

Ассоциация онкологов России
Министерство здравоохранения Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное учреждение Московский научно-исследовательский
онкологический институт имени П.А. Герцена Министерства здравоохранения Российской Федерации

«Утверждаю»
Главный внештатный специалист-онколог
Минздрава России
академик РАМН
В.И.Чиссов
« 5 » февраля 2013 г.

РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА МЕЛАНОМЫ КОЖИ
Методические рекомендации

Москва 2013

УДК 616.5-006.81-07-084 ББК55,6 Р 22

Чиссов В.И., Старинский В.В., Александрова Л.М. и др.

Раннее выявление и профилактика меланомы кожи.

М.: ФГБУ «МНИОИ им. П.А. Герцена» Минздрава России.-2013.-илл.-22 с.

ISBN 978-5-85502-184-4

Методические рекомендации посвящены вопросам раннего выявления и профилактики меланомы кожи. Обоснована необходимость повышения ответственности врачей и среднего медицинского персонала медицинских организаций первичной медико-санитарной помощи за выявляемость ранних форм злокачественных опухолей, в частности, меланомы кожи. Программы профилактических мероприятий, направленные на раннее распознавание меланомы, включающие обучение приемам самостоятельного обследования и тщательное регулярное медицинское наблюдение за лицами с повышенным риском заболевания, позволяют как предупредить развитие заболевания, так и повысить эффективность специализированного лечения.

Методические рекомендации предназначены для главных врачей, врачей-специалистов и среднего медицинского персонала медицинских организаций первичной медико-санитарной помощи, организаторов здравоохранения.

Учреждение-разработчик: ФГБУ «Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена» Минздрава России.

Авторы: В.И. Чиссов, В.В. Старинский, Л.М. Александрова, А.В. Ермаков, О. В. Маторин.

Ответственный за издание: профессор В.В. Старинский

ISBN 978-5-85502-184-4 © Коллектив авторов, 2013 г.

© ФГБУ «МНИОИ им. ПА Герцена» Минздрава России, Москва, 2013 г.

Все права авторов защищены. Ни одна часть этого издания не может быть занесена в память компьютера либо воспроизведена любым способом без предварительного письменного разрешения издателя.

ВВЕДЕНИЕ

Меланома кожи – это злокачественная опухоль, возникающая из меланоцитов и относящаяся к разряду высокозлокачественных опухолей. В структуре заболеваемости злокачественными опухолями ее доля составляет от 1 до 4%. Однако, если учесть, что пигментные и пигментированные образования, под маской которых может скрываться меланома, встречаются у 90% населения, то проблема раннего выявления меланомы приобретает особую остроту.

В 2011г. в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями мужского населения России на долю меланомы кожи приходилось 1,2% (3324 пациента), женского несколько больше – 1,9% (5394 пациентки).

В России, как и в большинстве других стран, наблюдается устойчивая тенденция к росту заболеваемости населения меланомой кожи. Прирост заболеваемости за период с 2001 по 2011 г. составил 33,86% при среднегодовом темпе прироста 2,85%.

При этом отмечен и рост показателя смертности от меланомы кожи. В 2011 г. по сравнению с 2001 г. у мужчин на фоне значительного снижения стандартизованного показателя смертности от всех злокачественных новообразований (– 9,6%) регистрировалось нарастание показателя смертности от меланомы кожи, который составлял 24,6%. Среди женского населения отмечалась та же тенденция: снижение общего стандартизованного показателя смертности (– 5,4%) и рост показателя смертности от меланомы кожи до 13,7%. По данным Росстата, летальность на первом году с момента установления диагноза для обоих полов составила 13,1%.

Представленные цифры свидетельствуют о недопустимо низкой эффективности работы медицинских работников «первого контакта» по выявлению злокачественных новообразований вообще и особенно визуальных локализаций, к которым относится кожа и которые не требуют дорогостоящего диагностического оборудования. Диагностика меланомы кожи на ранней стадии оказывает существенное влияние на результаты специализированного лечения. В 2010 г. I-II стадия была выявлена у 68,1% заболевших, III и IV – соответственно у 18,7 и 9,7%, т.е. запущенность составила 28,4% или 2272 человеческих жизни. Стадия не была установлена в 3,5% случаев. В 2011 г. по сравнению с предыдущим годом наметилась тенденция к улучшению результативности диагностических мероприятий. Среди 8718 зарегистрированных пациентов I-II стадия заболевания была установлена у 71,3%, III-IV – у 25,8%, не установлена – у 2,9%.

Сроки выживания пациентов находятся в прямой зависимости от стадии заболевания. Ранние формы меланомы могут быть излечены хирургическим методом. Так, показано, что иссечение опухоли, толщина которой не превышает 1мм, обеспечивает 5-летнюю выживаемость около 90% пациентов. У пациентов без выявленных отдаленных метастазов при толщине опухоли более 3,5мм первичное хирургическое лечение дает возможность безрецидивной 5-летней выживаемости 48-50% больным. При прогрессировании метастазирующей меланомы медиана выживаемости составляет лишь 5-9 мес.

Опыт онкологов тех стран, в которых интенсивно пропагандируют и профессионально применяют программы ранней диагностики меланомы кожи, включающие самостоятельное обследование и тщательное регулярное медицинское наблюдение за лицами с повышенным риском заболевания, указывает на наличие значительных резервов повышения эффективности лечения при выявлении ранних стадий опухоли. Показано, что обучение пациентов самостоятельному осмотру и выявлению подозрительных на злокачественные новообразования поражений кожи с последующим обращением за специализированной помощью приводит к снижению заболеваемости и смертности от меланомы. Поэтому сегодня врачи-онкологи рекомендуют проводить квалифицированный осмотр кожных покровов 1 раз в 3 года у лиц в возрасте 20-40 лет и ежегодно в возрасте старше 40 лет.

