

ID: 2021-01-3881-R-19329

Краткое сообщение

Абдурахманов А.К., Тонкачева А.А.

Диагностика меланомы кожи. Обзор литературы*ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России***Резюме**

Работа посвящена вопросам раннего выявления меланомы кожи. Отражены основные показатели заболеваемости, выживаемости и смертности в России. 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.

Ключевые слова: меланома, диагностика

Меланома кожи – злокачественная опухоль, возникающая из меланоцитов и относящаяся к разряду высокозлокачественных новообразований [1]. В 2017 г. в Российской Федерации меланомой кожи заболело 11 057 человек [2]. В 2016 г. грубый показатель заболеваемости (оба пола) составил 7,13 на 100 000 населения. В структуре заболеваемости меланомой кожи в 2016 г. составила 1,5 % у мужчин и 2 % у женщин. Среднегодовой темп прироста заболеваемости за 10 лет составил 3,07 % у мужчин и 3,54 % у женщин. Средний возраст заболевших оказался равным 61,0 года (оба пола), 60,5 (мужчины), 61,4 (женщины).

В 2016 году от меланомы кожи в России умерло 1710 мужчин и 1991 женщина. Средний возраст умерших – 63, 9 года (оба пола), 61,9 (мужчины), 65,6 (женщины). В 2016 году было зарегистрировано 19 случаев меланомы у больных в возрасте до 17 лет [3].

В 2017 году было зарегистрировано следующее распределение заболевших по стадиям: стадия I - 34,4%, стадия II - 44,7%, стадия III - 11,0%, стадия IV - 8,0%, стадия не установлена у 1,7%. Среди впервые заболевших активно заболевание выявлено у 31%. Летальность на 1-м году составила 9,8% [2].

Представленные цифры свидетельствуют о низкой эффективности работы медицинских работников «первого контакта» по выявлению злокачественных новообразований визуальных локализаций. Диагностика меланомы кожи на ранней стадии оказывает существенное влияние на результаты специализированного лечения. Сроки выживания пациентов находятся в прямой зависимости от стадии заболевания. Ранние формы меланомы могут быть излечены хирургическим методом [1].

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

Опыт онкологов тех стран, в которых интенсивно пропагандируют и профессионально применяют программы раннего распознавания меланомы, включающие самообследование 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 самоосмотру и выявлению подозрительных на рак поражений кожи с последующим обращением за специализированной помощью приводит к снижению заболеваемости и смертности от меланомы. Поэтому сегодня врачи-онкологи рекомендуют квалифицированный осмотр кожных покровов 1 раз в 3 года в возрасте 20-40 лет и ежегодно в возрасте старше 40 лет [4,5].

Факторы риска повышают вероятность возникновения рака. Однако наличие одного фактора или их совокупности еще не означает, что у данного человека возникнет заболевание. К ним относятся: невусы, цвет кожи и волос, отягощенный семейный анамнез [6].

Невусы (родинки) относятся к доброкачественным меланотическим опухолям. Наличие диспластического невуса, или атипической родинки, повышает риск развития меланомы. При наличии 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 не менее чем на 50% [7].

Риск меланомы в 20 раз выше среди людей европеоидной расы по сравнению с представителями негроидной расы, что обусловлено защитным эффектом пигмента. Меланома чаще всего развивается на туловище белых мужчин и на нижних конечностях белых женщин [7].

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 этого заболевания. 10% больных меланомой имеют соответствующий семейный анамнез. У 20-40% семей с высокой частотой меланомы выявлена мутация гена, ответственного за развитие этого заболевания [5-7].

Для диагностики меланомы была разработана система «ABCDE». Она представляет собой алгоритм пошагового осмотра невусов. Включает в себя: Asymmetry – асимметрия родинки (одна половинка родинки не соответствует другой); Border irregularity – неровность края (границы родинок неровные, зубчатые, нечеткие); Color – изменение цвета (неодинаковый цвет разных частей родинки); Diameter – изменение диаметра (диаметр родинки более 6 мм); Elevation and/or evolution – возвышение над уровнем кожи и/или любое изменение родинки, произошедшее за последнее время (минимум на протяжении 2 мес.) [8].

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.

Целенаправленная систематическая профилактическая деятельность всего медицинского сообщества организаций первичной медико-санитарной помощи позволит выявлять пациентов до стадии манифестации заболевания, существенно повысить шансы на

эффективность специфического лечения и благоприятный прогноз. Участие в профилактических мероприятиях населения должно активно пропагандироваться врачами первого контакта – участковыми терапевтами, семейными врачами и другими специалистами.

Литература

1. Клинические рекомендации. Меланома кожи и слизистых оболочек. 2018.
2. Каприн АД, Старинский ВВ, Петрова ГВ (eds.): Состояние онкологической помощи населению России в 2017 году. М.: МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России; 2018.
3. Каприн АД, Старинский ВВ, Петрова ГВ (eds.): Злокачественные новообразования в России в 2016 году (заболеваемость и смертность). М.: МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России; 2018.
4. Демидов Л.В. Принципы диагностики и лечения меланомы кожи: Автореф. дис. д-ра мед. наук. М., 1996; 32 с.
5. Kashani-Sabet M, Sagebiei RW, Ferreira CM, Nosrati M. Tumor vascularity in the prognostic assessment of primary cutaneous melanoma. J ASCO 2001; 20(1): 357a.
6. Dubin N, Pasternack BS, Moseson M: Simultaneous assessment of risk factors for malignant melanoma and non-melanoma skin lesions, with emphasis on sun exposure and related variables. Int J Epidemiol 1990, 19(4):811-819.
7. Elwood JM, Koh HK: Etiology, epidemiology, risk factors, and public health issues of melanoma. Curr Opin Oncol 1994, 6(2):179-187.
8. Синельников ИЕ, Барышников КА, Демидов ЛВ: Клиническая диагностика меланомы кожи. Вестник ФГБУ «РОНЦ им НН Блохина» 2017, 28(1-2):68-73.