

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ
КАФЕДРА ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ ЛІКАРІВ-СТОМАТОЛОГІВ

**МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА ЛЕКЦІЇ
ДЛЯ ЛІКАРІВ-КУРСАНТІВ**

ТЕМА ЛЕКЦІЇ: Клінічні прояви злоякісних пухлин шкіри (базаліома, меланома, рак).

ДЛЯ ЦИКЛУ: Тематичне удосконалення «Онкологія в стоматології».

ПОЛТАВА – 2019

Затверджено
на засіданні кафедри
післядипломної освіти лікарів-стоматологів
27.08.2019 р.

Протокол № 1

Зав. кафедри
професор, д. мед. н.

П. М. Скрипников

Кількість навчальних годин – 2.

1. Науково-методичне обґрунтування теми.

Своєчасно проведена діагностика, диференційна діагностика і призначене комплексне лікування злоякісних пухлин шкіри дозволить уникнути небажаних наслідків.

У професійній діяльності сучасного лікаря-стоматолога знання онкології має надзвичайно важливе значення, що зумовлено значним зростанням онкологічної патології в структурі захворюваності взагалі і пухлин щелепно — лицевої локалізації зокрема. Тому більш широко висвітлено питання епідеміології, етіології, патологічної анатомії, клініки та діагностики — злоякісних пухлин шкіри (базаліома, меланома, рак) лицевої локалізації з урахуванням особливостей захворюваності в Україні.

2. Навчальні цілі лекції.

Удосконалити теоретичні знання та практичні навички лікарів - стоматологів для клініко - лабораторного обстеження хворого, а саме враховуючи: попереднє виявлення скарг, аналіз, класифікація, узагальнення симптомів хвороби згідно їх діагностичній доцільності.

Вміти проводити діагностику та диференційну діагностику меланоми, базаліоми, раку. Знати принципи лікування та їх профілактику.

3. Цілі розвитку особистості майбутнього фахівця (виховні цілі), актуальні аспекти.

Розвинути почуття відповідальності у лікарів — інтернів при обстеженні хворого.

Формувати етико-деонтологічних аспекти практичної діяльності лікаря.

На матеріалі лекції, клінічних прикладах створити можливість розвитку онкологічної настороженості при стоматологічному обстеженні кожного хворого.

4. Міждисциплінарна інтеграція:

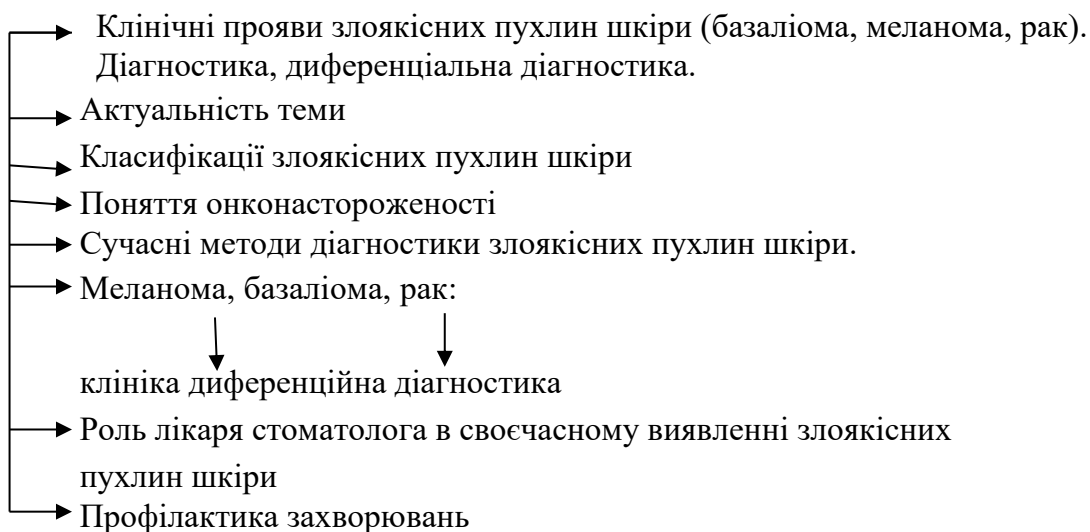
Дисципліни	Знати	Уміти
Попередні:		
Анатомія	Зміни тканин, органів при патологічних процесах	Оцінювати клінічний стан тканин, органів порожнини рота
Гістологія	Стан клітин в нормі та при патології	Визначати патогномонічні ознаки хвороби
Наступні:		
Онкологія	Клінічні прояви онкологічних захворювань злоякісних пухлин шкіри (базаліома, меланома, рак)	Проводити діагностичні маніпуляції
Хірургічна стоматологія	Клінічні прояви злоякісних пухлин шкіри (базаліома, меланома, рак). Принципи лікування	Проводити диференційну діагностику. Виконувати лікування
Внутрішньо-предметна інтеграція:		
Внутрішні хвороби	Прояви в порожнині рота симптомів	Оцінити симптоми
Інфекційні хвороби	Прояви в порожнині рота симптомів	Оцінити симптоми
Дермато-венерологічні захворювання	Наявність в порожнині рота елементів ураження	Розпізнати елементи ураження

