвазія	<ul style="list-style-type: none">•>2 мм товщина•Рівень Clark \geq IV•периневральна інвазія
Анатомічна локалізація	<ul style="list-style-type: none">•Первинне вогнище на вусі•Первинне вогнище на губі, що не має волосся
Диференціювання	<ul style="list-style-type: none">•Низько диференційований або недиференційований

N — регіонарні лімфовузли:

N_x — недостатньо даних для оцінки стану регіонарних лімфатичних вузлів;

N₀ — немає ознак ураження регіонарних лімфатичних вузлів;

N₁ — уражений єдиний іпсилатеральний лімфовузол, не більший за 3 см в найбільшому діаметрі;

N_{2a} — уражений єдиний іпсилатеральний лімфовузол, більший за 3 см, але менший за 6 см в найбільшому діаметрі;

N_{2b} — уражені численні іпсилатеральні лімфовузли, не більші за 6 см в найбільшому діаметрі;

N_{2c} — уражен білатеральні чи контрлатеральні лімфовузли не більші за 6 см в найбільшому діаметрі;

N₃ — уражений лімфовузол, більший за 6 см в найбільшому діаметрі;

M — віддалені метастази:

M₀ — віддалені метастази не визначаються;

M₁ — є віддалені метастази.

G — гістологічна градація:

G_x — ступінь гістологічного диференціювання не може бути встановлений;

G₁ — високодиференційована пухлина;

G₂ — середній ступінь гістологічного диференціювання;

G₃ — низькодиференційована пухлина;

G₄ — недиференційована пухлина.

Групування за стадіями:

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

Лікування

Можливе застосування хірургічного, променевого та медикаментозного методів лікування. Вони повинні ґрунтуватися на суворо індивідуальних показниках, урахувавши локалізацію пухлини, клінічну форму, стадію захворювання та гістологічну структуру. Крім того, необхідно передбачати функціональні і косметичні наслідки лікування. Більшість авторів вважають, що в разі I та II стадії захворювання найефективнішим методом є променева терапія (найбільш ефективна близькофокусна променева терапія, сумарна доза 30—60 Гр), за наявності III та IV стадій — комбінований метод. До хірургічного методу відносять кріотерапію (рідким азотом), електроексцизію, лазерну деструкцію. Вимогою до хірургічного лікування є широке видалення пухлини з ділянкою здорової шкіри навколо у блоці із підшкірною жировою клітковиною і фасцією. У тому разі, коли неможливо відступити широко (не менше, ніж 2 см), наприклад, на обличчі, хірургічне лікування поєднують із променевим або проводять тільки променеву терапію.

За наявності збільшених, підозрілих на метастатичні регіонарних лімфатичних вузлів, одночасно проводять лімфаденектомію. У тих випадках, коли велика маса пухлини не дозволяє використати зазначені вище методи лікування, застосовується хіміотерапевтичний метод.

У разі базально-клітинного раку шкіри використовують такі методи лікування: 1) *електроексцизію* — використовується за наявності пухлин

діаметром меншим ніж 1 см (видужання настає у 95% випадках); 2) *близько фокусну променеvu терапію* — використовується за наявності пухлин обличчя та шиї (видужання настає у 90% випадків); недолік методу — депігментація та атрофія шкіри в місцях опромінювання; 3) *висічення* з первинним закриттям рани (видужання настає у 95% випадків); 4) у разі *кріотерапії* раку шкіри необхідне глибоке триразове замороження пухлини в межах 0,5 - 1 см здорової тканини до повної її деструкції (загоювання рани проходить під струпом протягом 3 - 4 тижнів з утворенням еластичного рубця, хорошого в косметичному відношенні); 5) лазерну деструкцію, якщо розміри пухлини невеликі, її ріст поверхневий і це цитологічно верифікований базальноклітинний рак. Рецидиви лікують широким висіченням у межах здорових тканин.

Прогноз

У разі раку шкіри порівняно з іншими злоякісними пухлинами прогноз найбільш сприятливий. За відсутності метастазів у регіонарні лімфовузли 5-річна виживаність складає 75—80%, причому за умови раннього виявлення майже 95% хворих цілком виліковуються і не мають рецидивів протягом 5 років. У разі ж занедбаних форм, а саме проростання у прилеглі органи та тканини і наявність метастазів у регіонарних лімфатичних вузлах, виживаність протягом 5 років не перевищує 24%.

ТЕСТОВІ ЗАВДАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ

- 1. До факультативних передракових захворювань шкіри відносяться:**
- 1) атрофія шкіри похилого віку;
 - 2) хронічний хейліт;
 - 3) хейлоз;
 - 4) кератоз;
 - 5) усі відповіді правильні.
- 2. До факультативних передракових захворювань шкіри відносяться:**
- 1) кератоз; 2) кератома похилого віку; 3) хвороба Педжета.**
- 1) правильно 1;
 - 2) правильно 2;
 - 3) правильно 3;
 - 4) правильно 1 і 2;
 - 5) правильно 2 і 3.
- 3. До факультативних передракових захворювань шкіри відносяться:**
- 1) хвороба Боуена; 2) шкірний ріг; 3) кератоакантома.**
- 1) правильно 1;
 - 2) правильно 2;
 - 3) правильно 3;
 - 4) правильно 1 і 2;
 - 5) правильно 2 і 3.
- 4. До факультативних передракових захворювань шкіри відносяться:**
- 1) лейкоплакія; 2) пігментна ксеродерма; 3) рубці після травми і свищі.**
- 1) правильно 1;
 - 2) правильно 2;
 - 3) правильно 3;
 - 4) правильно 1 і 3;
 - 5) правильно 2 і 3.
- 5. До облігатних передракових захворювань шкіри відносяться:**
- 1) кератома похилого віку;
 - 2) шкірний ріг;
 - 3) пігментна ксеродерма;
 - 4) лейкоплакія;
 - 5) усі відповіді правильні.
- 6. До облігатних передракових захворювань шкіри відносяться:**
- 1) хвороба Боуена;
 - 2) атрофія шкіри похилого віку;
 - 3) кератоакантома;
 - 4) лейкоплакія;
 - 5) усі відповіді правильні.

7. До облігатних передракових захворювань шкіри відносяться:

- 1) кератоз;
- 2) доброякісні пігментні утворення;
- 3) кератоакантома;
- 4) шкірний ріг;
- 5) хвороба Кейра.

8. Які символи TNM адекватні IV стадії раку шкіри:

- 1) T1N2M0;
- 2) T2N1M0;
- 3) T1N1M0;
- 4) T3N0M0;
- 5) T3N1M0.

9. На розвиток раку шкіри впливають: 1) дисгормональні захворювання; 2) радіоактивне опромінення; 3) контакт з хімічними канцерогенами.

- 1) правильно 1;
- 2) правильно 2;
- 3) правильно 3;
- 4) правильно 1 і 2;
- 5) правильно 2 і 3.

10. На розвиток раку шкіри впливають: 1) рубці після опіків; 2) паразитарні захворювання; 3) авітамінози.

- 1) правильно 1;
- 2) правильно 2;
- 3) правильно 3;
- 4) правильно 2 і 3;
- 5) усі відповіді правильні.

11. T1 у разі раку шкіри:

- 1) пухлина будь-яких розмірів, що проростає в інші анатомічні структури
- 2) розміри пухлини більше 5 см;
- 3) розміри пухлини до 5 см;
- 4) розміри пухлини до 2 см;
- 5) карцинома in situ.

12. T2 у разі раку шкіри:

- 1) пухлина будь-яких розмірів, що проростає в інші анатомічні структури
- 2) розміри пухлини більше 5 см;
- 3) розміри пухлини до 5 см;

- 4) розміри пухлини до 2 см;
- 5) карцинома in situ.

13. T3 у разі раку шкіри:

- 1) пухлина будь-яких розмірів, що проростає в інші анатомічні структури;
- 2) розміри пухлини більше 5 см;
- 3) розміри пухлини до 5 см;
- 4) розміри пухлини до 2 см;
- 5) карцинома in situ.

14. T4 у разі раку шкіри:

- 1) карцинома in situ;
- 2) пухлина будь-яких розмірів, що проростає в інші анатомічні структури;
- 3) розміри пухлини більше 5 см;
- 4) розміри пухлини до 5 см;
- 5) розміри пухлини до 2 см.

15. У разі раку шкіри розрізняють наступні клінічні форми: 1) поверхнева; 2) глибоко проникаюча; 3) папілярна.

- 1) правильно 1;
- 2) правильно 2;
- 3) правильно 3;
- 4) усі відповіді правильні;
- 5) правильно 1 і 2.

16. Рак шкіри діагностується на основі: 1) огляду місця ураження; 2) обстеження зон метастазування, 3) гістологічного і цитологічного методів дослідження:

- 1) правильно 1;
- 2) правильно 2;
- 3) правильно 3;
- 4) усі відповіді правильні;
- 5) правильно 1 і 3.

17. Для лікування раку шкіри застосовується:

- 1) близькофокусна рентгенотерапія;
- 2) хірургічне лікування;
- 3) кріодеструкція;
- 4) лазерна деструкція;
- 5) усі відповіді правильні.

18. При лікуванні I стадії раку шкіри застосовується:

- 1) близькофокусна рентгенотерапія;
- 2) внутритканева променева терапія;
- 3) висічення пухлини;
- 4) аплікації 0,5% омаєнової мазі;
- 5) усі відповіді правильні.

19. При хірургічному лікуванні базальноклітинного раку шкіри необхідно відступити від краю пухлини на відстань:

- 1) 0,5 см;
- 2) 0,7 см;
- 3) 1,0 см;
- 4) 8 см;
- 5) 5 см.

20. При хірургічному лікуванні плоскоклітинного раку шкіри необхідно відступити від краю пухлини на відстань:

- 1) до 1 см;
- 2) 1-2 см;
- 3) 2-3 см;
- 4) 3-4 см;
- 5) 4-5 см.

21. При хірургічному лікуванні III стадії раку шкіри найчастіше застосовується:

- 1) електроексцизія з лимфаденектомією;
- 2) лазерна деструкція;
- 3) кріодеструкція;
- 4) поєднана променева терапія;
- 5) локальна гіпертермія.

22. При поширенні раку шкіри на кістку показана:

- 1) хіміотерапія;
- 2) електроексцизія;
- 3) ампутація кінцівки;
- 4) кріодеструкція;
- 5) лазеротерапія.

23. Базаліома переважно розвивається на шкірі:

- 1) обличчя;
- 2) кінцівок;
- 3) грудної клітки;
- 4) черевної стінки;

5) не має улюбленої локалізації.

24. До передракових захворювань шкіри відноситься:

- 1) рожесте запалення шкіри;
- 2) хвороба Боуена;
- 3) фурункул;
- 4) гемангіома;
- 5) фіброма.

25. Діагноз раку шкіри переважно ґрунтується на даних:

- 1) радіоізотопних досліджень;
- 2) термографії;
- 3) радіоімунологічного обстеження;
- 4) інцизійної біопсії;
- 5) інших методів.

26. Від якого фактору насамперед залежить повне вилікування хворих на рак шкіри?

- 1) локалізації пухлини;
- 2) загального стану хворого;
- 3) стадії захворювання;
- 4) гістологічної структури пухлини;
- 5) інших факторів.

