

МЕДИЧНІ НАУКИ

Билень Д.М.

студент,

Науковий керівник: Хархаліс І.К.

асистент,

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

ОСОБЛИВОСТІ КЛАСИФІКАЦІЇ МЕЛАНОМИ ШКІРИ ТА ЇЇ ГІСТОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ РОЗВИТКУ

На сьогоднішній день злоякісні пухлини шкіри займають левову частку в структурі прояву онкологічних захворювань, цим самим значно збільшуючи кількість летальних випадків серед онкохворих пацієнтів. Це здійснює вплив на швидкий ріст актуалізації дослідження даної проблематики сучасними вченими та практичними лікарями. До об'єкту вивчення складної структури злоякісних онкологічних захворювань шкіри пристальна увага приділяється трьом основним видам їх прояву, а саме: базаліомі, сквамозно-клітинній карциномі та меланомі. Останній вид з вище перелічених, займає перші місця у звітних статистичних даних медичних закладів не тільки Європи, а й всього світу.

Поширення меланоми і її особливості змусили лікарів онкологів та дерматологів виключити її з поміж списку захворювань, що ототожнюються з раком шкіри, цим самим надавши їй самостійного статусу серед злоякісних захворювань шкіри. Однак, дане твердження є радше умовним і потребує аналізу значного масиву практичного підґрунтя та його подальшого дослідження. Отже, меланома – це злоякісна пігментна пухлина шкіри, яка виникає з меланоцитів – клітин нейроембріонального походження, що розміщені переважно у базальному шарі епідермісу і продукують меланіновий пігмент [4]. Він здійснює деструктивний вплив на сусідні клітини. Відповідно, функціонально «здоровий» пігмент епідермісу надає шкірі характерного відтінку і захищає меланоцити від канцерогенного впливу ультрафіолетового випромінювання [4].

Характерною ознакою меланоми є її візуальна форма, що дає змогу успішно здійснити діагностику у більшості пацієнтів на початкових

стадіях її розвитку. Саме цьому позитивно сприяє локалізація меланоми на відкритих частинах тіла, що складає близько (85-90%) всіх діагностованих випадків. Однак, присутні випадки (7-9%) коли ареалом її розташування являються слизові оболонки, а саме: сітчаста оболонка ока, мозкова оболонка, стравохід, пряма кишка та інші внутрішні органи. Згідно статистичних даних близько 5% випадків діагностувати локалізацію первинної меланоми не вдається.

Пусковим механізмом для раннього діагностування даного захворювання є своєчасне виявлення самим пацієнтом певних змін на шкірі, а саме: підвищене свербіння, зміна розмірів родимої плями та її вагоме збільшення, зникнення волосяного покриву в районі невуса, кровоточивість родимки, зміна її кольору чи відтінку. Але це доволі часто ускладнюється специфічним місцем розташування їх на тілі людини, зокрема на голові та шії (близько 10-15% від всіх випадків).

Особливістю розвитку меланоми є розвиток на фоні вродженого пігментного невуса. Ризик залежить від його розмірів, якщо пігментний невус більше 20 см. і гігантських, якщо більше 40 см. Меланома шкіри розвивається в 1.25-10% випадках, при чому 70% – у віці до 10 років, а при маленьких (20 см.) залежить від їх локалізації. При розміщенні в районі тулуба – меланома розвивається в 3%, а при локалізації на шкірі кінцівок, голови 8% випадках [5].

Таким чином, в основі діагностики пухлини лежить гістологічне дослідження. Гістологічне дослідження являє собою – морфологічне дослідження тканин (фрагмента шкіри що підлягає дослідженню), яке включає в себе біопсію та дослідження операційного матеріалу.

Біопсія – це морфологічне дослідження фрагментів тканини взятих від хворого з діагностичною метою.

Дослідження операційного матеріалу – це дослідження тканини чи частини органу, видаленого під час хірургічної операції з лікувальною метою.

Отже, можливими результатами гістологічного дослідження шкіри з наявністю пухлинного процесу, є такі гістологічні форми меланоми:

1. Епітеліоподібна форма, яка складається із клітин великих розмірів, круглої або полігональної форми, з великою цитоплазмою. Відмічається поліморфізм клітин та поліхромазія.

2. Веретеноподібна форма, яка має клітини витягнутої форми, схожі з фібробластами.

3. Невусоподібна форма, утворена клітинами невеликих розмірів, круглої форми з круглими гіперхромними ядрами, які займають майже всю клітину. Цитоплазма цих клітин спостерігається у вигляді вузького ободка.

4. Змішано-клітинна меланома – вона складається з комбінації описаних вище клітин [2].

У 1970 році А. Breslow запропонував ще одну методику встановлення мікростадії первинної меланоми шкіри. Суть її полягала в вимірюванні товщини пухлини або її максимального вертикального розміру в міліметрах. На практиці для цього використовується мікромметр, встановлений в окулярі мікроскопа, за допомогою якого проводиться вимір найбільшого вертикального перетину пухлини. Верхньою межею цього заміру служить гранулярний шар епідермісу, а нижній – найбільш глибоко розташовані клітини меланоми в структурах дерми або підшкірно-жирової клітковини.

Стадії по Breslow:

- тонка: глибина інвазії менше 0,75 міліметрів;
- проміжна: глибина інвазії 0,76 – 3,99 міліметрів;
- товста (глибока): глибина інвазії більше 4 міліметрів [3].