5. План та організаційна структура лекції

№ з/п	Основні етапи лекції та їхній зміст	Типи лекцій. Засоби активізації слухачів. Матеріали методичного забезпечення	Розподіл часу
1	Підготовчий етап Визначення актуальності теми Визначення навчальних цілей лекції Забезпечення позитивної мотивації	Пункт 1. Навчально методичне обґрунтування теми Пункт 2. Навчальні цілі лекції Пункт 1. Навчально методичне обґрунтування теми	5 хв.
2	Основний етап Викладання лекційного матеріалу за планом:	Тематична клінічна лекція з елементами проблемності	75 хв.

	1. Класифікації злоякісних пухлин шкіри 2. Поняття онкологічна настороженість, її основні принципи. 3. Сучасні методи діагностики злоякісних пухлин шкіри. 6. Меланома, базаліома, рак: клініка, діагностика. 7. Роль лікаря стоматолога в своєчасному виявленні злоякісних пухлин шкіри. 8. Принципи лікування меланому, базаліоми, раку 9. Профілактика захворювань.	– питання 2 рівня, слайд 1; – питання 2 рівня, слайдів 3; – питання 2 рівня, слайдів 3; – питання 2 рівня, слайдів 5; – – питання 2 рівня, слайдів 12; – питання 2 рівня, слайдів 16; – питання 2 рівня, слайдів 8.	
1 2 3	Заключний етап Резюме лекції, загальні висновки Відповіді на можливі запитання Завдання для самопідготовки слухачів	Перелік навчальної літератури Запитання	10 хв.

6. Зміст лекційного матеріалу (структурно-логічна схема)



Конспект змісту теми

Рак шкіри

TNM Клінічна класифікація

T – Первинна пухлина

TX Недостатньо даних для оцінки первинної пухлини

T0 Первинна пухлина не визначається

Tis Carcinoma in situ

T1 Пухлина до 2 см у найбільшому вимірі

T2 Пухлина до 5 см у найбільшому вимірі

T3 Пухлина понад 5 см у найбільшому вимірі

T4 Пухлина, яка проростає в суміжні структури, такі, як хрящ, кістяковий м'яз або кістку

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

N – Регіонарні лімфатичні вузли

NX Недостатньо даних для оцінки стану регіонарних лімфатичних вузлів

N0 Немає ознак ураження регіонарних лімфатичних вузлів

N1 Наявні метастази в регіонарних лімфатичних вузлах.

M – Віддалені метастази

MX Недостатньо даних для визначення віддалених метастазів

M0 Віддалені метастази не визначаються

M1 Наявні віддалені метастази.

Групування по стадіях

Стадії 0	Tis	N0	M0
Стадії I	T1	N0	M0
Стадії II	T2	N0	M0
	T3	N0	M0
Стадії III	T4	N0	M0
	Будь-яке T	N1	M0
Стадії IV	Будь-яке T	Будь-яке N	M1

Лікування.

При раку шкіри застосовують хірургічне, променеве й цитостатичне лікування. Вибір способу лікування визначається стадією процесу і його локалізацією. На тулубі, кінцівках, тобто при умовах “достатньої” кількості шкіри, зручніше застосовувати хірургічні методи лікування. Під час лікування на обличчі віддають перевагу променевому й цитостатичному методам. Ряд випадків вимагає комбінованого й комплексного лікування.