27. Рак шкіри зустрічається найчастіше у віці:

- 1) до 45 років;
- 2) 45-55 років;
- 3) 55-65 років;
- 4) понад 65 років;
- 5) вікової залежності не має.

28. Назвіть передраковий процес в шкірі з найвищою частотою малігнізації:

- 1) шкірний ріг;
- 2) туберкульозний вовчак;
- 3) трофічна виразка;
- 4) пігментна ксеродерма;
- 5) хвороба Боуена.

29. В якій ділянці найчастіше зустрічається рак шкіри?

- 1) кисті рук;
- 2) тулуб;

- 3) голова;
- 4) кінцівки;
- 5) шия.

30. Рак шкіри з найвищою частотою метастазування:

- 1) базаліома;
- 2) плоскоклітинний рак;
- 3) трихоепітеліома;
- 4) кератокантома;
- 5) метатиличний рак шкіри.

31. Пухлини шкіри з найвищою частотою метастазування гематогенним шляхом:

- 1) базаліома;
- 2) плоскоклітинний рак;
- 3) кератокантома;
- 4) меланомабластома;
- 5) хвороба Педжета.

32. Пухлини шкіри найчастіше розвиваються з:

- 1) сполучної тканини;
- 2) епітеліальної тканини;
- 3) мезенхіми;
- 4) пігментних утворів шкіри;
- 5) придатків шкіри.

33. Основний метод діагностики раку шкіри:

- 1) пальпація пухлини;
- 2) цитологічне дослідження;
- 3) радіонуклідний метод;
- 4) гістологічне дослідження;
- 5) мазки-відбитки з поверхні пухлини.

34. Основний метод лікування раку шкіри II стадії:

- 1) операція;
- 2) омаїнова мазь;
- 3) рентгенотерапія;
- 4) кріотерапія;
- 5) хіміотерапія.

35. Метод діагностики пігментних пухлин шкіри:

- 1) пальпація;
- 2) біопсія;
- 3) радіофосфорна діагностика;
- 4) УЗД;
- 5) огляд.

36. Радіофосфорна діагностика - основний метод при:

- 1) базаліомі;
- 2) низькодиференційованому плоскоклітинному раку;
- 3) високодиференційованому плоскоклітинному раку;
- 4) меланобластомі;
- 5) гемангіомі.

37. Рентгеноскопія є основним методом діагностики при:

- 1) меланобластомі;
- 2) лімфосаркомі шкіри;
- 3) у разі раку шкіри;
- 4) фібросаркомі;
- 5) трихоепітеліомі.

38. Який хіміопрепарат частіше застосовується при лікуванні рака шкіри?

- 1) циклофосфан;
- 2) блеоміцин;
- 3) адриобластин;
- 4) ломустин;
- 5) фторурацил.

39. При яких пухлинах шкіри найвища ефективність лікування?

- 1) фібросаркомі;
- 2) грибоквидному мікозі;
- 3) базаліомі;
- 4) меланобластомі;
- 5) саркомі Копоши.

40. Яка мазь може використовуватись для лікування поверхневого раку шкіри?

- 1) преднізолонова;
- 2) гідрокортизонінова;

- 3) колхаміно́ва;
- 4) солкосері́лова;
- 5) обліпі́хова олія.

41. Які символи TNM адекватні II стадії раку шкіри:

- 1) T1N1M0;
- 2) T1N1M0;
- 3) T2N0M0;
- 4) T1N0M1;
- 5) T1N1M0.

42. Після лікування раку шкіри II стадії хворий вважається:

- 1) частково непрацездатним;
- 2) інвалідом II групи;
- 3) практично здоровим III-а клін.група;
- 4) інвалідом III групи;
- 5) обмеження працездатності встановлює МСЕК.

43. Шкірний ріг відноситься до пухлин:

- 1) доброякісних;
- 2) передраку;
- 3) злоякісних;
- 4) загального процесу;
- 5) мезенхімального походження.

44. Метод лікування раку шкіри волосистої частини голови T2 N0 M0:

- 1) хірургічний;
- 2) короткодистанційна рентгенотерапія;
- 3) далекодистанційна рентгенотерапія;
- 4) внутрішньотканинна гамматерапія;
- 5) хіміотерапія.

45. Тактика лікування раку шкіри заушної ділянки T2 N0 M0:

- 1) хірургічний;
- 2) короткодистанційна рентгенотерапія;
- 3) далекодистанційна рентгенотерапія;
- 4) внутрішньотканинна гамматерапія;
- 5) хіміотерапія.

46. Рак шкіри зустрічається найчастіше у віці:

- 1) до 45 років;
- 2) 45-55 років;
- 3) 55-65 років;
- 4) понад 65 років;
- 5) вікової залежності не має.

47. Назвіть передраковий процес в шкірі з найвищою частотою малігнізації:

- 1) шкірний ріг;
- 2) туберкульозний вовчак;
- 3) трофічна виразка;
- 4) пігментна ксеродерма;
- 5) хвороба Боуена.

48. В якій ділянці найчастіше зустрічається рак шкіри?

- 1) кисті рук;
- 2) тулуб;
- 3) голова;
- 4) кінцівки;
- 5) шия.

49. Рак шкіри з найвищою частотою метастазування:

- 1) базаліома;
- 2) плоскоклітинний рак;
- 3) трихоепітеліома;
- 4) кератоакантома;
- 5) хвороба Педжета.

50. Пухлини шкіри з найвищою частотою метастазування лімфогенним шляхом:

- 1) базаліома;
- 2) плоскоклітинний рак;
- 3) трихоепітеліома;
- 4) кератоакантома;
- 5) хвороба Педжета;
- 6) меланобластома.

51. Пухлини шкіри з найвищою частотою метастазування гематогенним шляхом:

- 1) базаліома;
- 2) плоскоклітинний рак;
- 3) трихоепітеліом;
- 4) кератоакантома;
- 5) меланобластома;
- 6) хвороба Педжета.

52. Пухлини шкіри найчастіше розвиваються з:

- 1) сполучної тканини;
- 2) епітеліальної тканини;
- 3) мезенхіми;
- 4) пігментних утворів шкіри;
- 5) нервової тканини.

53. Основний метод діагностики раку шкіри:

- 1) пальпація пухлини;
- 2) цитологічне дослідження;
- 3) радіонуклідний метод;
- 4) гістологічне дослідження;
- 5) УЗД.

54. Рак шкіри зустрічається з високою частотою у:

- 1) Прибалтиці;
- 2) Молдові;
- 3) Білорусії;
- 4) Англі;
- 5) Данії.

55. Основний метод лікування раку шкіри II стадії:

- 1) операція;
- 2) омаїнова мазь;
- 3) рентгенотерапія;
- 4) кріотерапія;
- 5) хіміотерапія.

56. Який хіміопрепарат частіше застосовується при лікуванні рака шкіри?

- 1) циклофосфан;
- 2) блеоміцин;
- 3) адриобластин;
- 4) ломустин;
- 5) фторурацил.

57. Які символи TNM адекватні III стадії раку шкіри:

- 1) T2N1M0;
- 2) T1N2M0;
- 3) T3N0M0;
- 4) T1N0M1;
- 5) T1N1M0.

58. Після лікування раку шкіри III стадії хворий вважається:

- 1) частково непрацездатний;
- 2) інвалідом II групи;
- 3) практично здоровим III-а клін.група;
- 4) інвалідом III групи;
- 5) обмеження працездатності встановлює МСЕК.

59. Шкірний ріг відноситься до пухлин:

- 1) доброякісних;
- 2) передраку;
- 3) злоякісних;
- 4) загального процесу;
- 5) мезенхімального походження.

60. Які символи TNM адекватні I стадії раку шкіри:

- 1) T1N2M0;
- 2) T2N1M0;
- 3) T1N0M0;
- 4) T1N0M1;
- 5) T1N1M0.

61. Які символи TNM адекватні 0 стадії раку шкіри:

- 1) TisN0M0;
- 2) T1 N1M0;
- 3) T2 N0M0;
- 4) T1N0M1;
- 5) T1N1M0.

62. Які символи TNM адекватні III стадії раку шкіри:

- 1) T2N0M0;
- 2) T1N1M1;
- 3) T2N1M0;
- 4) T1N0M1;
- 5) TisN0M0.

63. Які символи TNM адекватні III стадії раку шкіри:

- 1) T1N1M0;
- 2) T2N1M0;
- 3) T2N0M0;

- 4) T1N0M1;
- 5) T1N1M1.

64. Які символи TNM адекватні IV стадії раку шкіри:

- 1) T1N1M0;
- 2) T2N1M0;
- 3) T2N2M0;
- 4) T1N0M0;
- 5) T3N1M0.

65. Які символи TNM адекватні IV стадії раку шкіри:

- 1) T1N1M0;
- 2) T2N1M0;
- 3) T2N0M0;
- 4) T1N0M1;
- 5) T1N1M0.

**КЛЮЧІ ДО ТЕСТІВ ЗА ТЕМОЮ «РАК ШКІРИ
(НЕМЕЛАНОМНІ РІЗНОВИДИ)»**

№ питання	Відповідь	№ питання	Відповідь	№ питання	Відповідь	№ питання	Відповідь	№ питання	Відповідь
1	5	14	2	27	4	40	3	53	4
2	4	15	4	28	4	41	3	54	2
3	4	16	4	29	3	42	5	55	3
4	5	17	5	30	2	43	2	56	3
5	3	18	5	31	4	44	2	57	3
6	1	19	3	32	2	45	2	58	5
7	5	20	2	33	4	46	4	59	2
8	1	21	1	34	3	47	4	60	3
9	5	22	3	35	3	48	3	61	1
10	1	23	1	36	4	49	2	62	3
11	4	24	2	37	2	50	2	63	1
12	3	25	4	38	2	51	5	64	3
13	2	26	3	39	3	52	2	65	4

Клінічний огляд хворого з підозрою на рак шкіри

Важливою складовою частиною встановлення діагнозу злоякісної пухлини шкіри є огляд хворого. При цьому оцінюється загальний стан хворого, звертається увага на стан шкіри та слизових оболонок.

Огляд починається з ураженої ділянки і зони можливого метастазування. Необхідно пам'ятати, що локальне ураження може бути окремим метастазом пухлини, що локалізується в іншому місці, можливе синхронне виникнення множинних пухлин. Крім того, повний огляд хворого дозволяє виявити супутню патологію, що може вплинути на обсяг обстеження та лікування.

При ураженні пухлиною покривних тканин (шкіри, слизових оболонок), огляд є одним з основних методів обстеження. Освітлення при огляді повинне бути за можливості натуральним. Це дозволяє отримати правильну уявлення про розповсюдженість і локалізацію морфологічних елементів, які зручніше розглядати за допомогою простої ручної лупи з 7-кратним збільшенням або бінокулярної лупи з 5 - 40-кратним збільшенням. При огляді виявляють наявність підозрілого новоутворення, підвищеного ороговіння шкіри, кольору покривних тканин, в ділянці пухлини та навкруги неї, вид, локалізація і розміри новоутворення, близькість до життєво важливих органів. Визначається наявність звирозкувань, появу без явних причин тріщин на шкірі та слизових оболонках а також кров'янисто-гнійних виділень з новоутворення. Уточнюється час появи новоутворення, його динаміка. Так, прогресуюче збільшення інфільтрату, виразки, які не зменшуються після усунення причин їх виникнення, дозволяють запідозрити наявність злоякісної пухлини.