Американская академия дерматологии рекомендует ежегодный врачебный осмотр всей поверхности кожи, который следует дополнить ежемесячным самостоятельным осмотром. В России осмотр всей поверхности кожи включен в рутинные программы периодических массовых обследований декретируемых групп населения. Для подростков и взрослых, подверженных длительному воздействию солнца в силу профессии или привычки, с семейным или индивидуальным анамнезом рака кожи или имеющих предраковые изменения или состояния, профилактический осмотр всей поверхности кожи должен быть обязательным и ежегодным.

ФАКТОРЫ РИСКА

Фактор риска повышает вероятность возникновения рака. Однако наличие одного фактора или даже совокупности нескольких факторов еще не означает, что у данного человека возникнет заболевание. Ниже перечислены основные факторы риска развития меланомы кожи.

Невусы (родинки) относятся к доброкачественным изменениям кожи. Они обычно отсутствуют при рождении, но начинают появляться у детей и подростков. Некоторые виды невусов могут предрасполагать к развитию их злокачественного перерождения. Наличие **диспластического невуса или атипической родинки** повышает риск развития меланомы. Диспластические невусы похожи на обычные родинки, однако могут напоминать меланому. Они могут располагаться на незащищенных от солнца местах, а также на закрытых участках тела, например, на ягодицах или волосистой части головы. Как правило, эти невусы больше обычных родинок. Диспластические невусы могут быть множественными, а также семейным заболеванием. В случае наличия у обследуемого лица одного или более диспластических невусов, а также наличия в семейном анамнезе не менее двух близких родственников, болевших меланомой, риск развития меланомы для обследуемого повышается на 50%. Риск возникновения меланомы в течение всей жизни составляет 6-10% у больных с диспластическим невусом в зависимости от возраста, семейного анамнеза, количества диспластических невусов и других факторов.

Недиспластические и неврожденные невусы очень редко превращаются в меланому. Однако у людей с множественными родинками и родинками крупного размера риск развития меланомы повышен.

Для адекватной оценки значения невусов в возникновении меланомы кожи необходимо отметить следующее:

1. Известно, что кроме пигментных невусов встречаются и беспигментные невусы. Беспигментный невус – понятие только клиническое, так как меланин практически всегда определяется в этих образованиях при микроскопии посредством специальных окрасок или иммуногистохимического метода.

2. При использовании гистологического метода исследования морфологически подтвердить факт возникновения опухоли на фоне невуса возможно только на ранних стадиях развития меланомы, когда рядом с растущей опухолью еще сохранились прилежащие остаточные структуры невуса.

3. Невозможно отрицать факт существования приобретенных невусов, возникновение которых пациент может не заметить до того момента, пока они не трансформируются в меланому. Невусы могут появляться не только в детском и юношеском возрасте, но также и у лиц среднего и пожилого возраста.

4. Необходимо помнить, что невусы не являются морфологически стабильной популяцией клеток, так как их локализация в слоях кожи в течение жизни человека претерпевает топические изменения. Ранний «молодой» пограничный невус вследствие миграции невусных клеток из эпидермиса в дерму со временем может превращаться в интрадермальный невус. При сохранении над лежащими в дерме невусными клетками активности пограничных меланобластов эпидермиса невус становится сложным. Наконец, над уже «старым» интрадермальным невусом через определенный промежуток времени может вновь возникать пограничная активность, что также приводит к образованию сложного невуса. Таким образом, имеются морфологические доказательства возможности клинического появления и исчезновения невусов в течение жизни человека.

5. Известно, что количество невусов кожи зависит от гормонального фона организма и наибольшее их число имеет место к моменту полового созревания человека. Все пигментные невусы являются врожденными, но не видны клинически при рождении ребенка, а становятся заметными только под воздействием гормональных факторов. Под влиянием меланотропного гормона у человека не только усиливается пигментация невусов, но и появляются новые пигментные образования.

Вышеприведенные данные свидетельствуют о том, что определить истинную частоту возникновения меланомы кожи из предсуществующих невусов достаточно сложно. Очевидно, это возможно только в случае ранней диагностики меланомы кожи, при тщательном гистологическом исследовании удалённой опухоли, а также на основании подробно собранного анамнеза у пациентов. Невусы, несомненно, следует рассматривать как фенотипически нестабильную популяцию клеток, пока ещё не вышедшую из-под контроля регулирующих рост факторов организма. В настоящее время можно считать установленным, что частота малигнизации невусов находится в прямой зависимости от их

размера по плоскости. Согласно наблюдениям, наличие у человека невусов представляет определенный риск возникновения меланомы кожи. Установлено, что риск возникновения меланомы кожи лиц с множественными маленькими пигментными невусами выше, чем в общей популяции. Клинико-генеалогические исследования показали, что маленькие пигментные невусы чаще наблюдаются в семьях, характеризующихся аутосомно-доминантным типом наследования с неполной пенетрантностью гена. Фактором риска возникновения меланомы также является большое число невусов на коже и наличие экзофитных невусов. С современных научных позиций факт развития меланомы кожи из невусов общепризнан. Однако клинические и морфологические наблюдения не позволяют утверждать, что невусы являются источником возникновения абсолютно всех меланом кожи.

Белая кожа, веснушки и светлые волосы. Риск меланомы в 20 раз выше среди людей европеоидной расы по сравнению с представителями негроидной расы, что обусловлено защитным эффектом пигмента. У белых людей с рыжими или светлыми волосами, белой кожей, на которой имеются веснушки и которая быстро обгорает на солнце, риск развития меланомы особенно повышен. Меланома чаще всего развивается на туловище у белых мужчин и на нижних конечностях у белых женщин. Однако опухоль может возникать у людей с любым типом кожи и в других областях тела. Риск развития меланомы ниже у людей с более темной кожей. Вместе с тем даже у человека с темной кожей меланома может возникнуть на ладонях, подошвах и под ногтями. Редко меланома развивается в местах, не покрытых кожей, – в глазу, полости рта, влагалище, толстой кишке и других внутренних органах.

