

Федеральное государственное образовательное учреждение
высшего образования «Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра онкологии и лучевой терапии с курсом ПО

Зав.каф.: дмн, профессор Зуков Р.А.

РЕФЕРАТ:

Раннее выявление и профилактика меланомы кожи.

Выполнила: клинический ординатор 2-го года
обучения кафедры онкологии и лучевой терапии
с курсом ПО Григорьева В. И.

Красноярск 2022г.

Содержание:

1. Определение меланомы и актуальность темы.
2. Факторы риска развития меланомы.
3. Клиническая характеристика меланом.
4. Признаки малигнизации невусов.
5. Профилактика.
6. Заключение.
7. Список литературы.

Определение меланомы и актуальность темы

Рак кожи и меланома – одно из наиболее распространенных в мире онкологических заболеваний и в ряде стран (США, Австралия), оно выходит на первое место. Заболеваемость меланомой зависит от количества ультрафиолетовых лучей и солнечной активности.

Меланома кожи - чрезвычайно злокачественная опухоль, развивающаяся из меланоцитов - пигментных клеток, продуцирующих специфический полипептид меланин. Характерным для меланомы является скопление меланина в клетках опухоли, хотя встречаются так называемые беспигментные меланомы.

Меланомы возникают преимущественно на коже, но также могут развиваться и на слизистых оболочках полости рта, области гениталий и ректальной области и конъюнктиве. Меланомы могут также развиваться в сосудистой оболочке глаза, лептоменинге (мягкой или паутинной оболочках мозга), и в ногтевом ложе. Меланомы имеют разный размер, форму и цвет (обычно опухоли пигментированы) и разную склонность к инвазивному росту и метастазированию. Метастазы распространяются по лимфатическим и кровеносным сосудам. Локальные метастазы возникают в форме сателлитных папул или узелков, расположенных вблизи опухоли, которые могут быть как пигментированными, так и беспигментными. Могут образовываться метастазы в кожу или внутренние органы, и иногда метастатические узелки или увеличенные лимфатические узлы обнаруживаются до выявления первичного очага.

Факторы риска развития меланомы.

Факторы риска меланомы включают:

- Воздействие солнечных лучей, особенно приводящее к повторяющимся солнечным ожогам с образованием пузырей;

- Повторное загорание с воздействием ультрафиолетовых лучей А (УФА) или лечение с применением псоралена и ультрафиолетовых лучей А (ПУФА)
- Немеланомные опухоли кожи
- Семейный и личный анамнез меланомы
- Светлая кожа, веснушки
- Атипичные невусы, особенно > 5
- Увеличенное число меланоцитарных невусов
- Иммуносупрессия
- Развитие злокачественного лентиго
- Врожденный меланоцитарный невус > 20 см (гигантский врожденный невус)
- Синдром атипичного невуса (синдром диспластического невуса)
- Семейный синдром атипичного невуса - меланомы

Невусы представляют собой образования, которые состоят из скопления меланоцитов различной степени дифференцировки, располагающихся в виде гнезд в разных слоях (уровнях) кожи. Невусы относятся к доброкачественным меланотическим опухолям. Они обычно отсутствуют при рождении, но начинают появляться у детей и подростков. Некоторые виды невусов предрасполагают к развитию меланомы.

Меланомонеопасные невусы ; внутридермальный пигментный невус ,папилломатозный невус , «Монгольское» пятно , Невус Сеттона,галоневус, пятнистый невус,пламенеющий(винный) невус,фиброэпителиальный невус.

К меланомо-опасным невусам относятся следующие : 1. Меланоз Дюбрейя (в 80 % случаев). 2. Гигантский пигментный невус (до 13 % случаев). 3.

Голубой (синий) невус. 4. Невус Отта. 5. Пограничный невус (предраковый дерматоз, который может быть пятнистым, кокардным, мишенеподобным). 6. Смешанный (сложный) невус. 7. Ювенильная меланома (веретенноклеточный невус, эпителиоидный невус). 8. Диспластический невус (предшественник меланом). 9. Пигментный внутридермальный невус.

Избыточное воздействие ультрафиолетового излучения и загара.