Для диференційної діагностики пігментних пухлин шкіри важлива роль відводиться методу епілюмінесцентній мікроскопії (дерматоскопії). Метод ґрунтується на застосуванні лупи ($\times 10-30$) з встроєною підсвіткою та використанні імерсійного масла, що дозволяє проводити огляд усіх шарів епідермісу та дерми.

В оглядах, доступних пальпації, рисами, що характеризують пухлину, є бугриста поверхня, щільна консистенція, як правило – безболісність і більш чітка форма та межі затвердіння, ніж, наприклад, в осередку запального походження. Пальпація дозволяє визначити розміри та форму пухлини, її консистенцію, рухомість, зв'язок з оточуючими тканинами, болісність, наявність звирозкувань, інфільтратів та допомагає з'ясувати, з якого органу вона виходить.

Обов'язковою є пальпація зон можливого метастазування пухлини, в першу чергу - лімфатичних вузлів. Пальпацію лімфовузлів слід проводити в

положенні хворого як стоячи, так і лежачи. Рекомендується одночасна пальпація обома руками симетричних сторін. Лімфатичні вузли, уражені метастазами, зазвичай щільніші, ніж здорові, збільшені, округлої форми, іноді бугристі, безболісні, мають чіткі межі, можуть бути спаяними з оточуючими тканинами та іншими лімфовузлами. Розташування їх часто буває несиметричним, вони розташовуються ланцюжком, в далекозаянбаній стадії досить часто зливаються в конгломерати. Нерідко серед нормальних лімфатичних вузлів в пахвовій, пахвинній та інших областях можна пропальпувати поодинокий метастатичний щільний та безболісний вузол.

Біопсія пухлин шкіри

Біопсія пухлин шкіри виконується лише для підтвердження раку шкіри. У разі підозри на меланому виконання біопсії протипоказане.

Існує кілька способів взяття зразка пухлинної тканини. Вибираючи відповідний, враховують ряд факторів, включаючи практичні навички лікаря, розмір і локалізацію пухлини, клінічний діагноз і косметичний дефект. Слід також пам'ятати, що при висіченні тканини електрохірургічними інструментами порівняно велика частина матеріалу піддається коагуляції і стає непридатною для дослідження, в той час як при використанні радіохвильового методу площа коагуляційного некрозу значно менше. Всі зразки, в тому числі зразки доброякісних пухлин, підлягають морфологічному дослідженню.

Цитологічне дослідження пухлин дає змогу оцінити належність їх до злоякісних на основі вивчення клітинного матеріалу, гістологічне – тканинного.

У залежності від способу отримання матеріалу для цитологічного дослідження виділяють ексfolіативний (цитологію злущених матеріалів) і неексfolіативну (аспіраційну) цитологію.

При біопсії шкіри й підшкірних тканин зазвичай досить місцевої анестезії. Використовують 1% лідокаїн або суміш лідокаїну з адреналіном в розведенні 1:100000. Проводячи анестезію кисті, стопи, пальців рук і ніг, статевого члена, вушної раковини і кінчика носа, препарати, що містять адреналін, намагаються не використовувати. Голку 30 g направляють перпендикулярно до поверхні шкіри і вводять у глибокі шари дерми. Препарат вводять повільно, у мінімальному обсязі, необхідному для знеболювання.

Види біопсії при ураженні шкіри:

1. Тонкий зріз («бритвенну» біопсію) роблять скальпелем, направляючи лезо по дотичній до поверхні шкіри. Зрізають тільки епідерміс і верхній шар дерми, рану не шивають. Цим методом можна повністю видалити поверхневу пухлину малих розмірів, а з більших взяти зразок тканини. Спосіб застосовується тільки для новоутворень, що ушкоджують епідерміс і поверхневі шари дерми.

2. Пункційну біопсію проводять за допомогою спеціальних голок діаметром 1-6 мм. При цьому отримують стовпчик зі шкіри і підлеглих тканин. Цим способом краще всього брати зразки тканини з великих пухлин. Рану не вшивають.

3. Інцизійна біопсія - висічення частини великого новоутворення з захопленням всіх шарів шкіри (епідермісу, дерми і підшкірної клітковини) для постановки гістологічного діагнозу. Після інцизійної біопсії рану вшивають.

4. Тотальна біопсія (ексцизійна) - видалення новоутворення цілком з подальшим гістологічним дослідженням. У цьому випадку також захоплюють всі шари шкіри.

Для звичайного гістологічного дослідження зразок поміщають в 10% розчин формаліну. Стандартно фіксовані препарати не придатні для гістохімічних, цитохімічних, імуногістохімічних і електронномікроскопічного досліджень.

Для електронної мікроскопії використовується буфер – глутаральдегід, а перед проведенням імунофлуоресцентного дослідження зразок пухлини повинен бути негайно заморожений чи поміщений у спеціальний транспортний буферний розчин.

Незважаючи на те, що гістологічна картина найчастіше тільки підтверджує клінічний діагноз, на підставі морфологічних змін можна поставити тільки попередній діагноз. Тому направлення матеріалу на морфологічне дослідження повинне супроводжуватися детальним описом клініки захворювання і при необхідності включати навіть дані диференціальної діагностики.

Дослідження операційного матеріалу дозволяє уточнити або змінити клінічний діагноз. У разі виконання операції після неoad'ювантної променевої або медикаментозної терапії патоморфолог може визначити ступінь ефективності застосованого лікування за такими показниками, як зміна структури пухлини, характер реакції стромы, число мітотичних фігур, гістохімічні критерії.

Слід підкреслити, що діагностична цінність результатів гістологічного дослідження не є абсолютною і часто залежить від того, наскільки точно і правильно взята біопсія. Тому її негативний результат при наявності відповідних клінічних даних не дозволяє повністю відкидати діагноз пухлини.

У сумнівних випадках проводять повторні біопсії.

СЛОВНИК ЕПОНІМІВ ЗА ТЕМОЮ ЗАНЯТТЯ

(словник містить назви та тлумачення симптомів і хвороб, які мають безпосереднє відношення до теми заняття або можуть бути у нагоді при диференційній діагностиці)

АРЦИНГА КАРЦИНОИД (ARNING). Епітеліальна пухлина, що виникає переважно у жінок, рідше у дітей. Захворювання розпочинається з появи червоних щільних вузликів, що зливаються у бляшки округлих контурів із запалими краями. Поступово відбувається зворотний розвиток пухлини з утворенням атрофії шкіри.

БАРРЕ – МАССОНА ПУХЛИНА (BARRE – MASSON). *Синоніми: ангіоневрома, гломангіома, клубочкова пухлина артеріовенозних анастомозів.*

Пухлина розвивається з судинних глобусів, а також із хеморецепторів. Відноситься до зрілих судинних пухлин. Частіше всього локалізується під нігтями, рідше в шкірі, м'якоті пальців, долонях, м'язах, у внутрішніх органах. Хворіють частіше жінки. Основний симптом – різкий, нестерпний біль, який посилюється від найменшого холоду, іррадіює в передпліччя, плече, шию. Больовий синдром може передувати появі пухлини. Вона округлої форми від 0,5 до 2 см, інкапсульована, добре відмежована. Шкіра над пухлиною має рожевате забарвлення з фіолетовим відтінком, при локалізації в ложі нігтя пухлина просвічується через ніготь. Гістологічно розрізняють невроматозний, епітеліоїдний та ангіоматозний типи.

БОУЕНА ХВОРОБА (BOWEN). *Синонім: внутріепідермальна епітеліома.*

Пухлиноподібні утворювання різноманітної форми: диски блідо-рожевого кольору, іноді виступаючі утворювання у вигляді чечевиці. Гістологічно визначають дискератоз, гіперкератоз, вакуолізовані, гігантські багатоядерні клітини, патологічні мітози. У другому періоді хвороби порушується цілісність базального слою шкіри, з'являються інфільтруючий в глибину ріст та метастазування. Буровато-червоні плямисто-вузелкові утворювання звеличуються, покриваються кірочкою, звиразкуються, в подальшому формуються бородавчате утворення, яке носить назву рака Боуена. Зустрічається в молодому і літньому віці, асоціюється з ВПЛ-6 і ВГТЛ-11 і є дуже великим варіантом загостреної кондиломи, що утворюється в результаті злиття елементів. Зазвичай вражає головку статевого члена і крайню плоть, рідше - ствол статевого члена. Частота її по відношенню до плоскоклітинного раку статевого члена оцінюється в 5-16%. Велетенська кондилома також вражає жіночі статеві органи, періанальну, аноректальну, пахвову ділянки, рідше - обличчя, слизову оболонку порожнини рота і т.п.

БРУКА СИНДРОМ (BROOKE). Симетрична пухирчаста залозиста епітеліома обличчя (аутосомно-домінантне спадкоємство): зазвичай на лобі, повіках, щоках або на носі з'являються блідо-жовті висипання, що іноді нагадують невеликі пухлини; нерідко комбінується з гемангіомою, зубними кістами, фібромами яєчників; у крові гиперхолестеринемія. Хворіють переважно дівчатка в період статевого дозрівання.

ГЕММЕЛА СИМПТОМ (GAMMER). Паранеопластична мігруюча еритема ("шкіра зебри"), що виникає несподівано за декілька місяців до появи ознак раку.

ГОРЛІНА – ГОЛЬЦЯ СИНДРОМ (GORLIN – GOLTZ). *Синоніми: невобазоцелюлярний синдром, синдром базальноклітинних невусів, синдром невоїдної клітинної епітеліоми.*

Захворювання, що має аутосомно-домінантний тип наслідування. Воно вражає шкіру (первинно-множинний базальноклітинний рак, дрібні поглиблення на долонях і підшвах), скелет (одонтогенні кісти нижньої щелепи, кіфосколіоз та ін.), а також інші органи - м'які тканини, очі, центральну нервову систему, залози внутрішньої секреції. Характеризується поєднанням безлічі вогнищ поверхневої базаліоми з ендокринними, психічними порушеннями і патологією кісткового скелета.

ДАР'Є ПУХЛИНА (DARIER). *Синонім: вибухаюча дерматофібросаркома Дар'є.*

Пухлина з'являється у вигляді плоских бляшок з виступаючими над ними вузликами, покритими незміненою шкірою. При збільшенні вузликів вони набувають фіолетового або синьо-коричневого відтінку, іноді ерозуються та кровоточать, на дотик болісні та дуже щільні. Пухлина локалізується переважно на черевній та грудній стінках. Метастазує рідко, рецидивує після висічення.

ДЮБРЕЯ МЕЛАНОЗ (DUBREUILH). У жінок в похилому віці на обличчі, грудях та кистях рук з'являються пігментні плями темно-коричневого кольору, розміром від чечевиці до дитячої долоні. Шкіряний малюнок збережено. Іноді розвивається гіперкератоз, папіломатоз. Ріст повільний, можлива малігнізація.