Для першої стадії процесу найпоширенішим є променевий метод лікування – близькофокусна рентгенотерапія. Щоденна разова доза 3-5 Гр, при доведенні курсової дози до 60-80 Гр. Успішно застосовують хірургічний метод лікування. Гарний косметичний ефект дає застосування кріотерапії.

Для другої стадії захворювання характер лікувальних заходів принципово не відрізняється від тих, які застосовуються для першої стадії, але зони опромінення розширюються, а при хірургічному способі лікування розріз роблять значно далі від границь пухлини.

При третій стадії раку шкіри лікування починається з передопераційного опромінення пухлини й зон регіонарного метастазування з наступним хірургічним втручанням. Наявність збільшення регіонарних лімфатичних вузлів, схожих на метастази і явних метастазах вимагає проведення лімфаденектомії в регіонарній зоні.

При четвертій стадії раку шкіри, наявність диссемінації процесу до променевих способів лікування не виходять. У випадку потреби виконуються санітарні операції типу ампутації кінцівок, перев'язки артеріальних судів на відстані.

Цитостатична терапія дає значно менший ефект. Для лікування застосовують такі препарати: метотрексат, блеоцин, препарати платини.

Прогнози. На ранніх стадіях розвитку процесу прогноз сприятливий. Повне лікування настає в 80 – 100% випадків.

Меланома шкіри (меланобластома)

Меланома шкіри належить до найбільш злоякісних пухлин людини. Пухлина розбудовується з пігментних кліток (меланоцитів). Для неї характерна наявність зосереджень пігменту меланіна, хоча трапляються й безпігментні форми меланом.

Етіологія.

Захворюваність перебуває в прямій залежності від інсоляції, сонячних опіків, радіаційних впливів, травматизації пігментних невусів. Меланомонебезпечним вважаються передраковий меланоз шкіри **Дюбрея** (облігатний передмеланоз), прикордонний невус, гігантський волосяний пігментний невус та інші. Деякі дослідники розцінюють пігментні невуси як динамічні утвори, здатні змінюватися протягом життя людини.

Патологічна анатомія.

За мікроскопічною будовою виділяють кілька типів меланоми шкіри:

- веретенноклітинний
- епітеліоїдноклітинний
- невоклітинний
- змішанноклітинний.

При гістологічному дослідженні враховують глибину інфільтративного росту пухлини, яка має важливе прогностичне значення. За **Кларком** (1978) розрізняють п'ять рівнів інвазії:

1 рівень – пухлина розташована в епідермісі;

2 рівень – пухлина проростає базальну мембрану й інфільтрує сосочковий шар дерми;

3 рівень – пухлина досягає верхньої половини сітчастого шару;

4 рівень – пухлина проростає сітчастий шар шкіри;

5 рівень – інвазія пухлини за межі дерми підшкірного жирового шару.

- сателітна
- ерізіпелоїдна
- тромбофлебічна

Класифікація меланом шкіри
(коди МКХ – ПРО 344; 351.0; 360.9; 363.2)
за системою TNM (5-е видання, 1997 рік)

TNM Клінічна класифікація

T — *первинна пухлина*. Ступінь поширення первинної пухлини класифікується після висічення (дивися визначення категорій p).

N — *регіонарні лімфатичні вузли*

N_x — недостатньо даних для оцінки стану регіонарних лімфатичних вузлів

N₀ — немає ознак поразки регіонарних лімфатичних вузлів

N₁ — метастази ≤ 3 див у найбільшому вимірі в кожній з регіональних лімфатичних вузлів

N₂ — метастази розміром понад 3 див у найбільшому вимірі в кожному з регіональних лімфатичних вузлів і/або проміжні метастази

N_{2a} — метастази розміром понад 3 див у найбільшому вимірі в кожному з регіональних лімфатичних вузлів і/або проміжні метастази

N_{2b} — проміжні метастази

N_{2c} — метастази розміром понад 3 див у найбільшому вимірі й проміжні метастази

M — *віддалені метастази*

M_x — недостатньо даних для виявлення віддалених метастазів

M₀ — віддалені метастази не визначаються

M₁ — наявні віддалені метастази

M_{1a} — поразка шкіри або підшкірної основи або лімфатичних вузлів за кордоном зони дронування регіональних лімфатичних вузлів

M_{1b} — вісцеральні метастази.