Основным источником ультрафиолетового излучения является солнечный свет. Ультрафиолетовые лампы и кабины относятся к другим источникам. Люди, 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.

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 высок. Меланома чаще всего развивается на туловище белых мужчин и на нижних конечностях 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.

Семейный анамнез. Риск возникновения меланомы повышен, если один или более близких родственников (мать, отец, брат, сестра, ребенок) страдали меланомой.

Иммуносупрессия. Люди, получавшие препараты, угнетающие иммунную систему, например, при трансплантации органов, имеют повышенный риск развития меланомы.

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 людей моложе 30 лет. Меланома у лиц с отягощенным семейным анамнезом развивается в более молодом возрасте, чем в общей популяции.

Наличие в анамнезе меланомы. У пациента, леченного по поводу меланомы, имеется повышенный риск возникновения новой злокачественной опухоли.

Физические факторы риска: Данная группа факторов риска представлена физическими, химическими и биологическими агентами окружающей среды, обладающими непосредственным, прямым воздействием на кожу.

- Ультрафиолетовое (УФ) излучение солнца.
- Ионизирующая радиация.
- Хроническая травматизация кожи.

Клиническая характеристика меланом.

Поверхностно-распространяющаяся меланома

Клиническая картина поверхностно-распространяющейся меланомы кожи лучше всего описывается классической аббревиатурой ABCDE.

A (asymmetry) - поверхностно-распространяющаяся меланома кожи имеет вид пигментного пятна, характеризующегося 23 асимметрией: если провести через образование воображаемую линию, одна его половина по форме не будет соответствовать другой.

B (border) - границы меланомы кожи имеют неравномерный характер: они могут быть неровными, нечеткими, иметь «географические очертания».

C (color) - для поверхностно-распространяющейся меланомы кожи характерна полихромия: наличие нескольких цветов в одном образовании.

D (diameter) - размеры поверхностно-распространяющейся меланомы кожи чаще всего превышают 0,5 см.

E (evolution или elevation — эволюция или возвышение) - для меланомы кожи всегда характерна какая-то эволюция в течение времени. Чаще всего пациент обращается с жалобой, что родинка на поверхности его кожи начала изменяться — отмечается рост, изменение конфигурации границ, появление в пределах образования разных цветовых оттенков. Одна из нередких жалоб - появление зуда, жжения, каких-то неприятных ощущений в области образования.

Узловая форма.

Правило ABCDE не применимо для узловой меланомы, поскольку формирующийся узел на первых порах может быть симметричным, с ровными границами, гомогенного черного или сине-черного цвета, диаметр может быть любым. Симптом эволюции образования, тем не менее, остается

актуальным — пациенты отмечают рост узелка в течение времени, иногда — чувство боли или жжения, появившееся в области опухоли.

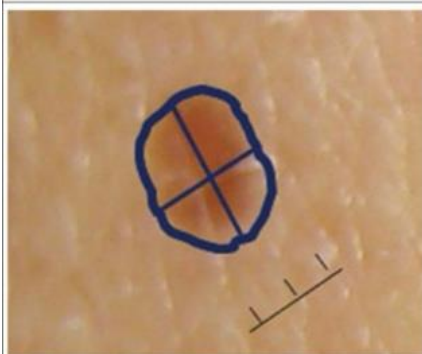
Более **редкие** клинические формы меланомы (меланома по типу злокачественного лентиго, акрально-лентигинозная меланома, подногтевая меланома, беспигментная форма опухоли и другие)

Признаки малигнизации невусов.

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:

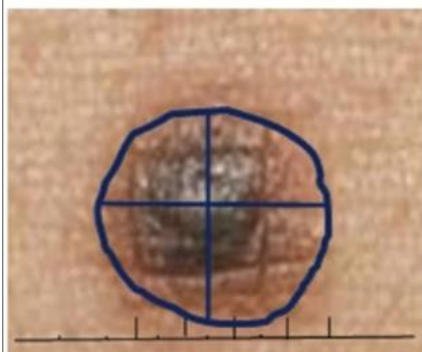
1. Asymmetry – асимметрия родинки (одна половинка родинки не соответствует другой)
 2. Border irregularity – неровность края (границы родинок неровные, зазубренные, нечеткие)
 3. Color – изменение цвета (неодинаковый цвет разных частей родинки)
 4. Diameter – изменение диаметра (диаметр родинки более 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.)
- быстрый рост невуса, размер которого оставался постоянным или увеличивался медленно;
 - уплотнение невуса;
 - ассиметричное 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.