КАПОШИ САРКОМАТОЗ (KAPOSI). *Синоніми: множинний геморагічний саркоматоз Капоши, синдром Капоши, пігментна ангіосаркома, акросаркома Унна (Unn) – Капоши, шкірна ангіоепітеліома.*

Множинні вузлики, розташовані симетрично в області дистальних відділів кінцівок. Плями, вузлики, бляшки, ущільнення різного розміру синюватого, червоно-коричневого кольору, округлої або неправильної форми, злегка виступають над рівнем шкіри. Вузлики зливаються, звизраковуються, деякі з них мають бородавчатий вигляд. Крововиливи надають пухлині темно-

буре забарвлення. Загальний стан довго не страждає. Через декілька років може наступити генералізація процесу, яка проявляється метастазами в лімфатичні вузли та внутрішні органи. Хворіють частіше чоловіки в віці 50 - 70 років. Гістологічні інфільтрати складаються із плазматичних елементів, гістіоцитів, фібробластів. Характерна наявність крововиливів, значні відкладення гемосидерину, дрібні тяжі із ендотеліальних клітин, серед яких помітні щільні з еритроцитами. В пухлинній стадії виявляють клітинний атипізм та мітотичні фігури. Гістогенез пухлини не вивчений. Захворювання розглядають як ангіоматоз в саркоматозній стадії процесу.

КАУДЕНА СИНДРОМ. *Синонім: хвороба Каудена.*

Проявляється у віці від 4 до 75 років, в половині випадків - до 40 років. Чоловіки хворіють частіше. Характеризується множинними гамартомами (нейроектодермального, мезодермального і ектодермального походження) у асоціації із злоякісними пухлинами молочної (нерідко двосторонніми), щитовидної залоз, шлунково-кишкового тракту (стравохід, дванадцятипала і ободова кишка і т. д.), передміхурової залози, матки. При хворобі Каудена також виявляються кістозно-фіброзна мастопатія з ранньою злоякісною трансформацією (у чоловіків - гінекомастія), зоб, поліпоз шлунково-кишкового тракту. Ураження центральної нервової системи проявляється розумовою відсталістю, епілепсією такими пухлинами, як невріноми, гангліоневроми, менінгіоми. Можуть спостерігатися порушення менструального циклу, порушення опорно-рухової системи (збільшення розміру черепа, кіфосколіоз, готичне небо)

КЕЙРА СИНДРОМ (QUEYRAT). *Синоніми: еритроплазія Кейра, хвороба Кейра, виразково-мембранозний баланіт.*

На голівці статевого члена утворюються множинні, різко відмежовані блідо-рожеві плями. Часто епітелій злущується і в цих місцях виникають поверхові некровоточиві виразки. Перебіг тривалий. Подібна картина іноді виникає на слизових оболонках порожнини рота, гортані.

ЛЕВАНДОВСЬКОГО – ЛЮТЦА ВЕРУЦИФОРМНА ЕПІДЕРМО – ДИСПЛАЗІЯ. Див.: **ЛЬОВАНДОВСЬКОГО – ЛЮТЦА ВЕРУЦИФОРМНА ЕПІДЕРМО – ДИСПЛАЗІЯ.**

ЛЕЗЕРА – ТРЕЛА СИМПТОМ (LESER – TRELAT). *Синонім: симптом Трела.*

Утворювання ангіом, бородавок, пігментних плям у осіб похилого та схильного віку. Являється передвісником злоякісних новоутворювань шкіри.

ЛЕФГРЕНА СИНДРОМ (LOVGREN). Поєднання білатерального збільшення лімфатичних вузлів в легеневих гілках з вузлуватою еритемою і поразкою суглобів. Зустрічається при гострому саркоїдозі. Початок раптове, підвищується температура тіла, погіршується загальний стан, на шкірі

утворюються вузлуваті ущільнення (плями) діаметром 1-10 см, в центрі - почервоніння, болісність, шкіра навколо гаряча на дотик. Ущільнення залишаються на шкірі від 2 - 4 тижнів до декількох місяців, розсмоктовуються без утворення рубців. Разом з припуханням і болісністю суглобів часті гранулематозні ураження печінки і селезінки, а також очей (кератити, іридоцикліти) і нервової системи (менингіти, менингоенцефаліт). Рентгенологічно визначається двостороннє збільшення прикорених лімфовузлів, рідше - дисеміновані дрібновонощицеві зміни в легенях.

ЛІТТЛЯ ПЕДЖЕТОЇДНА ЕПІТЕЛІОМА (E. G. G. LITTLE)

Синоніми: Множинна поверхнева епітеліома. Еритематоїдна епітеліома Литтля. Множинний карциноїд шкіри.

На тулубі, рідше на обличчі і кінцівках, розвиваються множинні розсіяні округлі бляшки червонясто-фіолетового або коричневого кольору, покриті лусочками і кірочками. Край бляшки чітко відмежований від нормальної шкіри злегка підведеним вузьким валиком, а в центрі настає спонтанне зникнення процесу з утворенням поверхневих атрофічних рубців і телеангіоектазії. Суб'єктивні відчуття відсутні або виражаються незначним шкірним свербіжем. Зрідка пухлина покривається виразками і переходить в злоякісну. Течія процесу затяжна, багаторічна. Гістологічно в шкірі виявляють поверхневі мультицентричні базаліоми. Лікування хірургічне або променева терапія; діатермокоагуляція. Хворі повинні знаходитися під наглядом онколога.

ЛЬОВАНДОВСЬКОГО – ЛЮТЦА (ЛЕВАНДОВСЬКОГО – ЛЮТЦА) ВЕРУЦИФОРМНА ЕПІДЕРМО -ДИСПЛАЗІЯ (ЕВЛЛ) (LEWANDOWSKY, LUTZ). *Синоніми: епідермодисплазія бородавчаста, генералізована бородавчастість, Verrucosis generalisata, verrucae diskeratoticae.*

Рідкісне, аутосомно-рецесивне спадкове захворювання з унікальною схильністю до інфікування шкіри специфічними різновидами ВПЛ. Проявляється в ранньому дитинстві. У хворих ЕВЛЛ виділено декілька типів ВПЛ, які можна розділити на дві групи: 1) з високим онкогенним потенціалом - 5, 8 і 47-й типи, які виявляються в 90% плоскоклітинних раків шкіри, розвинутих на фоні вогнищ ЕВЛЛ; 2) з низьким злоякісним потенціалом - 3, 14, 20, 21 і 25-й типи, які зазвичай виявляються в доброякісних вогнищах ЕВЛЛ. Клінічно веруциформная епідермодисплазія Левандовського-Лютца характеризується безліччю плям і бородавок, головним чином плоского типу, які мають тенденцію до злиття і поширюються іноді на усю поверхню предплечий, гомілок, особи. В окремих випадках формуються ділянки обмеженого гіперкератозу, дисхромії, алопеції. У 30 - 50% хворих ЕВЛЛ, особливо на відкритих ділянках шкіри, розвиваються хвороба Боузна, бовеноїдний папулез з трансформацією в плоскоклітинний рак в 20 - 30% випадків, рідше базаліоми.

МАЛЕРБА – ШЕНАНТЕ ХВОРОБА (MALERB – SHENANTAIS)

Синоніми: епітеліома Малерба, солітарна ватніста епітеліома.

Доброякісне утворення із перемішених зачатків сальних залоз, матриксу волоса або волосяного мішку. Локалізується в підшкірній основі (частіше голови та шиї). Пухлина рухома, безболісна, шкіра над нею не змінена. Відомі сімейні випадки.

ПЕЙТЦА – ДЖИГЕРСА СИНДРОМ (PEUTZ – JEGHERS). Сімейний шлунково-кишковий поліпоз, що поєднується з пігментацією шкіри і слизових оболонок. Поліпи можуть бути не лише в тонкій кишці, але і в шлунку, товстій кишці, сечовому міхурі, бронхах. На обличчі, долонях нерідко слизовий оболонці виявляють шкірні пігментації у вигляді плямочок синьо - коричневого кольору. Пігментні плями можуть існувати вже в перші роки життя, а іноді і у новонароджених. Поліпоз кишковику розвивається пізніше (між 5 і 30 роками життя), викликаючи іноді симптоми повної або часткової непрохідності або інвагінації. Часто настає злоякісне переродження поліпів.

ПІНКУСА ФІБРОЕПІТЕЛІОМА (PINKUS) – дуже рідкісна форма базальноклітинного раку, що відрізняється гіперплазованою, набряклою, багатою мукоїдами стромою, в якій розташовані тонкі анастомозуючі між собою тяжі базалоїдних клітин. Клінічно деякі автори вважають його різновидом нодулярного, рідше нодулярно-кістозного базальноклітинного раку. Фіброепітеліома є зазвичай поодиноким, плоским, помірно щільним, гладким вузлом кольору нормальної шкіри або злегка еритематозний, що нагадує дерматофіброму, або бляшку себорейного кератозу. Локалізується зазвичай на тулубі, частіше в ділянки спини, попереково-куприкової зони, рідше на кінцівках: стегнах, підшвах. Може поєднуватися з себорейним кератозом, поверхневим базальноклітинним раком.

ПІНКУСА (PINKUS) ПОРОМА ЕККРИННАЯ - доброякісна пухлина інтрадермальної частини протоки мерокриної (еккриної) потової залози. Виникає у осіб обох статей у віці 40-50 років. Клінічно характеризується солітарним утворенням у вигляді щільної бляшки, рідко буває множинною. Діаметр пухлини варіює від 1 до 2 см, колір - від соковито-рожевого до темно-коричневого, поверхня гладка або гіперкератотична. При пальпації відчувається болісність, а при травматизації можуть виникнути кровоточивість, виразка. Локалізується, як правило, на підшовних поверхнях стоп, на долоні, внутрішніх поверхнях пальців кистей. Гістологічно виявляють проліферацію базалоїдноподібних клітин, але більших, з дрібними інтенсивно забарвленими ядрами, що зливаються між собою і формують великі ділянки пухлинної тканини. Діагноз ґрунтується на клінічних і гістологічних даних. Диференціальний діагноз проводять з підшовною і вульгарною бородавками, старечою кератомою, себорейним кератозом, базаліомою, еккриною спіраденомою.

ПРИНГЛЯ – БУРНЕВИЛЛЯ ХВОРОБА (BOURNEVILLE – PRINGLE). *Синонім: туберозній склероз.*

Захворювання дизонтогенетичної природи, що успадковується за аутосомно-домінантним типом. Зміна сальних залоз при ньому не є аденомою в істинному розумінні цього терміна, а скоріше відноситься до невоідних утворень. Шкірні прояви нерідко поєднуються з ураженням ЦНС (епілептичні припадки, розумова відсталість), очей, серця і т.д. У 88% випадків спостерігаються й інші зміни шкіри у вигляді лейкодермічних плям; пізніше з'являються «шагрєневі» бляшки (сполучнотканинні некуси), навколонігтьові ангіофіброми (пухлини Кеена), пігментні плями. Шкірні зміни характеризуються наявністю висипань у вигляді дрібних, тісно згрупованих (іноді вони зливаються), симетричних, множинних, щільних або м'яких, напівкулястих вузликів червонуватого кольору з жовтуватим або коричневим відтінком, що мають гладку, блискучу поверхню. Їх розміри варіюють від 1 до 10 мм у діаметрі. Вони відсутні при народженні і з'являються до 3-4 років, надалі їх кількість поступово наростає, але з юнацького віку не збільшується. Улюблена локалізація: ніс, щоки («метелик»), носогубні і підборідні складки, рідше - лоб.

