**Медведєва Ірина Іванівна. Первинно-локалізована меланома шкіри: оптимізація оцінки факторів прогнозу хвороби: дис... канд. мед. наук: 14.01.07 / АМН України; Інститут онкології. - К., 2004**

|  |  |
| --- | --- |
|

|  |
| --- |
| Медведєва І.І. Первинно-локалізована меланома шкіри: оптимізація оцінки факторів прогнозу хвороби. - Рукопис.Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.07 - онкологія. – Інститут онкології АМН України, Київ, 2004р.Дисертаційна робота присвячена актуальній проблемі онкології – оптимізації критеріїв оцінки прогностичних факторів первинно-локалізованої меланоми шкіри (ПЛМШ), що суттєво впливають на перебіг хвороби і тактику лікування. На підставі інтегрованого (клініко – морфологічного) аналізу 372 хворих на ПЛМШ створено прогностичну схему-шкалу перебігу хвороби за 8 основними факторами (стать, вік, локалізація пухлини, рівень пухлинної інвазії, товщина пухлини, стан пухлинного судинного ураження дерми та волосяних фолікулів), який дозволяє встановлювати ризик прогресії меланомної хвороби та індивідуалізувати лікування. |

 |
|

|  |
| --- |
| 1. Для індивідуалізації післяопераційного ад’ювантного лікування хворих на ПЛМШ, поряд з приорітетними факторами прогнозу (критерії Бреслоу та Кларка) треба враховувати додаткові несприятливі прогностичні фактори: чоловічу стать, вік понад 60 років для обох статей, локалізацію ПЛМШ на спині для обох статей, кінцівках для жінок, окремі гістотипи пухлин, стан пухлинного ураження придатків шкіри та лімфатичних і венозних судин дерми ПЛМШ.
2. Поряд з використанням критеріїв Бреслоу і/або Кларка, важливе значення має визначення прогностичного індексу метастатичного ризику (ПІМР). Так, якщо ПІМР складає понад 30% уражених пухлинними клітинами судин дерми ПЛМШ, то в 87,5-100% випадків протягом 3-х років виникають регіонарні і/або віддалені метастази.
3. Пухлинне ураження таких дериватів шкіри, як волосяні фолікули свідчить про вкрай агресивний перебіг меланомної хвороби. У хворих на ПЛМШ при пухлинному ураженні волосяних фолікулів, протягом 3-х років завжди виникають регіонарні і/або віддалені метастази.
4. На підставі комп’ютерного аналізу мікрофотозображень меланомних клітин встановлено, що за критерієм “фрактальна розмірність” коливання “фракталів” в межах 1.87-1.94 характерні для альвеолоподібного, веретеноклітинного, гігантоклітинного різновидів ПЛМШ, що є більш несприятливою прогностичною ознакою перебігу хвороби при порівнянні з епітеліоподібним, світлоклітинним (балоноподібним), ендокриноподібним різновидами ПЛМШ.
5. Створена оригінальна прогностична схема-шкала з оцінкою в балах 8 вирішальних факторів ПЛМШ (стать, вік, локалізація, рівень інвазії за Кларком, товщина пухлини за Бреслоу, морфологічний різновид, пухлинне ураження судин дерми та волосяних фолікулів) дозволяє визначати в кожному окремому випадку прогноз перебігу меланомної хвороби.
6. Використання запропонованої схеми визначення прогнозу хвороби дозволяє в залежності від сумарної кількості (+) позитивних або (-) негативних балів розподіляти хворих на ПЛМШ на дві категорії. Так, якщо прогноз хвороби несприяливий (кількість негативних балів переважає над позитивними), то пацієнти потребують післяопераційної (ад’ювантної) ендолімфатичної хіміотерапії і/або інтерферонотерапії, і навпаки, при відносно сприятливому прогнозі (кількість позитивних балів переважає над негативними) доцільно обмежуватися тільки радикальним висіченням ПЛМШ.
 |

 |