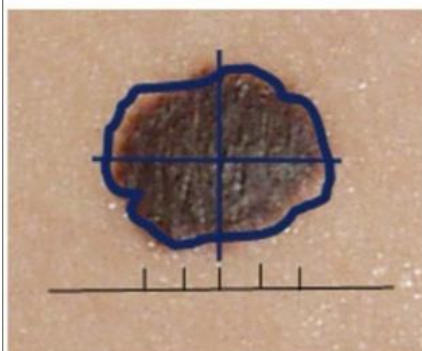
- А Асимметрия образования
В Неровные контуры образования
С Неравномерность окраски образования
D Диаметр: более 1 см
Е Возвышение над уровнем кожи

Рис. 1. Доброкачественное пигментное образование – невус.



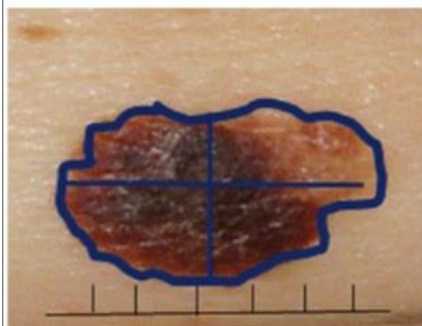
- А Асимметрия образования – X
В Неровные контуры образования
С Неравномерность окраски образования – X
D Диаметр: более 1 см – X
Е Возвышение над уровнем кожи

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



- А Асимметрия образования – X
В Неровные контуры образования – X
С Неравномерность окраски образования – X
D Диаметр: более 1 см – X
Е Возвышение над уровнем кожи

Рис. 3. Ранняя меланома кожи.



- А Асимметрия образования – X
В Неровные контуры образования – X
С Неравномерность окраски образования – X
D Диаметр: более 1 см – X
Е Возвышение над уровнем кожи – X

Рис. 4. Развивающаяся меланома кожи.

Профилактика

В настоящее время принято различать первичную и вторичную профилактику злокачественных опухолей. Меланома кожи не является исключением из этого правила.

Первичная профилактика меланомы

Профилактика меланомы кожи является комплексной и включает в себя следующие направления: онкогигиеническое, генетическое, иммунобиологическое и биохимическое. Исходя из известных факторов риска развития меланомы кожи, онкогигиеническое направление должно быть нацелено на устранение или ограничение повреждающего воздействия на кожу УФ-лучей, ионизирующей радиации, электромагнитного излучения, а также химических канцерогенов. Кроме того, врачи и население должны знать о возможности потенциальной опасности применения некоторых гормональных лекарственных препаратов (экзогенные эстрогены). Генетическое направление следует использовать при выявлении и диспансеризации лиц с врожденной предрасположенностью к меланоме, включая больных с семейной меланомой, их родственников, а также с диспластическим невусным синдромом. Для перечисленных категорий лиц и их родственников целесообразно наблюдение в медикогенетических консультациях. Иммунологическое направление может оказаться полезным для выявления и лечения лиц с различными формами иммунодефицита, иммунодепрессии, в том числе лекарственной, у больных с пересаженными органами. Биохимическое направление первичной профилактики меланомы кожи в основном находится в состоянии научной разработки. Действенные препараты для предупреждения меланомы пока еще не предложены.