ЦИНЗЕРА – КОУЛА – ЭНГЕМАНА СИНДРОМ (ZINSSER – COLE – ENGMAN). Паранеопластний синдром, що характеризується природженою дистрофією слизової оболонки стравоходу і шкіри, дисфагією, анемією, гіпогеніталізмом.

ШИММЕЛЬПЕННИГА – ФЕЙЕРШТЕЙНА – МИМСА СИНДРОМ (SHIMMELPENNING – FEJERSHTEJN – MIMS) *Синоніми: синдром лінійного сального некуса; синдром епідермального некуса; нейроектодермальні синдром; синдром шкіра-око-мозок-серце.*

Рідкісний природжений, імовірно сімейний і спадковий нейроектодермальний комплекс порушень. Проявляється сальними, рідше - іншими епідермальними і пігментними некусами, мають лінійну форму

ЯДАССОНА НЕКУС (JADASSOHN) *Синонім: Ядассона внутрішньодермальна епітеліома.*

Частий органоїдний епідермальний некус, обумовлений проліферацією і мальформацією в першу чергу сальних залоз, а також інших компонентів шкіри (епітеліальних клітин, волосяних фолікулів, сполучної тканини, апокринних залоз). Описаний А.Н. Mehregan і Н. Pinkus в 1965 р. Є результатом диференціювання плюрипотентних клітин у бік зрілих сальних і апокринних структур; саме плюрипотентної природою цих клітин пояснюють розвиток на його фоні інших пухлин придатків шкіри.

Аденокарцинома шкіри – злоякісна пухлина з придатків шкіри (потових або сальних залоз шкіри). У більшості випадків розвивається на обличчі або в шкірі повік, росте у вигляді крупної, часто ерозованої папули, іноді у вигляді екзофітного вузла з нечіткими межами. Досить складна для гістологічної трактовки. Про гістогенез пухлини еккринних структур можна судити лише при високому ступені диференціювання. Рідко метастазує, але схильна до місцевого рецидиву.

Аденома сальних залоз – досить рідкісне доброякісне новоутворення шкіри. Проявляється у чоловіків похилого віку у вигляді жовтуватого вузлика часточкової будови. Локалізується передусім на шкірі обличчя та волосистої частини голови. Мікроскопічно видно розділені строמוю часточки, що складаються з себоцитів та більш дрібних клітин росткової зони сальної залози.

Акроспірома еккринна – доброякісна пухлина потової залози, гістогенетично пов'язана з верхнім відділом внутрішньодермальної частини протока. Хворіють, як правило, жінки старше 50 років. Клінічно являє собою солітарний вузол – внутрішньодермальний, екзофітний або змішаного характеру діаметром 0,5 – 2 см або більше, напівшаровидної форми, щільно-еластичної консистенції, на широкій основі, покритий незміненою шкірою, іноді звиразкований. В 15 - 20% випадків спостерігаються виділення з пухлини прозорої рідини, приблизно в такому ж проценті випадків реєструється болісність.

Акроспірома еккринна злоякісна (синонім: **порокарцинома**) – внутрішньошкірний або екзофітний вузол, що виникає у людей похилого віку та повільно росте. Здатний до звиразкування, кровотечі, іноді до метастазування. Гістологічно характеризується наявністю елементів епідермоїдного та світлоклітинного раку. Від доброякісного аналогу відрізняється інвазивним ростом, розростанням клітин базалоїдного типу, поліморфізмом та гіперхроматозом ядер клітин епідермального компоненту. Росте повільно. Іноді досягає 7 – 8 см в діаметрі.

Акрохордон. Див.: **Ріг шкірний**

Атерома. Див.: **Кіста епідермальна.**

Базаліома. Див.: **Базальноклітинний рак шкіри.**

Базальноклітинний рак шкіри (синоніми: **базаліома, базальноклітинна епітеліома**) – злоякісна пухлина шкіри, має здебільшого місцево деструктивний характер росту. Походить з базального шару шкіри. Відзначається повільним ростом. Може проростати та руйнувати оточуючі тканини. Здебільшого зустрічається на обличчі. Описані поодинокі повідомлення про метастазування.

Бородавки - група пухлиноподібних утворень, що визиваються ДНК-вмісним вірусом папіломи людини (HPV) з сімейства Парова. Шлях передачі – контактний.

Бородавка венерична. Див.: Конділома гострокінцева.

Бородавка стареча. Див.: Кератома стареча.

Вада розвитку папіломатозна обмежена (синоніми: **бородавчастий гіперкератотичний, лінеарний, іхітозиформний, твердий, односторонній невус**) – рідкісне захворювання, що зустрічається у новонароджених дітей, може мати множинний характер. Клінічна картина характеризується виникненням, зазвичай уже у перші роки життя, бородавчастих папіломатозних розростань, що виявляються практично в будь-якій ділянці шкірного покрыву. В деяких випадках появі елементів новоутворення можуть передувати різні агресивні екзогенні дії на шкіру: механічна травма, опіки різної природи і т.ін. Морфологічно схожий з доброякісним плоскоклітинним кератозом. Відноситься до вад розвитку епідермісу і згідно з гістологічною класифікацією ВООЗ причислена до гамартом, чим підкреслюється її диємбріогенетичне походження.

Веррукома епітеліоподібна. Див. : Кератоакантома.

Вірус папіломи людини (HPV) – вірус з роду папілома вірусів сімейства паповавірусів. Передається лише від людини до людини і призводить до змін характеру росту тканин. Відомо більше 100 видів вірусу папіломи людини. Більше 40 з них можуть визивати ураження аногенітального тракту чоловіків та жінок та появу гострокінцевих конділом. Деякі з них непатогенні, інші викликають бородавки, деякі – рак.

Волосяного матрикса пухлина (синоніми: **епітеліома Малерба, що вапнується, епітеліома Малерба, що некротизується, трихоматриксоматоз**) – рідкісна, зазвичай поодинокі пухлина, що уражує людей будь-якого віку. Локалізація – голова, обличчя, верхня частина тулуба. Макроскопічно представляє собою інтрадермальний або підшкірний вузол щільної, іноді кам'янистої консистенції, може видавати хрусти при розрізанні. Роста повільно. Характерне самовилікування шляхом некрозу. Під мікроскопом, у більшості випадків, відзначається триада ознак: пласти з темних лімфоїдоподібних клітин базального типу, осередки клітин, що гинуть («тіней»), відкладення вапна (не завжди), ділянки, побудовані по типу грануляційної тканини з гігантськими клітинами сторонніх тіл, іноді з ознаками окостеніння.

Гідроаденома еруптивна. Див.: Сирінгома.

Гідроцистома. Див.: Сирінгома.

Гіперплазія протоків екринних залоз псевдокарциноматозна. Див.: Гіперплазія шкіри псевдокарциноматозна

Гіперплазія псевдоепітеліоматозна. Див.: **Гіперплазія шкіри псевдокарциноматозна**

Гіперплазія шкіри псевдокарциноматозна (синоніми: **псевдоепітеліоматозна гіперплазія, псевдокарциноматозна гіперплазія протоків екскринних залоз**) – патогістологічне поняття, що не має зазначеного макроскопічного вираження. При наявності клітинної атипії та поліморфізму у відносно глибоких акантонічних тяжках і пластах що форму нелегко диференціювати від плоскоклітинного раку. Це вторинний процес, що розвивається у відповідь на ураження епідерміса (ерозія або виразка, шкірний ріг, епідермоїдний рак та ін.) або дерми (грибовидний мікоз, зернистоклітинна пухлина та ін.); передусім проліферують клітини протоків екскринних залоз та піхви волосяних фолікулів, а не самого епідермісу; акантонічні тяжі ніколи не досягають підшкірної жирової клітковини, клітинна атипія та поліморфізм якщо і є, то виражені помірно і торкаються периферійних шарів епітеліальних комплексів, ядра в епітеліоцитах вказаних комплексів не збільшені, фігур мітозу мало, патологічний мітоз не зустрічається, часточки кератину і рогові «перлини» зустрічаються рідко, в тканинах, оточуючих епітеліальні комплекси, формуються грануляційна тканина і іноді гранульоми.

Дискератоз фолікулярний ізольований. Див.: **Кіста епідермальна.**

Дискератома бородавчаста. Див.: **Кіста епідермальна.**

Епітеліома базально-клітинна. Див.: **базальноклітинний рак шкіри.**

Епітеліома контагіозна. Див.: **Молюск контагіозний.**

Кератоакантома (синоніми: **псевдокарциноматозний молюск, сальний молюск, епітеліоподібна веррукома**) – поліетіологічне захворювання, що може бути визване вірусом папіломи людини 9, 16, 19, 25, 37 типів. Здебільшого хворіють люди старше 50 років. Діти не хворіють. Люди негроїдної та монголоїдної рас хворіють досить рідко. У більшості пацієнтів кератоакантома росте швидко та досягає 2,5 см протягом декількох неділь. Взагалі діаметр ушкодження коливається в межах 1 – 10 см. Локалізація – щоки, ніс, вухні раковини, тильна поверхня кісті. Макроскопічно представляє собою поодинокий напівсферичний вузол з роговою пробкою в центрі. Множинні вузли зустрічаються рідко. Через 2 – 8 місяців, іноді – через 1 – 3 роки настає самовилікування від кератоакантоми з утворенням рубця. Зустрічаються рецидиви, зрідка – малігнізація. Під мікроскопом визначаються: епідермальний «комірець», що нависає над «роговим кратером», а також акантом, дискератоз, паракератоз, «перлини», лімфоїдно-макрофагальна інфільтрація строми з ділянками плазматичних клітин, а іноді і гігантських клітин сторонніх тіл. В епітеліоцитах акантозних тяжів зустрічається багато глікогену. Слід диференціювати від простої бородавки, сонячного кератозу та плоскоклітинного раку.

Кератоз актинічний. Див.: Кератоз сонячний.

Кератоз променевий. Див.: Кератоз сонячний.

Кератоз себорейний. Див.: Кератома стареча.

Кератоз сонячний (синоніми: старечий кератоз, актинічний кератоз, променевий кератоз) – географічна патологія, притаманна лише представникам європеїдної раси і пов'язана з інтенсивним сонячним опроміненням в південних широтах. Частіше хворіють чоловіки середнього віку. Макроскопічно являє собою жовтувато-коричневий або рожевий висип або папули діаметром менше 1 см, які зберігаються на відкритих частинах шкіри багато місяців, іноді – роки. Можлива малігнізація. Під мікроскопом видно гіперплазію та дисплазію епідермісу, крупні клітини базального шару, дискератоз та паракератоз.

Кератоз старечий. Див.: Кератоз сонячний.

Кератоз фолікулярний інвертований (синонім: фолікулярна кератома) – рідкісна поодинокі інтрадермальна пухлина, що росте на обличчі чоловіків похилого віку. Під мікроскопом видно великі акантонічні тяжі з «перлинами» та/або осередки пілоїдного диференціювання. Слід диференціювати від бородавок і екскринної пороми.

Кератопапілома. Див.: Кератома стареча.

Кератома рогова. Див.: Ріг шкірний.