Семейный анамнез. Риск возникновения меланомы повышен, если один или более близких родственников (мать, отец, брат, сестра, ребенок) страдали меланомой. В зависимости от числа заболевших родственников риск может быть повышен до 8 раз по сравнению с людьми без наличия семейного анамнеза. У 10% больных с меланомой выявлен семейный анамнез этого заболевания. У 20-40% семей с высокой частотой меланомы выявлена мутация гена, ответственного за развитие меланомы.

Иммуносупрессия. Пациенты, получавшие лекарственные препараты, угнетающие иммунную систему (например, при трансплантации органов), имеют повышенный риск развития меланомы.

Избыточное воздействие ультрафиолетового излучения и загара. Основным источником ультрафиолетового излучения является солнечный свет. Ультрафиолетовые лампы и кабины относятся к другим источникам. Лица, получающие избыточное воздействие света из этих источников, имеют повышенный риск рака кожи, включая меланому. Величина ультрафиолетового воздействия зависит от интенсивности света, времени воздействия, а также использования защитной одежды и экрана. Если у обследуемого имелись тяжелые ожоги с пузырями, особенно в детском или подростковом возрасте, то риск возникновения меланомы у него повышен. Кратковременные высокодозные воздействия более опасны для развития меланомы, чем низкодозные повторные воздействия, даже если общая доза ультрафиолетового излучения будет такой же.

Возраст. Почти половина всех меланом выявляется у лиц старше 50 лет. Однако меланома может возникнуть и в более молодом возрасте (20-30 лет). В действительности, меланома является одной из наиболее частых опухолей у лиц моложе 30 лет. Меланома у лиц с отягощенным семейным анамнезом развивается в более молодом возрасте, чем в общей популяции.

Пигментная ксеродерма. Пигментная ксеродерма является редким наследуемым заболеванием, возникающим в результате дефекта фермента, который восстанавливает поврежденную ДНК. У лиц, страдающих пигментной ксеродермой, имеется высокий риск как меланомы, так и немеланомных злокачественных опухолей кожи (базально-клеточный, плоскоклеточный рак кожи). Так как лица с пигментной ксеродермой менее способны восстанавливать повреждение ДНК, вызванное солнечными лучами, у них могут развиваться опухоли на открытых участках кожи, подвергающихся солнечному воздействию.

Наличие в анамнезе меланомы. У пациента, леченного по поводу меланомы, имеется повышенный риск возникновения новой злокачественной опухоли. В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012г. №915н «Порядок оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология» все больные с ЗНО подлежат пожизненному диспансерному наблюдению в онкологическом диспансере. Если течение заболевания не требует изменения тактики ведения пациента, диспансерные осмотры после проведенного лечения осуществляются: в течение первого года 1 раз в 3 месяца, в течение второго года – 1 раз в 6 месяцев, в дальнейшем – 1 раз в год.

Четкое выполнение пациентом условий диспансерного наблюдения позволяет своевременно выявить прогрессирование заболевания или вновь возникшую злокачественную опухоль.

СБОР АНАМНЕЗА И ОБСЛЕДОВАНИЕ

Тактика выявления меланомы на ранних стадиях при профилактическом осмотре предусматривает прежде всего исследование всей кожи рутинным физикальным методом при хорошем освещении и использовании увеличительного стекла. Методикой осмотра кожных покровов должен владеть и использовать ее в повседневной работе врач любой специальности, а также медицинский работник смотрового кабинета медицинских учреждений первичной медико-санитарной помощи.

Сбор анамнеза включает информацию о симптомах заболевания и факторах риска: когда впервые появилось образование на коже и изменилось ли оно по размеру и внешнему виду; о контактах с веществами, вызывающими рак кожи; о случаях рака кожи в семье обследуемого.

Осмотр кожных покровов. Необходимо последовательно осматривать кожу лица, головы, шеи, туловища и конечностей с целью выявления подозрительных пигментных, а также беспигментных образований кожи и возможных изъязвлений. Следует обращать внимание на наличие длительно существующих гиперемированных участков кожи с шероховатой поверхностью и наклонностью к

изъязвлению, которые располагаются в областях тела, подвергающихся воздействию раздражающих факторов (трение краев одежды, воздействие солнечных лучей, химических веществ и т.д.). С течением времени на этих местах могут возникать патологические подозрительные образования кожи.

Большую опасность на наличие меланомы представляют собой темные и синюшно-багровые пятна и узелковые образования, возвышающиеся над поверхностью кожи, склонные к увеличению и изъязвлению. Такие образования часто встречаются на коже живота, спины, нижних конечностей.

Поскольку связь меланомы с родинками и пигментными невусами довольно высока (по данным разных авторов частота развития меланомы из предшествующих невусов колеблется от 10 до 100% случаев), при сборе анамнеза и осмотре медицинские работники концентрируют внимание на следующие начальные симптомы их активизации:

- быстрый рост невуса, размер которого оставался постоянным или
- увеличивался медленно;
- уплотнение невуса;
- асимметричное увеличение одного из участков невуса;
- изменение пигментации (усиление или уменьшение);
- появление красноты в виде венчика вокруг невуса;
- выпадение волос с его поверхности;
- появление ощущения наличия невуса (возникновение зуда, чувства жжения, напряжения, покалывания);
- появление папилломатозных выростов, трещин, изъязвления, кровоточивости.