Групування по стадіях

Стадія 0	pT _{is}	N ₀	M ₀
Стадія I	pT ₁	N ₀	M ₀
Стадія II	pT ₂	N ₀	M ₀
	pT ₃	N ₀	M ₀
Стадія III	pT ₄	N ₀	M ₀
	будь-яке pT	N ₁ , N ₂	M ₀
Стадія IV	будь-яке pT	будь-яке N	M ₁

Клініка.

Внаслідок активації невуса й перетворення його в меланому спостерігаються такі основні початкові симптоми:

- швидкий ріст невуса і його ущільнення;
- посилення або зменшення пігментації;
- почервоніння у вигляді віночка навколо невуса;
- поява неприємних суб'єктивних відчуттів – сверблячки, печії, напруги, поколювання;

- поява тріщин, укривання виразками, кровотечі;
- поява сателітів або розростань у вигляді сіяв у зв'язку з поширенням меланом лімфатичними щілинами.

Ґрунтуючись на морфологічних і клінічних особливостях меланом, **Кларк** запропонував виділяти три клінічні форми:

- 1) поверхнево-розповсюджену меланому (39% - 75%) усіх меланом шкіри;
- 2) злюккісну лентиго-меланому (10% - 13%);
- 3) вузлову форму меланоми (10% - 30%).

Слід помітити, що зовнішні прояви меланом надзвичайно різноманітні. Пухлина може мати вигляд темної плями, утворювати легку опуклість, здобувати вид папілломатозних розростань, мати грибоподібну форму, розміщатися на ніжці, широкій основі. Форма її може бути круглої, овальної, полігональної. Консистенція від м'якої до щільної. Фарбування – від насичено-чорного через різні відтінки коричневого до безпігментного.

Діагностика.

Діагностика меланом, головним чином, базується на даних анамнезу й симптоматиці.

Допоміжні методи:

- Радіонуклідна діагностика. Високе нагромадження над пухлиною фосфору в межах 300% - 400% може свідчити на користь меланоми.
- Об'єднання радіонуклідного дослідження з термографічною діагностикою.
- Дослідження меланінів і міді в сечі.
- Цитологічне дослідження мазків-відбитків проводять із появою виразок на пухлині.
- Пункцію й особливо біопсію меланоми раніше вважали неприпустимими. Останнім часом питання щодо категоричної заборони пункції переглядається.

Диференціальна діагностика.

Слід проводити диференціальну діагностику з пігментними невусами, пігментними плямами при хворобі *Реклінгхаузена*, пігментними базалиомами. Певні труднощі можуть виникнути при диференціальній діагностики ангиофібромами, нейрофібромами, хвороби *Боуена*, ангиоми. Ретельно зібраний анамнез і старанне клінічне обстеження хворого дозволяють установити правильний діагноз.

Лікування.

Застосовуються хірургічний метод лікування (якому віддається пріоритет у США), променева терапія, комбінований метод лікування й хіміотерапія.

• Хірургічне втручання:

1. широке й глибоке висічення пухлини (до фасції або апоневрозу);
2. регіонарна лімфаденектомія (показана тільки при метастазах у регіонарних лімфатичних вузлах);
3. лазерна терапія й кріотерапія останнім часом вважається перспективним методом хірургічного лікування.

- **Комбіноване лікування.** Найпоширенішою схемою комбінованого лікування меланом є передопераційне опромінення пухлини з наступним її широким висіченням.
- **Хіміотерапія з неспецифічною імунотерапією** (елеутерокок, тімалін, т-активин, левамізол, препарати ехінацеї) застосовуються при розповсюджених меланомах шкіри.

7. Матеріали активізації слухачів під час викладання лекції

Ситуаційні задачі

1. У хворої 47-ми років діагностовано пухлина верхівки язика. В які регіонарні лімфатичні вузли можливе метастазування?

А. Соскоподібні

В. Піднижньощелепні

С. Потиличні

Д. Заглоткові

Е. Привушні

2. У хворого 62-х років новоутворення, яке розпадається, займає більшу частину нижньої губи, проростає в всю її товщину і поширюється на підборіддя. Пакети нерухомих щільних лімфовузлів в ділянці підборіддя і під нижньощелепної ділянки: пальпується ряд лімфовузлів в надключичній ямці. Яка стадія рака нижньої губи?