Кератома стареча (синоніми: себорейний кератоз, базально-клітинна папілома, стареча бородавка, кератопапілома, себорейний невус Унни, сенільна кератома Унни) – досить розповсюджене захворювання. Зустрічається у осіб старше 30 років, частіше у чоловіків. Характеризується гіперкератозними, часто - пігментованими бляшками та вузликами. Ураження нерідко бувають множинними. Округла, бурувата або чорна бородавчаста папула або бляшка діаметром 0,5 – 6,0 см містить дрібні рогові кісти, що відкриваються в дрібнесьнік устя, які видно під лупою на поверхні бляшки. Ці кісти – колишні волосні фолікули.

Кератома фолікулярна. Див.: Кератоз фолікулярний інвертований.

Кіста епідермальна (синоніми: міліум, атерома, ретенційна кіста, епідермоїдна кіста, ізольований фолікулярний дискератоз, бородавчаста дискератома) – найбільш розповсюджена різновидність кіст шкіри. Ураження характерне для чоловіків та жінок молодого та середнього віку. Макроскопічно являє собою інтрадермальну тонкостінну кісту діаметром 0,5 – 5,0 см, заповнену роговими масами, ліпідами, іноді відкладенням вапна. Схильна до нагноєння.

Кіста епідермоїдна. Див.: Кіста епідермальна.

Кіста потової залози. Див.: Сирінгома .

Кіста ретенційна. Див.: Кіста епідермальна.

Кісти шкіри – замкнуті порожнисті утворення шкіри. Вистелені епідермісом або епітелієм придатків шкіри та заповнені вмістом різної консистенції (істинна кіста). У хибних кіст епітеліальна вистілка відсутня.

Конділома гострокінцева (синонім: **венерична бородавка**) – пухлиноподібне ураження шкіри статевих органів, промежини, області заднього проходу. Зовні часто нагадує цвітну капусту. Схожа за будовою до доброякісного плоскоклітинного кератозу, від якого відрізняється відсутністю гіперкератозу.

Міліум. Див.: **Кіста епідермальна**.

Молюск заразливий. Див.: **Молюск контагіозний**.

Молюск контагіозний (синоніми: **заразливий молюск, контагіозна епітеліома, бородавчаста пухлина шкіри**) – досить рідкісне ураження епідермісу, викликане ДНК-вмісним вірусом (MCV 1-го та 2-го типів) із сімейства поксвірусів. Шлях передачі - контактний. Визнаним фактором ризику є наявність імунodefіциту. У ВІЛ-інфікованих хворих виявляють сотні вузликів. В центрі таких шкірних уражень зустрічається вдавнення, заповнене роговими масами. Контагіозний молюск звичайно проходить самостійно. Під мікроскопом осередок контагіозного молюска представляє собою грушеподібне вклинення гіперплазованого епідермісу в дерму. В центрі осередку містяться множинні еліпсоїдні тільця діаметром 35 мкм, що знаходяться поза клітинами або в цитоплазмі кератиноцитів зернистого і рогового шарів. Колір тілець варіює від червоного до блакитного, всередині їх містяться багаточисленні віріони MCV. Контагіозний молюск слід відрізнити від бородавок, гострокінцевої кондиломи, кератоакантоми.

Молюск псевдокарциноматозний. Див.: **Кератоакантома**.

Молюск сальний. Див.: **Кератоакантома**.

Невус бородавчастий гіперкератотичний. Див.: **Вада розвитку папіломатозна обмежена**.

Невус лінійний. Див.: **Вада розвитку папіломатозна обмежена**.

Невус іхітозиформний. Див.: **Вада розвитку папіломатозна обмежена**.

Невус сальних залоз (синонім: **невус Ядассона**) – рідкісна вроджена вада розвитку. Зазвичай виявляється на волосистій частині голови, рідко – на обличчі у вигляді тонкої, м'якої помаранчевої пляшки діаметром 1 – 2 см. Приблизно у 10% хворих на місці невуса сальних залоз розвивається базально-клітинний рак. Під мікроскопом ця вада характеризується наявністю великої кількості зрілих сальних залоз, а також епідермальних кіст, розширених потових залоз та незрілих волосяних фолікулів.

Невус твердий. Див.: **Вада розвитку папіломатозна обмежена**.

Невус односторонній. Див.: **Вада розвитку папіломатозна обмежена**.

Базально-клітинна папілома. Див.: **Кератома стареча**.

Папілома плоскоклітинна. Див.: **Плоскоклітинний кератоз доброякісний.**

Папілома з кератозом. Див.: **Плоскоклітинний кератоз доброякісний.**

Папіллома епідерміса. Див.: **Плоскоклітинний кератоз доброякісний.**

Пілокарцинома. Див.: **Рак з елементів волосяного фолікула.**

Плоскоклітинний кератоз доброякісний (синоніми: **плоскоклітинна папілома, папілома з кератозом, папіллома епідерміса**) – часте захворювання, притаманне будь-якому віку. Припускається вірусна етіологія (вірус папіломи людини) хвороби. Макроскопічно представляє собою папулу, іноді пігментовану, іноді множинну. Локалізація будь-яка, частіше – на тулубі. Росте повільно. Зустрічаються рецидиви, але майже ніколи не малігнізується. Під мікроскопом характеризується тріадою ознак: папільозом, акантозом та гіперкератозом. Гіперплазований епідерміс зберігає пошарове диференціювання, але товщина шарів здебільшого змінена.

Пухлина шкіри бородавчата. Див.: **Молюск контагіозний.**

Порома – групова назва доброякісних новоутворень, що виходять з вистілки протоків потових залоз. Може виникати у будь-якому місці, проте частіше зустрічається на нижніх кінцівках, у осіб будь-якої статі, частіше після 50 років. Макроскопічно у більшості випадків – це безболісна папула діаметром 1-3 см, що повільно росте, має еластичну консистенцію, іноді – звиразкована. Виділяють внутрішньоепідермальний (проста гідракантома) та внутрішньодермальний (пухлина термального протока) варіанти пороми.

Рак з елементів волосяного фолікула (синоніми: **пілокарцинома, рак з пілоїдним диференціюванням**) – настільки рідкісне новоутворення, що визначити закономірності його розподілу за різними ознаками не вдається. Від епідермального раку відрізняється наявністю в пластах пухлинної паренхіми осередків пілоїдного диференціювання, крупних світлих клітин типу елементів зовнішньої кореневої піхви волосяного фолікула і гіалінових мембран, що оточують пласти.

Рак з пілоїдним диференціюванням. Див.: **Рак з елементів волосяного фолікула.**

Рак потових залоз – рідкісна пухлина, що важко діагностується. Утруднення обумовлені відсутністю чіткої клінічної специфіки і локалізації процесу, а також подібністю до доброякісних уражень потових залоз. Рак, що росте як малігнізована доброякісна екскринна пухлина (акроспірома або порома), зберігає деякі риси її специфічних гістологічних ознак. Її клінічне протікання, як правило, більш сприятливе, аніж у первинного раку потових залоз, що проявляється у формі аденокарциноми. Гістологічна класифікація раку потових залоз складна та включає 11 різновидностей.

Рак сальних залоз (синонім: **світлоклітинний рак шкіри**) – зустрічається надзвичайно рідко. Хворіють люди похилого віку. Локалізація будь-яка. Переважає виразково-інфільтративна форма росту. Мікроскопічно представлена як солідними комплексами, що обумовлюють інвазію і сформовані з крупних поліморфних себоцитів з пінистою цитоплазмою, так і дрібними клітинами з поодинокими краплинними включеннями жиру. Зустрічаються фігури мітозу. Місцями пухлина нагадує ліпосаркому, з якою її слід диференціювати в першу чергу.

Рак шкіри – узагальнююча назва злоякісних епітеліом шкіри. Зазвичай уключають усі злоякісні новоутворення епідермального походження: базаліома (рак, що розвивається з базальних клітин епітелія шкіри), сквівамозно-клітинна карцинома (плоскоклітинний рак), меланома (пухлина нейроектодермального походження). Враховуючи деякі особливості меланоми, сьогодні рак шкіри прийнято ототожнювати з немеланомним раком.

Рак шкіри світло клітинний. Див.: **Рак сальних залоз.**

Ріг шкірний (синоніми: **рогова кератома, акрохордон, фиброкератома Унни, кератома Унни**) – конічне або паличкоподібне утворення шкіри довжиною від декількох міліметрів до 2 – 3 см. Зустрічається досить рідко. Частіше виникає на обличчі або волосистій частині голови. Віддалені результати прогресії варіюють від рідкісних спостережень спонтанного самовилікування до досить швидкої малігнізації.

Сирінгома (синоніми: **еруптивна гідроаденома, гідроцистома, кіста потової залози**) – доброякісна пухлина, що виходить з внутрішньо епідермальної частини протока екринної потової залози. Деякі дослідники відносять її до вад розвитку. Частіше буває у жінок. Нерідко зустрічаються сімейні випадки захворювання. Пухлина зазвичай множинна. Улюблена локалізація – повіки, обличчя, пахвові ділянки, пупок, верхня частина тулуба, вульва.

Спіраденома екринна – рідкісна доброякісна пухлина екринної потової залози. Хворіють чоловіки та жінки віком після 50 років. Пухлина буває множинною. Росте на волосистій частині голови, зрідка – в інших місцях, окрім долоней та підшв. Макроскопічно являє собою маленький, рідше – крупний вузол в дермі, покритий незміненою шкірою. Може виступати над рівнем шкіри, мати ножку та ерозивну поверхню. Під мікроскопом при солідному варіанті диференціювання в шарах пухлинної паренхіми, що мають шароподібну або неправильну форму, визначаються два типи клітин – світлих, з мізерною цитоплазмою, та темних, дрібних, лімфоцитоподібних, що лежать зазвичай по контуру шарів. Строма пухлини розвинута слабо, вміщує лімфоїдні інфільтрати. Окрім того, розрізняють залозистий, циліндричний, тубулярний та

змішаний варіанти цього новоутворення. Еккринну спіраденому слід диференціювати від базально-клітинного раку, гідроаденоми, циліндрому.

Трихоепітеліальний невус. Див.: Трихоепітеліома.

Трихоепітеліома (синонім: трихоепітеліальний невус) – доброякісна пухлина, зустрічається у осіб будь-якої статі здебільшого в період статевого дозрівання. Локалізація будь-яка. Макроскопічно представляє собою декілька папул, іноді – єдину бляшку. Мікроскопічно паренхіма трихоепітеліоми складається з порочно розвинутих волоссяних фолікулів, епідермальних кіст та солідних пластів, побудованих з світлих клітин, аналогічних зовнішнім елементам кореневої піхви волоссяного фолікула. Всередині кіст зустрічаються маси кератину та вапна.

Трихолеммома – рідкісна доброякісна пухлина, що росте у вигляді вузла невеликих розмірів і помірної щільності. Локалізація – перед усім волосиста частина голови, рідко – інші місця. Як складова синдрому Каудена (синонім – хвороба Каудена), що є комплексом уроджених аутосомно-домінантних аномалій у жінок, може у вигляді папул з'явитися на обличчі та губах. Під мікроскопом відрізняється від трихоепітеліоми лише переважанням солідних пластів паренхіми, побудованих з крупних світлих клітин, що містять глікоген. Зазвичай ці пласти оточені розвинутою «скловидною» мембраною. Трихолеммому слід диференціювати з трихоепітеліоною та усіх її споріднених форм.