Перечисленные признаки представляются весьма важными для ранней диагностики меланомы кожи. Медицинский работник, осуществляющий осмотр кожи, должен пальпировать лимфатические узлы в паховых и подмышечных областях, на шее и вблизи подозрительного очага. Увеличение лимфатических узлов может быть следствием их метастатического поражения.

Большинство меланом на ранней стадии развития имеют диаметр менее 6-8 мм и толщину менее 1 мм. Такие меланомы чаще характеризуются медленным течением и представлены в виде типичных родинок. Большинство из них обнаруживают в процессе медицинских исследований (например, при измерении артериального давления) самоосмотре или членами семьи. Типичными признаками для возникновения у медицинского работника подозрения на раннюю форму меланомы являются появление новых или наличие прежних, но растущих и изменившихся пигментных образований на коже. При росте меланомы очертания опухоли становятся неровными, пигментация варьирует в оттенках коричневого, черного или серого цвета.

Система «ABCDE»

Американским врачом Р. Фридманом была разработана система «ABCDE», представляющая собой алгоритм пошагового осмотра подозрительных на малигнизацию невусов. Эта система получила признание у онкологов и дерматологов мира, поскольку используемые в ней признаки и симптомы помогают отличить обычную родинку (невус) от меланомы.

1. Asymmetry – асимметрия родинки (одна половина родинки не соответствует другой);
2. Border irregularity – неровность края (границы родинки неровные, зазубренные, нечеткие);
3. Color – изменение цвета (неодинаковый цвет разных частей родинки);
4. Diameter – изменение диаметра (диаметр родинки более 6 мм);
5. Elevation and/or evolution – возвышение над уровнем кожи и/или любое изменение родинки, произошедшее за последнее время (минимум на протяжении 2 мес).

Следует отметить, что в последнее время все чаще выявляются меланомы размером от 3 до 6 мм. Клинические различия между доброкачественными пигментными образованиями и меланомой кожи, выявляемые при использовании системы «ABCDE», представлены на рис. 1,2,3, 4.

Система «ФИГАРО»

Диагноз по системе «ФИГАРО» учитывает шесть основных признаков поверхностно распространяющейся меланомы:

- форма выпуклая, приподнятая над уровнем кожи, что видно при боковом освещении;
- изменение размера, ускорение роста;
- границы неправильные, «изрезанные» края;
- асимметрия;
- размер крупный, диаметр более 6 мм;
- окраска неравномерная, беспорядочное смешение коричневого, черного, серого, розового цвета (рис. 5).

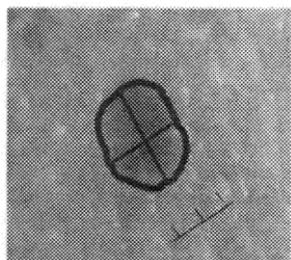


Рис. 1. Доброкачественное пигментное образование – невус.

- А – асимметрия образования;
- В – неровные контуры образования;
- С – неравномерность окраски образования;
- Д – диаметр: более 1 см;
- Е – возвышение над уровнем кожи.

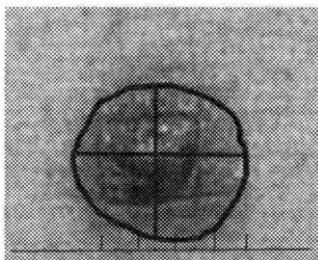


Рис. 2. Диспластический невус (требуется диспансерного наблюдения).

- А – асимметрия образования – (+);
- В – неровные контуры образования;
- С – неравномерность окраски образования – (+);
- Д – диаметр: более 1 см – (+);
- Е – возвышение над уровнем кожи.

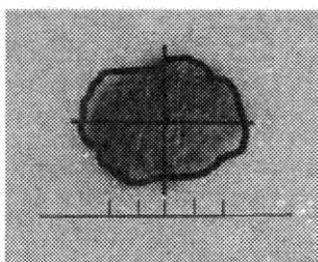


Рис. 3. Ранняя меланома кожи.

- А – асимметрия образования – (+);
- В – неровные контуры образования – (+);
- С – неравномерность окраски образования – (+);
- Д – диаметр: более 1 см – (+)
- Е – возвышение над уровнем кожи.

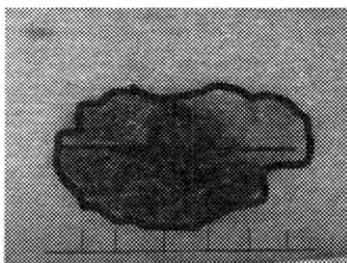


Рис. 4. Развивающаяся меланома кожи.

- А – асимметрия образования – (+);
- В – неровные контуры образования – (+);
- С – неравномерность окраски образования – (+);
- Д – диаметр: более 1 см – (+);
- Е – возвышение над уровнем кожи – (+).

Тестовая система «Glasgow»

Система «Glasgow» включает 7 симптомов: размер пигментного образования; контуры пигментного образования; изменение цвета пигментного образования; воспаление пигментного образования; мокнущая или кровоточащая поверхность пигментного образования; появление ощущений в области образования; наибольший диаметр (>7 мм).

Современные инструментальные средства диагностики пигментных новообразований кожи обладают рядом недостатков, препятствующих их широкому внедрению в клиническую практику: отсутствие формализованного комплекса диагностических параметров новообразований кожи, количественной оценки диагностических признаков новообразований кожи. Кроме того, применение современных инструментальных средств диагностики пигментных новообразований кожи при синдроме кожной полинеоплазии сопряжено с большими временными затратами. Синдром полинеоплазии характеризуется большим (от 50 и более) количеством новообразований у пациента и высоким риском развития злокачественной меланомы. Развитие метода картирования поверхности кожи от простого нанесения на карту обнаруженных врачом новообразований до метода тотального автоматизированного обследования кожных покровов позволяет ликвидировать описанные недостатки инструментальной диагностики в дерматологии. В настоящее время за рубежом и в России разработано несколько таких систем, и скоро они будут доступны как специалистам, так и врачам общей практики (рис. 6).