А. III стадія

В. II стадія

С. IV стадія

Д. I стадія

Е. Предрак

3. У хворого 70-ти років при огляді в ділянці 25, 26 зубів виявлено збільшення альвеолярного відростка, має округлу форму, в центрі – виразка, вкрита некротичною тканиною. 25 і 26 зуби рухомі. Піднижньощелепні лімфатичні вузли збільшені. Яке обстеження слід провести хворому?

А. Диспансерний нагляд, цитологічне дослідження виразки

В. Рентгенологічне дослідження альвеолярного відростка, цитологічне дослідження

С. Рентгенограма альвеолярного відростка і гайморової порожнини, гістологічне дослідження

Д. Рентгенологічне дослідження альвеолярного відростка і гайморової порожнини

Е. Гістологічне дослідження тканин виразки, рентгенологічне дослідження гайморової порожнини

4. Хвора 62-х років лікується у стоматолога з приводу ерозивно- виразкової форми червоного плескатої лишая. Комплексна консервативна терапія протягом місяця ефекту не дала. Який найбільш раціональний метод лікування необхідно вибрати для цієї пацієнтки?

А. Кріодеструкція

В. УФ- опромінення

С. Гелій-неоновий лазер

Д. Фонофорез з солкосерілом

Е. УВЧ-терапія

5.Хвора 68-ми років звернулася до стоматолога зі скаргою на виступ конусоподібної форми на нижній губі. Об'єктивно: на нижній губі зліва ділянка гіперкератозу, що має вигляд рогового виступу, коричнево-сірого кольору, щільної консистенції, безболісний, діаметром 0,8 мм. Яка тактика лікаря-стоматолога?

- A. Кератолітичні препарати
- B. Антисептична обробка
- C. Хірургічне лікування з гістологічним дослідженням
- D. Імуностимулююча терапія
- E. **Призначення УВЧ, лазеротерапія**

8. Матеріали для самопідготовки до лекції

Питання

1. Класифікації злоякісних пухлин шкіри
2. Поняття онкологічна настороженість, її основні принципи.
3. Сучасні методи діагностики злоякісних пухлин шкіри.
6. Меланома, базаліома, рак: клініка, діагностика.
7. Роль лікаря стоматолога в своєчасному виявленні злоякісних пухлин шкіри.
8. Принципи лікування меланоми, базаліоми, раку
9. Профілактика захворювань.

9. Використана література:

1. Маланчук В.О. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія у двох томах. Том 2: підруч. [для студ. Стомат. Факультетів вищ. мед. навч. закл. III-IV рівнів акредитації, лікарів-інтернів, хірургів-стоматологів, щелепно-лицевих хірургів-пластиків] / В.А. Маланчук, И.П. Логвиненко, Т.О. Маланчук. – К.: Логос, 2011.-608с.
2. Маланчук В.О. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія у двох томах. Том 1: [підруч. для студ. Стомат. Факультетів вищ. мед. навч. закл. III-IV рівнів акредитації, лікарів-інтернів, хірургів-стоматологів, щелепно-лицевих хірургів-пластиків] / В.О. Маланчук. – К.: Логос, 2011. – 669с.
3. Стоматологія: підручник: У 2 книгах. – Кн. 1: / [Рожко М.М., Попович З.Б., куроєдова В.Д. та ін.; за ред.. проф. М.М.Рожка. – К.: ВСВ «Медицина», 2013. – 872с.
4. Козлов В.А. Новообразования челюстно-лицевой области и шеи. Учебное пособие / В.А. Козлов. - Санкт-Петербург: «Человек», 2017. – 64 с.
5. Онкологія /за ред. Белінського Б.Т. і Стернюка Ю.М.- Львів, "Світ", 1992.
6. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи.- М., 1983.

Підпис автора методичної розробки _____ проф. Скрипнікова Т.П.

Дата складання розробки: « ___ » _____ 20__ року

Дата перегляду та доповнення: протокол № ___ від „___” _____ 20 року

Дата перегляду та доповнення: протокол № ___ від „___” _____ 20 року

Дата перегляду та доповнення: протокол № ___ від „___” _____ 20 року

Дата перегляду та доповнення: протокол № ___ від „___” _____ 20 року