Трихоматриксама. Див.: Волоссяного матрикса пухлина.

Плоскоклітинний рак шкіри – злоякісна пухлина шкіри, що характеризується інвазивним ростом та високим метастатичним потенціалом. Гістологічно складається з атипових клітин, що нагадують шипуваті. Може локалізуватися на будь-якій ділянці шкіри.

Порокарцинома. Див.: Акроспірома еккринна злоякісна.

Затверджено
 наказом Міністерства охорони здоров'я
 від 17.09.2007 № 554

Локалізація: Базальноклітинний рак шкіри (МКХ-10 C44)

Таблиця №1: Стандартне обстеження хворих

	Терміни обстеження	ЛПЗ, загальнолікарняної мережі	Консультативна поліклініка спеціалізованої установи	Стационар спеціалізованої установи
Обстеження первинних хворих	до 3 днів	1. Фізикальне обстеження 2. Лабораторне дослідження крові (загальний, біохімічний аналіз, коагулограма, RW, ВіП) та сечі 3. ЕКГ 4. УЗД органів черевної порожнини та заочеревинного простору. 5. Обстеження в області щорічного онкопрофілю	до 8 днів	до 10 днів
	Обсяг обстежень	1. Фізикальне обстеження 2. Рентгенографія ОЧП, КТ при необхідності.. 3. УЗД регіонарних лімфатичних вузлів. 4. Цитологічне та морфологічне обстеження пухлини 5. Радіоізотопне обстеження – за показами. 6. При підозрі на регіонарне метастазування цитологічне та морфологічне дослідження лімфатичного вузла. 7. Консультації хірурга-онколога, хіміотерапевта, радіолога, терапевта, анестезіолога	1. Фізикальне обстеження 2. Рентгенографія ОЧП, КТ при необхідності.. 3. УЗД регіонарних лімфатичних вузлів. 4. Цитологічне та морфологічне обстеження пухлини 5. Радіоізотопне обстеження – за показами. 6. При підозрі на регіонарне метастазування цитологічне та морфологічне дослідження лімфатичного вузла. 7. Консультації хірурга-онколога, хіміотерапевта, радіолога, терапевта, анестезіолога	1. Фізикальне обстеження 2. Лабораторне дослідження крові та сечі (контроль) 3. Стандартне обстеження хворих при неможливості амбулаторного дообстеження 4. Контрольні дослідження та повторні консультації фахівців – за показаннями.
Обстеження при диспансеризації хворих	Кратність обстеження	4–5 рік 1 раз на рік	1 рік – 1 раз на 6 місяців 2–3 рік – 1 раз на рік	
	Обсяг обстежень	1. Фізикальне обстеження 2. Рентгенографія ОЧП, КТ, УЗД при необхідності.. 3. При підозрі на регіонарне метастазування та рецидив цитологічне та морфологічне дослідження 4. Консультації хірурга-онколога, хіміотерапевта, радіолога, терапевта, анестезіолога	1. Фізикальне обстеження 2. Рентгенографія ОЧП, КТ, УЗД при необхідності.. 3. Радіоізотопне обстеження – за показами. 4. При підозрі на регіонарне метастазування та рецидив цитологічне та морфологічне дослідження. 5. Консультації хірурга-онколога, хіміотерапевта, радіолога, терапевта, анестезіолога	

Таблиця №2. Схеми стандартного лікування хворих*

СТАДІЯ ЗАХВОРЮВАННЯ	ОБСЯГ СТАНДАРТНОГО ЛІКУВАННЯ	Середня тривалість обстеження та підготовки до спеціального лікування, доба	Середній термін перебування в стаціонарі, доба	УСКЛАДНЕННЯ %	ЛІТАЛЬНІСТЬ %
Стадія I (T1N0M0) Стадія II (T2-3N0M0)	1. Хірургічне лікування - широке висічення пухлини без/з пластикою дефекту шкіри. 2. Променева терапія самостійна. сумарна вогнищева доза 65-75 Гр.	до 2	до 10	до 5%	до 0,5%
Стадія III (T4N0M0, T1-4N1M0)	1. Хірургічне лікування - широке висічення пухлини без/з пластикою дефекту шкіри та лімфаденектомією	до 2	до 21 до 28	до 5% до 10%	0 до 1%
Стадія IV (T1-4N0-1M1)	1. Хірургічне лікування первинного вогнища та віддалених метастазів 2. Паліативна променева терапія а) первинне вогнище сумарною вогнищевою дозою- 60-75Гр; б) метастатичне ураження сумарною вогнищевою дозою -30-40 Гр.	до 2 до 2	до 21 до 28	до 10% до 5%	до 5% до 0,5%

Таблиця №3. Перелік оперативних втручань

Протипоказання до оперативного втручання: Супутні конкуруючі захворювання, генералізація процесу.

Вид операції		Стадії	Особливості використання
Основний перелік оперативних втручань	Широке висічення пухлини без/з пластикою дефекта шіри	Стадія I-II (T1-4N0M0)	
	Широке висічення пухлини з/без пластикою дефекту і регіонарна лімфаденектомія.	Стадія III (будь-яке T N1-3 M0)	
	Широке висічення пухлини з/без пластикою дефекту і регіонарна лімфаденектомія та видалення віддалених метастазів (атипова резекція легень, печінки, видалення селезінки та ін.)	Стадія IV (будь-яке T, будь-якеN, M1-2)	При наявності не більше 2-3 віддалених метастазів
Додатковий перелік втручань, які можуть використовуватись при достатньому матеріально-технічному забезпеченні	Видалення віддалених метастазів (атипова резекція легень, печінки, видалення селезінки та ін.)	Солітарний метастаз, що виник на протязі спостереження.	При наявності не більше 2-3 віддалених метастазів
	Видалення пухлини за допомогою лазера.	Стадія I-II (T1-4N0M0)	

Таблиця №4. Особливості дозування та фракціонування променевої терапії та зон опромінення

Вид лікування	Загальна доза, фракціонування та зони опромінення	Особливості використання
Самостійна променева терапія	Разова вогнищва доза 3,5-4,0 Гр до сумарної вогнищевої дози 65-75 Гр (близькофокусна рентгенотерапія)	

Протипокази до променевого лікування: Супутні конкуруючі захворювання, генералізація процесу.

Локалізація : Плоскоклітинний рак шкіри (МКХ-10 C44)

Таблиця №1: Стандартне обстеження хворих

	ЛПЗ, загальнолікарняної мережі	Консультативна поліклініка спеціалізованої установи	Стационар спеціалізованої установи
	до 3 днів	до 8 днів	до 10 днів
Терmini обстеження			
Обсяг обстежень	<ol style="list-style-type: none"> Фізикальне обстеження Лабораторне дослідження крові (загальний, біохімічний аналізи, коагулограма, RW, ВІЛ) та сечі ЕКГ УЗД органів черевної порожнини та заочеревинного простору. Обстеження в обсязі щорічного онкопрофілягу 	<ol style="list-style-type: none"> Фізикальне обстеження Рентгенографія ОЧП, КТ при необхідності. УЗД регіонарних лімфатичних вузлів. Цитологічне та морфологічне обстеження пухлини Радіоізотопне обстеження – за показами. При підозрі на регіонарне метастазування цитологічне та морфологічне дослідження лімфатичного вузла. Консультації хірурга-онколога, хіміотерапевта, радіолога, терапевта, анестезіолога 	<ol style="list-style-type: none"> Фізикальне обстеження Лабораторне дослідження крові та сечі (контроль) Стандартне обстеження хворих при неможливості амбулаторного дообстеження Контрольні дослідження та повторні консультації фахівців - за показаннями.
Обстеження при первинних хворих	4–5 рік 1 раз на рік	1 рік – 1 раз на 3 місяці 2 - 3 рік – 1 раз на 6 місяців	
Кратність обстеження			
Обсяг обстежень	<ol style="list-style-type: none"> Фізикальне обстеження Рентгенографія ОЧП, КТ при необхідності. УЗД регіонарних лімфатичних вузлів. При підозрі на регіонарне метастазування цитологічне та морфологічне дослідження лімфатичного вузла. Консультації хірурга-онколога, хіміотерапевта, радіолога, терапевта, анестезіолога 	<ol style="list-style-type: none"> Фізикальне обстеження Рентгенографія ОЧП, КТ при необхідності. УЗД регіонарних лімфатичних вузлів. Радіоізотопне обстеження – за показами. При підозрі на регіонарне метастазування цитологічне та морфологічне дослідження лімфатичного вузла. Консультації хірурга-онколога, хіміотерапевта, радіолога, терапевта, анестезіолога 	
Обстеження при диспансеризації хворих			

Таблиця №2. Схеми стандартного лікування хворих*

СТАДІЯ ЗАХВОРЮВАННЯ	ОБСЯГ СТАНДАРТНОГО ЛІКУВАННЯ	Середня тривалість обстеження та підготовки до спеціального лікування, доба	Середній термін перебування в стаціонарі, доба	УСКЛАДНЕННЯ %	ЛЕТАЛЬНІСТЬ %
Стадія I (T1N0M0) Стадія II (T2-3N0M0)	Хірургічне лікування - широке висічення пухлини без/з пластикою дефекту шкіри Променева терапія самостійна: при T1 – СВД 75-78 Гр; при T2-3 – 1-й етап 30 Гр, 2-й етап 30 Гр.	до 2	до 10	до 10%	до 0,5%
Стадія III (T4N0M0, T1-4N1M0)	Комбіноване: а) передопераційна променева терапія - ДПТ; СВД 35-40 Гр б) хірургічне лікування - широке висічення пухлини без/з пластикою дефекту шкіри та лімфаденектомією при N1 Променева терапія - до СВД - 60-75Гр; 1-й етап СВД до 30-40 Гр; 2-й етап СВД до 20-25 Гр.	до 2	до 35	до 10%	0
Стадія IV (T1-4N0-1M1)	Хірургічне лікування первинного вогнища та віддалених метастазів Комбіноване лікування первинного вогнища та віддалених метастазів з передопераційною променевою терапією Паліативна променева терапія СДВ до 30-40 Гр Паліативна поліхіміотерапія.	до 2 до 2 до 2	до 14 до 14 до 21	до 5% до 10% до 10%	до 1% до 0,5% до 5%
		до 2	до 35	до 10%	до 5%
		до 2 до 2	до 28 до 70	до 5% до 60%	до 0,5% до 0,5%

Таблиця №3. Перелік оперативних втручань.

Основний перелік оперативних втручань	Вид операції	Стадії	Особливості використання
Широке висічення пухлини без/з пластыкою дефекта швири		Стадія I-II (T1-4N0M0)	
Широке висічення пухлини з/без пластыкою дефекту і регіонарна лімфаденектомія;		Стадія III (Будь-яке T N1-3 M0)	
Широке висічення пухлини з/без пластыкою дефекту і регіонарна лімфаденектомія та видалення віддалених метастазів (атипова резекція легень, печінки, видалення селезінки та ін.)		Стадія IV (Будь-яке T, будь-яке N, M1-2)	При наявності не більше 2-3 віддалених метастазів
Видалення віддалених метастазів (атипова резекція легень, печінки, видалення селезінки та ін.)		Солітарний метастаз, що виник на протязі спостереження.	При наявності не більше 2-3 віддалених метастазів

Протипокази до оперативного втручання: Супутні конкуруючі захворювання, генералізація процесу.