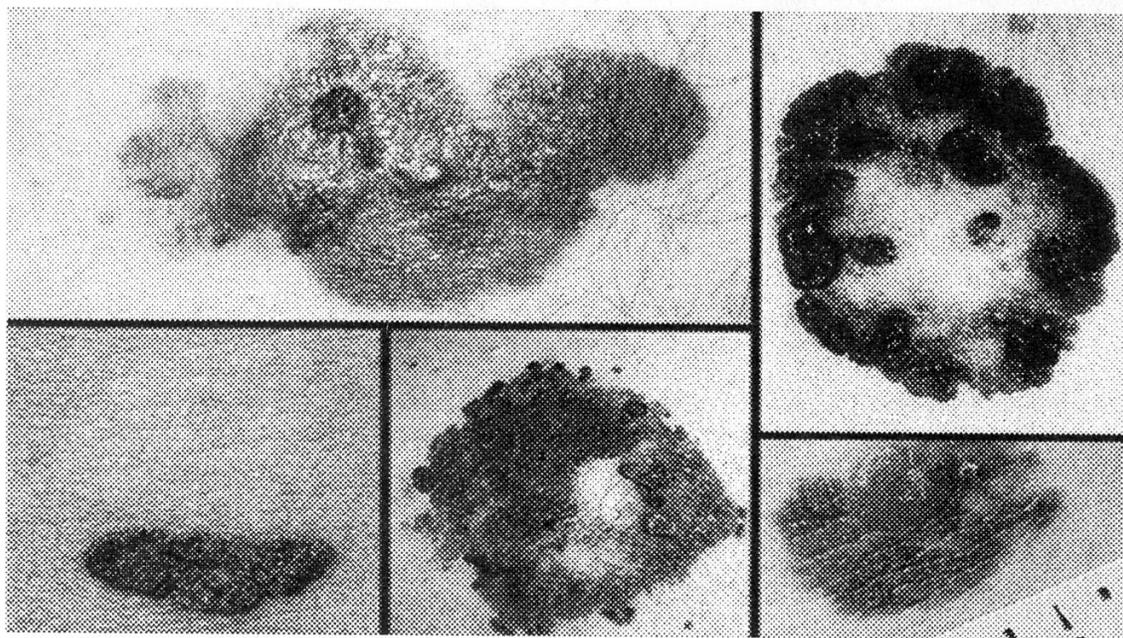


Рис. 5. Признаки поверхностно-распространяющейся меланомы по системе «ФИГАРО»: вытуклая, приподнятая над уровнем кожи, форма новообразования; неправильные границы, «изрезанные» края; асимметрия; диаметр новообразования более 6 мм; неравномерная окраска (беспорядочное смешение коричневого, черного, серого, розового цвета).

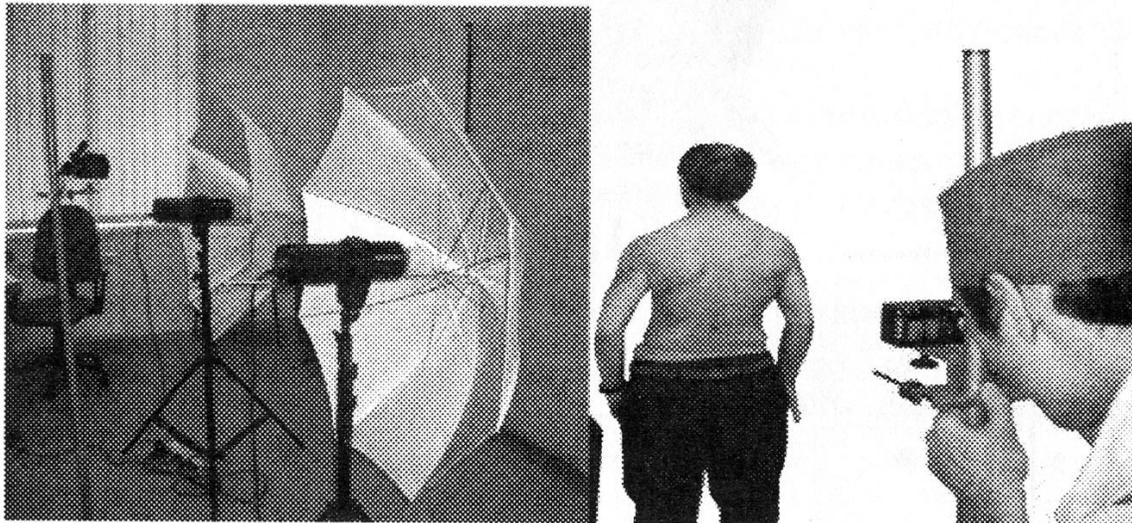


Рис. 6. Автоматизированная отечественная система для диагностики и динамического наблюдения за пигментными образованиями кожи.

Диагностика меланомы кожи

- Тщательный сбор анамнеза.
- Осмотр кожных покровов всего тела, в том числе волосистой части головы, половых органов и перианальной зоны, пальцевое исследование прямой кишки.
- Пальпация всех доступных групп лимфатических узлов (шейных, надключичных, подмышечных, пахово-бедренных и др.).
- Рентгенографическое исследование органов грудной клетки.
- Ультразвуковое исследование органов брюшной полости и регионарных лимфатических узлов.
- Цитологическое исследование мазков-отпечатков новообразования (при изъязвленной поверхности опухоли).