Меланома шкіри також підлягає класифікації за W.H.Clark. Яка дозволяє оцінити ступінь інвазії меланоми. Тобто ми можемо чітко оцінити розташування пухлинного процесу, проростання та розповсюдження.

Тож W.H. Clark виділяє п'ять рівнів даного пухлинного процесу:

I рівень – вся пухлина розташована над базальною мембраною епідерміса.

Така меланома несе назву *in situ*;

II рівень – меланомні клітини розташовуються не лише над базальною мембраною, а й проростають в базальну мембрану і розповсюджуються у субепітеліальному сосочковому шарі дерми;

III рівень – меланомні клітини розташовані у верхній половині сітчастого шару (на рівні потових залоз);

IV рівень – пухлина проростає ретикулярний шар;

V рівень – пухлина розповсюджується у підшкірному жировому шарі [1].

Патологічна класифікація pTNM:

pT – Первинна пухлина;

PTX – Недостатньо даних для оцінки первинної пухлини;

pT0 – Первинна пухлина не визначається;

pTis – Меланома in situ (I рівень інвазії по Clark) (атипова меланоцитар-ва гіперплазія, виражена меланотична дисплазія, неінвазивна злоякісна пухлина);

pT1 – Пухлина товщиною до 0,75 мм, що розповсюджується до папілярного шару (II рівень інвазії по Clark);

pT2 – Пухлина товщиною до 1,5 мм (III рівень інвазії по Clark);

pT3 – Пухлина товщиною до 4 мм (IV рівень інвазії по Clark);

pT3a – Пухлина товщиною до 3,0 мм;

pT3b – Пухлина товщиною до 4,0 мм;

pT4 – Пухлина товщиною понад 4 мм і / або інфільтрує в підшкірну клітковину (V рівень інвазії по Clark);

pT4a – Пухлина більше 4 мм завтовшки і / або інфільтрує підшкірну клітковину;

pT4b – в межах 2 см від первинної пухлини;

pN – Регіонарні лімфатичні вузли;

pN – Категорії відповідають N категоріям;

pNO – При аналізі матеріалу регіонарній лімфаденектомії має використовуватися не менше 6 лімфатичних вузлів;

pM – Віддалені метастази;

pM – Категорії відповідають M категоріям [3].

Частіше злоякісні пухлини шкіри виникають в південних регіонах України. Рідше в західних областях держави. В Україні смертність до року від раку шкіри відносно невисока (3,3%), а охоплення лікуванням значно вище ніж при інших локалізаціях – (87,5%). Щороку діагностують близько 3000 нових випадків меланоми і щороку вона стає причиною смерті понад 1100 пацієнтів (показник смертності – 2,4 на 100 тис.). Відносний показник 5-річної виживаності становить 49,7%, а летальність до року від моменту встановлення діагнозу – 16,1% (2008 р.).

За кордоном часто виникає в жителів Бразилії, Австралії, країнах Азії та Африки. Найменший показник частоти меланоми – в Індії та Японії, де вона зустрічається до 0,5 на 100000 населення. Рідко буває в мешканців Фінляндії, Прибалтики, Німеччині, Голландії та Польщі. У Західній Європі показник захворюваності становить 10-14, у США – 15-25 на 100 тис. Найвищий у світі показник захворюваності в Австралії: 50-60 на 100 тис. світлошкірого населення. Частіше хворіють люди віком 40-60 років. Діти хворіють на меланому дуже рідко. Причина значно вищого показника захворюваності на меланому представників європеїдної раси (у 10-17 разів) порівняно з негроїдною.

У 2010 р. в США було діагностовано 115 тис. нових випадків меланому, серед них 68 тис. інвазивних і 47 тис. неінвазивних форм (in situ, стадія 0); 8,7 тис. хворих померли від цієї патології. Показник захворюваності у США щороку підвищується на 4% починаючи із 70-х років ХХ ст. Загальна п'ятирічна виживаність хворих збільшилася з 49% у 1950–1954 рр. до 92% у 1996–2003 рр. Це пояснюється тим, що нині 84% випадків меланом діагностують у стадії локального захворювання. За останні десятиріччя ризик розвитку меланому протягом життя людини значно зріс. Так, якщо у 50-х роках ХХ ст. лише в одного з 600 мешканців США виникала меланома протягом життя, то у 1980 р. це співвідношення становило 1:250, у 1987 р. – 1:135, у 2000 р. – 1:90, а тепер 1:55 [4].

Список використаних джерел:

1. Clark W.H. Jr., Elder D.E., Guerry D. I. et al. Model predicting survival in stage I melanoma based on tumor progression // J. Natl. Cancer. Inst. – 1989. – Vol. 81. – P. 1893-1904.
2. Галайчук І.Й. Клінічна онкологія. – Тернопіль: Укрмед книга, 2003. – 275 с.
3. Поляков В.Г., Шишков Р.В. Клинические рекомендации по диагностике и лечению меланомы у детей и подростков. – Москва: Стаття, 2014 – 24 с.
4. Бондарь Г., Думанский Ю., Попович О. Клінічна онкологія, 2013. – 544 с.
5. Струков А.І., Серов В.В. Патологічна анатомія. Харків: Факт, 2004. – 864 с.