Таблиця №4. Особливості дозування та фракціонування променевої терапії та зон опромінення

Вид лікування	Загальна доза, фракціонування та зони опромінення	Особливості використання
Доопераційна променева терапія	Разова вогнищева доза 2-2,50 Гр до сумарної вогнищевої дози 30-35 Гр	
Післяопераційна променева терапія після паліативних операцій.	Разова вогнищева доза 2-2,50 Гр до сумарної вогнищевої дози 30-35 Гр	
Самостійна променева терапія	I етап – разова вогнищева доза 2-2,5 Гр до сумарної вогнищевої дози 30-35 Гр II етап – разова вогнищева доза 2-2,5 Гр до сумарної вогнищевої дози 65-75 Гр	
Променева терапія в схемах хіміопроменевого лікування	Разова вогнищева доза 2-2,50 Гр до сумарної вогнищевої дози 30-35 Гр	

Протипокази до променевого лікування: Супутні конкуруючі захворювання, генералізація процесу.

Таблиця №5. Схеми медикаментозного лікування (хіміотерапія, гормонотерапія, імунотерапія).

Схеми медикаментозного лікування та дозування препаратів	Особливості використання
<p>Основний перелік схем медикаментозного лікування.</p> <p>Цисплатин 25 мг/м² Метотрексат 25 мг/м² Блеоміцин 15 мг/м² 6 курсів з інтервалом 4 тижні</p> <p>Цисплатин 120 мг/м² Флуороурацил 1000 мг/м² 6 курсів з інтервалом 4 тижні</p>	

Показання до редукції дози:

Протипокази до медикаментозного лікування: Супутні конкуруючі захворювання, генералізація процесу.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Алгоритмы современной онкологии / под ред. проф. И.Б. Щепотина, акад. АМН Украины Г.В. Бондаря, чл.-кор. АМН Украины В.Л. Ганула. – К.: Книга плюс, 2006 – 304 с.
2. Вибрані лекції з клінічної онкології: навч. посібник / за ред. акад. АМН України проф. Г.В. Бондаря і проф. С.В. Антипової. – Луганськ: ВАТ «Луганська обласна друкарня», 2009. – 560 с.
3. Ганцев Ш.Х. Онкология: учебник / Ш.Х. Ганцев. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2004. – 516 с.
4. Ганцев Ш.Х. Руководство к практическим занятиям по онкологии / Ш.Х. Ганцев. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2007. – 416 с.
5. М.И. Давидов. Онкология: учебник / М.И. Давыдов, Ш.Г. Ганцев. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 920 с.
6. Клиническая онкология: справ. пособие / С.З. Фрадкин, И.В. Залуцкий, Ю.И. Аверкин и др.; под ред. С.З. Фрадкина, И.В. Залуцкого. – Мн.: Беларусь, 2003.- 784 с.
7. Клиническая хирургия (справочное пособие по анестезиологии, хирургии, травматологи-ортопедии, онкологии, нейрохирургии) / под ред. чл.-кор. НАН и АМН Украины, проф. Л.В. Усенко, проф. Я.С. Березницкого. – К.: «Здоров'я», 1999. – 496 с.
8. Клинические рекомендации. Онкология / под ред. В.И. Чиссова, С.Л. Дарьяловой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 720 с.
9. Клінічна онкологія: навч. посібник / В.А. Коссе, І.М. Бондаренко, В.Є. Машталер та ін.; за ред. проф. В.А. Коссе, д-ра мед. наук І.М. Бондаренко. – Дніпропетровськ: Арт-Пресс, 2002. – 240 с.
10. Клиническая онкология. Избранные лекции: учебное пособие / Л.З. Вельшер, Б.И. Поляков, С.Б. Петерсон. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 496 с.
11. Краткое руководство по диагностике и стадированию рака в развитых и развивающихся странах / пер. и ред. проф. Н.Н. Блинова, канд. мед. наук М.М. Константиновой. – СПб.: СОТИС, 2001. – 200 с.
12. Матяшин И.М. Симптомы и синдромы в хирургии (эпонимы) / И.М. Матяшин, А.А. Ольшанецкий, А.М. Глузман. – 2-е изд, перераб. и доп. – Киев: Здоров'я, 1982. – 184 с.
13. Онкологія / За ред. В.П. Баштана, А.Л. Одабаш'яна, П.В. Шелешка. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2003. – 316 с.
14. Онкологія / І.Б. Щепотін, В.Л. Ганул, І.О. Клименко та ін.; за ред. проф. І.Б. Щепотіна. – К.: Книга плюс, 2006. – 496 с.
15. Онкологія: підручник / Б.Т. Білінський, Н.А. Володько, А.І. Гнатишак, О.О. Галай та ін.; за ред. проф. Б.Т. Білінського. – 3-тє вид., перероб. і доп. – К.: Здоров'я, 2004. – 528 с.
16. Онкология: пер. с англ. / под ред. Д. Касчиато. – М.: Практика, 2008. – 1039 с.

17. Онкология: национальное руководство / под ред. В.И. Чиссова, М.И. Давыдова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 1072 с.
18. Онкология: учебное пособие. В 2-х т. Т. 1. / под ред. профессора Н.Г. Луда. – Витебск: ВГМУ, 2003. – 321 с.
19. Онкология: учебник с компакт-диск / под ред. В.И. Чиссова, С.Л. Дарьяловой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 560 с.
20. Практическая онкология: избранные лекции / под ред. С.А. Тюляндина и В.М. Моисеенко. – Санкт-Петербург: Центр ТОММ, 2004. – 784 с.
21. Рак щитовидной железы: современные подходы к диагностике и лечению / П.О. Румянцев, А.А. Ильин, У.В. Румянцева, В.А. Саенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 448 с.
22. Справочник по онкологии / под ред. акад. РАМН Н.Н. Трапезникова и проф. И.В. Поддубной; Онкоцентр РАМН. – М.: КАППА, 1996. – 624 с. – (Справочная библиотека врача; вып. 4).
23. Трапезников Н.Н. Онкология: учебник / Н.Н. Трапезников, А.А. Шайн. – М.: Медицина, 1992. – 400 с.
24. Шайн А.А. Онкология: учебник для студентов медицинских вузов / А.А. Шайн. – Тюмень: Издат. Центр «Академия», 2004. – 554 с.
25. Черенков В.Г. Клиническая онкология: руководство для студентов и врачей / В.Г. Черенков. – М.: ВУНЦ МЗ РФ, 1999. – 384 с.
26. Э. Чу, В. Де Вита-младший. Химиотерапия злокачественных новообразований: пер. с англ. / Э. Чу, В. Де Вита-младший. – М.: «Практика», 2008. – 448 с.
27. Шевченко А.І. Онкологія [Електронний ресурс]: підручник для студентів вищих медичних закладів / А.І. Шевченко. – Запоріжжя, 2006. 1 електрон. опт. диск (CD-ROM) : кольор.; 12 см
28. <http://www.moz.gov.ua>
29. TNM Атлас: иллюстрированное руководство по TNM классификации злокачественных опухолей / К. Виттекинд, Ф.Л.Грин, Р.В.П. Хаттер и др.; под ред. Ш.Х. Ганцева. – 5-е изд. – М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2007. – 408 с.

СПИСОК ОСНОВНОЇ РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Клінічна онкологія: навч. посібник / В.А. Коссе, І.М. Бондаренко, В.Є. Машталер та ін.; за ред. проф. В.А. Коссе, д-р мед.наук І.М. Бондаренко. – Дніпропетровськ: Арт-Пресс, 2002. – 240 с.
2. Онкологія / І.Б. Щепотін, В.Л. Ганул, І.О. Клименко та ін.; за ред. проф. І.Б. Щепотіна. – К.: Книга плюс, 2006. – 496 с.
3. Онкологія: підручник / Б.Т. Білинський, Н.А. Володько, А.І. Гнатишак, О.О. Галай та ін.; за ред. проф. Б.Т. Білинського. – 3-тє вид., перероб. і доп. – К.: Здоров'я, 2004. – 528 с.

СПИСОК ДОДАТКОВОЇ РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Алгоритмы современной онкологии / под ред. проф. И.Б. Щепотина, акад. АМН Украины Г.В. Бондаря, чл.-кор. АМН Украины В.Л. Ганула. – К.: Книга плюс, 2006 – 304 с.
2. Вибрані лекції з клінічної онкології: навч. посібник / за ред. акад. АМН України проф. Г.В. Бондаря і проф. С.В. Антіпової. – Луганськ: ВАТ «Луганська обласна друкарня», 2009. – 560 с.
3. Ганцев Ш.Х. Онкология: учебник / Ш.Х. Ганцев. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2004. – 516 с.
4. Ганцев Ш.Х. Руководство к практическим занятиям по онкологии / Ш.Х. Ганцев. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2007. – 416 с.
5. Клиническая онкология: справ. пособие / С.З. Фрадкин, И.В. Залуцкий, Ю.И. Аверкин и др.; под ред. С.З. Фрадкина, И.В. Залуцкого. – Мн.: Беларусь, – 784 с.
6. Краткое руководство по диагностике и стадированию рака в развитых и развивающихся странах / пер. и ред. проф. Н.Н. Блинова, канд. мед. наук М.М. Константиновой. – СПб.: СОТИС, 2001. – 200 с.
7. Онкологія / за ред. В.П. Баштана, А.Л. Одабаш'яна, П.В. Шелешка. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2003. – 316 с.
8. Онкология: пер. с англ. / под ред. Д. Касчиато. – М.: Практика, 2008. – 1039 с.
9. Онкология: национальное руководство / под ред. В.И. Чиссова, М.И. Давыдова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 1072 с.
10. Онкология: учебник с компакт-диском / под ред. В.И. Чиссова, С.Л. Дарьяловой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 560 с.
11. Практическая онкология: избранные лекции / под ред. С.А. Тюляндина и В.М. Моисеенко. – Санкт-Петербург: Центр ТОММ, 2004. – 784 с.
12. Справочник по онкологии / под ред. акад. РАМН Н.Н. Трапезникова и проф. И.В. Поддубной; Онкоцентр РАМН. – М.: КАППА, 1996. – 624 с. – (Справочная библиотека врача; вып. 4).
13. Трапезников Н.Н., Шайн А.А. Онкология: учебник / Н.Н. Трапезников, А.А. Шайн. – М.: Медицина, 1992. – 400 с.
14. Шайн А.А. Онкология: учебник для студентов медицинских вузов / А.А. Шайн – Тюмень: Издат. Центр «Академия», 2004 – 554 с.
15. Черенков В.Г. Клиническая онкология: руководство для студентов и врачей / В.Г. Черенков. – М.: ВУНЦ МЗ РФ, 1999. – 384 с.
16. Шевченко А.І. Онкологія [Електронний ресурс]: підручник для студентів вищих медичних закладів / А.І. Шевченко. – Запоріжжя, 2006. 1 електрон. опт. диск (CD-ROM) : кольор.; 12 см
17. <http://www.moz.gov.ua>