Пример протокола обследования пациента с использованием комплекса для диагностики и динамического наблюдения за пигментными образованиями кожи.

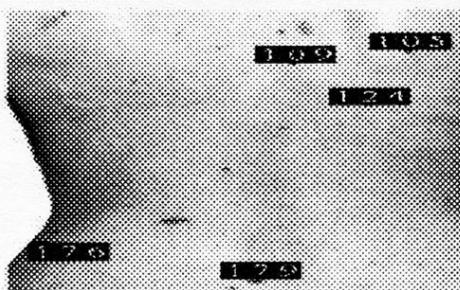
Протокол исследования кожных покровов №

ФИО

Описание анатомической зоны

Дата предыдущего обследования

Дата текущего обследования



Диагностические параметры

№	Изображение	Максимальный диаметр, мм	Форма	Время жизни, лет	Цвет, границы	Плотность, %	Насыщенность пигментации	Гомогенность пигментации, %	Время жизни, лет
1.1		5.5	эллипс	22.2	розов	1.7	розов	10.4	69
1.2		8.8	эллипс	10.7	розов	1.5	розов	9	62

№	Изображение	Максимальный диаметр, мм	Форма	Время жизни, лет	Цвет, границы	Плотность, %	Насыщенность пигментации	Гомогенность пигментации, %	Время жизни, лет
1.3		5	эллипс	20.9	розов	1.5	розов	9.5	69
1.4		4.4	эллипс	4.5	розов	3.4	розов	11.2	93
1.5		11.5	эллипс	-	розов	-	розов	-	67

Заключение

Исследование провел

ФИО

Дата

- Биопсия. Хирургическое лечение при пигментированных образованиях кожи и слизистых оболочек не должно проводиться без документальной морфологической верификации диагноза. Любое новообразование, манифестируемое как меланома, должно быть подвергнуто биопсии с последующим лечением.
- При наличии увеличенных или измененных (данные УЗИ) лимфатических узлов с целью подтверждения метастатического характера их поражения выполняется тонкоигольная пункционная (аспирационная) биопсия.
- При отсутствии клинических и инструментальных сведений о наличии регионарных лимфогенных метастазов рекомендуется проведение идентификации и биопсии «сторожевых» лимфатических узлов согласно принятым алгоритмам.
- При наличии клинических симптомов поражения костной системы и головного мозга дополнительно выполняется сцинтиграфия или рентгенография костей скелета, компьютерная томография головного мозга.

Клинические признаки меланомы

В связи с частым возникновением меланомы кожи из доброкачественных пигментных образований необходимо знание клинических проявлений их малигнизации. Сформировавшаяся меланома кожи независимо от ее происхождения (из пограничного пигментного невуса, лентиго или возникновения *de novo*) имеет ряд схожих признаков. Размер опухоли чаще не превышает 1-3 см в наибольшем диаметре, но может быть и больше. Она, как правило, возвышается над уровнем кожи. Форма новообразования может быть плоской, бугристой, узловой, полусферической или грибовидной; консистенция – эластической, напряженноэластической, но чаще плотной; поверхность – блестящей, зеркально-блестящей, мокнущей, легко кровоточащей или покрытой корочками и изъязвившейся. Пигментация бывает равномерной или пятнистой, цвет – коричневый, черный, синий, серый, розовый, красно-розовый, фиолетовый или фиолетово-розовый, причем в пределах одной и той же опухоли может быть несколько цветовых сочетаний. Отличительными признаками меланомы являются появление новых «дочерних» узелковых (сателлиты) или пигментных включений в окружности опухоли, лучистых разрастаний в результате распространения меланомы по лимфатическим щелям, увеличение регионарных лимфатических узлов. Регионарные метастазы выявляют в виде одиночных плотных узлов или пакета их. В редких случаях меланома представляет собой опухоль на ножке с гладкой папилломатозной, местами изъязвленной поверхностью, окрашенной в синий, черный, коричневый или серый цвет. Некоторые авторы считают, что чем меньше зрелость новообразования, тем меньше пигмента она вырабатывает. Встречаются и так называемые беспигментные меланомы, диагностика которых до операции очень трудна.

Выявление нескольких из перечисленных симптомов позволяет клинически с большей долей вероятности установить правильный диагноз. При этом отдельные проявления активизации невуса (повышение пролиферации, дисплазии клеток) имеют разное диагностическое значение. Так, увеличение лимфатических узлов и появление сателлитов указывают не только на малигнизацию невуса, но и на генерализацию опухолевого процесса. Наличие только одного признака малигнизации недостаточно для постановки диагноза, так как первые признаки озлокачествления нередко трудноотличимы от обычных воспалительных изменений.

Начальная картина заболевания в случае роста из невуса протекает следующим образом. Родимое пятно после предшествующей травмы или без видимых причин начинает увеличиваться, изменять окраску и превращается в экзофитную опухоль, которая иногда возникает эксцентрично на одном из участков пигментного образования (рис. 7).

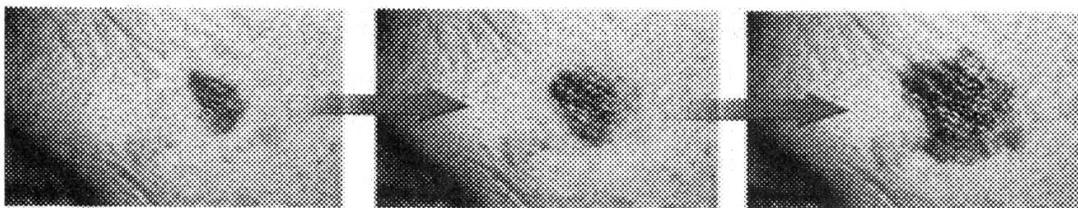


Рис. 7. Эволюция невуса в меланому.

Анализ результатов применения существующих методик визуализационной диагностики (система ABCD, система «Glasdgow» и др.), проведенный в НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова, свидетельствует, что при использовании их врачом общего профиля эффективность диагностики недостаточно высока: ошибки 1-го рода составляют 73%, 2-го рода – 70%. И только у высококвалифицированных специалистов при использовании инструментальных средств диагностическая ошибка 1-го рода снижается до – 12%, 2-го рода – до 4%.

В задачу медицинского работника, проводящего профилактический или периодический медицинский осмотр, не входит установление точного диагноза. Он должен только заподозрить патологию и направить пациента к врачу-дерматологу или онкологу на углубленное обследование. С пигментных опухолей материал получают только методом отпечатков путем прикладывания чистого обезжиренного стекла к изъязвившейся или мацерированной поверхности.

Направление на дополнительное обследование. При подозрении на меланому или ее выявление с целью сокращения сроков обследования пациентов и обеспечения своевременного их направления в онкологические специализированные учреждения приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012г. № 915н «Порядок оказания медицинской помощи населению по профилю онкология» определена система маршрутизации пациентов в специализированные онкологические медицинские учреждения. Пациента направляют в первичный онкологический кабинет

(отделение), после чего врач-специалист первичного онкологического кабинета направляет пациента в специализированное медицинское учреждение, имеющее лицензию на оказание медицинской помощи населению при онкологических заболеваниях, для уточнения диагноза и определения последующей тактики ведения пациента

ПРОФИЛАКТИКА

Санитарно-просветительская деятельность. Важным компонентом противораковых мероприятий является санитарно-просветительная работа среди населения. Санитарная противораковая пропаганда должна носить целенаправленный характер и проводиться с учетом онкологической ситуации и конкретных местных условий (распространенность вредных привычек, загрязненность атмосферного воздуха и природных ландшафтов, социально-бытовые условия и др.). Для проведения этой работы необходима тесная связь медицинских организаций первичной медико-санитарной помощи с онкологическим диспансером (областным, краевым, республиканским, городским) с целью получения методических материалов по противораковой пропаганде. К проведению противораковых мероприятий главные врачи медицинских организаций первичной медико-санитарной помощи должны широко привлекать общественные организации, шире использовать средства массовой информации – печать, радио и телевидение.

Условия, позволяющие снизить риск возникновения меланомы кожи. Медицинский персонал медицинских организаций первичной медико-санитарной помощи, используя все доступные средства массовой информации, обязан информировать население о возможности и необходимости предотвращения развития меланомы. Наиболее важным путем снижения риска возникновения меланомы является сокращение времени пребывания под интенсивным солнечным светом.

Защита кожи от воздействия ультрафиолетового излучения – это лучший способ снижения риска развития меланомы. Существуют четыре основных способа, помогающие ограничить воздействие ультрафиолетового (УФ) излучения: головной убор, солнцезащитные очки для защиты глаз и чувствительной кожи около них, одежда, солнцезащитные кремы.

Обычные кепки и бейсболки не закрывают уши и шею – участки кожного покрова, где часто развивается меланома. Соломенные шляпы защищают хуже, чем головные уборы из плотной ткани. Самым лучшим вариантом является шляпа с полями около 5-8 см. Она защищает участки кожи на ушах, лбу, носу, веках и волосистую часть головы.

Большие солнцезащитные очки, стекла которых поглощают не менее 99% УФ лучей с длиной волны до 400 нм, обеспечивают наилучшую защиту глаз и кожи вокруг них.

Одежда обеспечивает различный уровень защиты кожи. Рубашки с длинными рукавами, длинные брюки или юбки являются лучшим вариантом. Лучше защищает кожу от солнечных лучей темная и плотная ткань. Нужно иметь в виду, что если через ткань виден солнечный свет, то через нее проходят и

УФ лучи. Сухая одежда, по сравнению с влажной, обеспечивает большую степень защиты. Сейчас выпускается специальная легкая одежда, которая даже при намочении защищает от УФ излучения. На такой одежде находится ярлык с указанием коэффициента защиты от ультрафиолета (UPF). Чем больше значение UPF (по шкале от 15 до 50), тем выше степень защиты от УФ лучей.

В период сильной солнечной активности с 10.00 до 16.00 ч. для защиты кожи от солнца необходимо использовать специальные средства и бальзамы для губ с коэффициентом защиты от солнца (SPF) от 30 и выше.

Длительное пребывание на солнце повышает вероятность возникновения меланомы, несмотря на профилактические мероприятия. Использование солнцезащитных средств не гарантирует полного исключения вредного влияния УФ лучей, но их защитное действие снижает риск развития меланомы. Еще один способ избежать вредного воздействия УФ – это ограничение времени нахождения на солнце. Это очень важно в середине дня, между 10.00 и 16.00 час, когда УФ-излучение наиболее активно. Необходимо помнить, что солнечный свет и УФ лучи способны проходить через легкие облака, могут проникать через воду, отражаются от воды, песка, асфальта и снега.

Лампы солнечного света. Посещать солярий и использовать лампы солнечного света большинство дерматологов и медицинских организаций не рекомендуют. УФ излучение в солярии небезвредно, так как лампы испускают УФ-А и УФ-В лучи, что может привести к развитию рака.

Защита детей от солнца. Детская кожа требует особого внимания, так как дети много времени проводят на солнце и их кожа легко обгорает. Детям старшего возраста, поскольку они более независимы от взрослых, необходимо рассказать о вреде солнечного света. Покрывать кожу ребенка защитными средствами следует как можно тщательнее. Находиться на открытом солнце детям младше 6 месяцев не следует. Их кожу нужно защищать одеждой и головными уборами.

Самостоятельный осмотр. Врач должен нацелить пациентов на необходимость ежемесячного самостоятельного осмотра кожи и обучить их элементарным правилам самообследования.

Для своевременного обнаружения кожных изменений, необходимо знать особенности роста невусов и других образований на коже. Желательно проводить самообследование кожи при хорошем освещении и напротив зеркала в полный рост. Можно пользоваться карманным зеркалом при осмотре труднодоступных участков кожи.

Следует осмотреть кожу на всех участках тела, в том числе стопы, ладони, уши, волосистую часть головы, ногти и спину. Примерно в 35% случаев у мужчин меланома возникает на спине. Обо всех новых очагах на коже или об изменении размера, формы или цвета уже существующих образований следует немедленно сообщить врачу. Любые необычные дефекты кожи, изъязвления, припухлости, изменение внешнего вида кожи или привычных ощущений могут являться признаками меланомы. Кожа может покрываться корочками или чешуйками, возникают необычные выделения или кровоточивость,

возможен зуд, повышенная чувствительность или болезненность. Часто возникает отек или покраснение. Необходимо обращать внимание на пятна на коже, отличающиеся от обычных невусов.

Даже опытный врач, в некоторых случаях, с трудом может отличить нормальные невусы от очагов меланомы. Поэтому любые необычные участки на коже следует показать врачу-дерматологу или онкологу.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На I съезде врачей Российской Федерации, состоявшемся 5 октября 2012 г. в г. Москве, министр здравоохранения В.И. Скворцова поставила перед медицинским сообществом задачу «переформатирования системы оказания медицинской помощи с разворотом привычного вектора «врач – больной» в сторону «врач – здоровый человек». Одним из путей решения задачи является формирование и внедрение системы управления здоровьем, в первую очередь организация первичной медицинской помощи.

Было подчеркнуто, что профилактическая деятельность врачей первичного звена должна занимать не менее 30% рабочего времени. Для этого необходимы новые подходы к организации работы участковой службы, тарифной политике, новые материальные стимулы оценки работы врача: не по количеству посещений больных и выписанных рецептов, а по конечному результату – состоянию здоровья прикрепленного населения, проценту заболеваний, выявленных на самой ранней, излечимой стадии. Это возможно при условии устранения формализма и повышения профессионального уровня профилактических осмотров и обследований, итогом которых должно стать не только выявление факторов риска и ранних признаков заболеваний, но и активное предупреждение их развития.

Вместе с тем следует отметить регистрируемый в России высокий показатель запущенности злокачественных новообразований визуальных локализаций (III-IV стадия), к которым относятся кожные покровы, наружные половые органы, молочная железа, щитовидная железа, прямая кишка, губы, органы полости рта, периферические лимфатические узлы. Эти органы доступны визуальному осмотру и пальпации, а также могут быть обследованы с помощью цитологического метода. Опухоли наружных локализаций, которые можно обнаружить в ходе профилактических осмотров, составляют 30% среди всех злокачественных опухолей у лиц обоего пола и почти 40% у женщин. Эти цифры свидетельствуют о недопустимо низкой активности специалистов первичного звена здравоохранения в выявлении злокачественных опухолей. Их ранняя и активная диагностика должна стать одним из приоритетных направлений деятельности амбулаторно-поликлинических медицинских организаций страны.

Одной из форм профилактических мероприятий, направленных на предупреждение и раннее выявление меланомы кожи, является «День диагностики меланомы» – акция, ежегодно проводимая в мае во 20 многих странах мира. Ее целью является информирование населения о необходимости

профилактики злокачественной опухоли, полное излечение которой возможно на ранней стадии развития. В 1999 г. Бельгия явилась инициатором проведения акции в Европе. Мероприятие координируется сообществом европейских дерматологов, которые в этот день проводят бесплатный осмотр населения. О его эффективности свидетельствуют цифры: в Европе в 1997-1999 гг. около 14% меланом обнаружили на ранней стадии, сейчас эта цифра значительно выше. Уже в 2002 г. в Бельгии 58% новых случаев меланомы кожи были выявлены на ранней стадии.

В России после официального одобрения Европейской организации «Euro Melanoma» «День диагностики меланомы» ежегодно проводится с 2007 г. Проект имеет огромное социальное значение. Особую значимость приобретают вопросы ранней диагностики и профилактики заболевания, т.е. своевременное выявление подозрительных по малигнизации невусов и их профилактическое удаление. Такой подход в настоящее время представляется единственно действенным в профилактике меланомы. В нашей стране «День диагностики меланомы» проходит под эгидой Ассоциации онкологов России, Национального альянса дерматологов и косметологов при поддержке фармацевтической лаборатории La Roche-Posay.

В 2007 г., когда проект только начался, в «Дне диагностики меланомы» приняли участие 17 городов, 105 врачей и 2292 пациента. В 2010 г. в России акция прошла уже в 47 городах, было обследовано более 8100 пациентов, меланома заподозрена у 464 из них. В 2011 г. «День диагностики меланомы» прошел уже в 55 городах, было обследовано более 9000 пациентов и заподозрили меланому у 180 из них. Жители крупнейших городов России смогли бесплатно получить консультацию, а также пройти обследование пигментных образований на коже, предварительно зарегистрировавшись по телефону **горячей линии 8(800) 2000- 345**.

В заключение следует отметить, что только целенаправленная систематическая профилактическая деятельность всего медицинского сообщества организаций первичной медико-санитарной помощи позволит выявлять пациентов до стадии манифестации заболевания, существенно повышая шансы на эффективность специфического лечения и благоприятный прогноз. Участие в профилактических мероприятиях населения должно активно рекомендоваться врачами первого контакта – участковыми терапевтами, семейными врачами и другими специалистами.