Вторичная профилактика меланомы кожи

Вторичная профилактика меланомы кожи заключается в своевременном выявлении и хирургическом удалении у здоровых людей

предбластоматозных образований кожи. При меланозе Дюбрейля необходимость профилактического иссечения сомнений не вызывает. Вопрос об удалении доброкачественных пигментных невусов является более сложным. Требуется выделить той группы невусов, которые должны подвергаться хирургическому удалению из-за высокого риска малигнизации. Сюда относятся невусы, которые из-за своей локализации подвергаются травматизации, диспластические невусы, а также большие и гигантские невусы. Подход к профилактическому удалению ДН должен быть дифференцированным. При отягощенном семейном анамнезе или излеченной ранее меланоме кожи показано иссечение всех подозрительных на малигнизацию невусов. У остальных пациентов с ДН-синдромом допустимо наблюдение с периодическим использованием высокоразрешающей цветной фотографии. Профилактическое иссечение больших и гигантских пигментных невусов целесообразно выполнять как можно раньше из-за высокого риска их малигнизации. По возможности, эти невусы должны быть удалены путем тотального одномоментного иссечения. Несоблюдение 18 этого правила может увеличить риск их малигнизации. При иссечении пигментного невуса необходимо отступить не менее 1,0 см от его видимых границ и удалить подлежащую жировую клетчатку на глубину не менее 0,3 см. Выбор обезболивания должен определяться величиной невуса. При линейном размере до 10 см допустима местная инфильтрационная анестезия окружающих тканей, но не самого невуса. Иссечение больших и гигантских невусов требует общего обезболивания. Все удаленные невусы должны подвергаться плановому гистологическому исследованию.

Скрининг является одной из организационных форм раннего выявления злокачественных опухолей при профилактическом обследовании населения. В отличие от обычных массовых (сплошных) профилактических обследований, в скрининговые программы включают только те контингенты населения, в которых риск искомого заболевания, в данном случае меланомы

кожи, выше, чем в общей популяции. Диагностические методы, используемые в скрининге, должны быть эффективными и дешевыми, быстрыми и нетрудными в исполнении, безопасными и приемлемыми для обследования. Физикальный метод (осмотр, пальпация), который является основным в скрининге меланомы кожи, полностью отвечает этим требованиям. Накопленный к настоящему времени опыт проведения скрининга меланомы свидетельствует о высокой его эффективности в ранней диагностике опухоли и предопухолевых заболеваний кожи. Подчеркивается, что в скрининговых программах наряду с физикальным врачебным обследованием можно с успехом использовать и метод самообследования. Установлено, что проведение скрининга оправдано в регионах с высокой заболеваемостью населения меланомой. Основные трудности возникают при формировании популяции высокого риска. Программа скрининга должна включать в себя следующие этапы: 1) организация отбора контингента риска; 2) обучение лиц из популяции риска методам и технике самообследования; 3) проведение обследования врачами-онкологами в популяции риска не реже 2 раз в год.

Одной из форм профилактических мероприятий, направленных на предупреждение и раннее выявление меланомы кожи, является День диагностики меланомы – акция, ежегодно проводимая в мае во многих странах мира. Ее целью является информирование населения о необходимости профилактики злокачественной опухоли, полное излечение которой возможно на ранней стадии развития.

В России 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

Заключение.

Ранняя диагностика и своевременное удаление первичной меланомы кожи является основными составляющими успешной борьбы за излечение больного. Если диагноз меланомы кожи поставлен до наступления активности инвазии и соответствует 1 уровню этого процесса или состоянию «in situ» (злокачественные клетки находятся только в пределах эпидермиса над базальной мембраной), вероятность излечения близка к 100%. 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 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.

Список использованной литературы:

1. Клинические рекомендации Меланома кожи и слизистых оболочек МКБ 10: C43, C51, C60.9, C63.2 Год утверждения (частота пересмотра): 2018 (пересмотр каждый год) Версия 1.2019
2. «Злокачественные новообразования в России в 2018 году», МНИОИ им. П.А.Герцена, Москва 2018 год. Под редакцией А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой.
3. Чиссов В.И., Старинский В.В., Петрова Г.В. Состояние онкологической помощи населению России в 2017 году. М., 2011; 88-91.
4. Петрова Г.В., Старинский В.В., Грецова О.П., Харченко Н.В. Эпидемиология и состояние онкологической помощи больным с меланомой кожи в России. Российский онкологический журнал; 1: 41-5.
5. Анисимов В.В. Меланома кожи (перспективы улучшения диагностики и лечения): Дис. д-ра мед. наук. СПб: НИИ онкологии им. Петрова Н.Н., 2018; 97.
http://www.oncology.ru/specialist/journal_oncology/archive/2013/26/
6. Schmid-Wendtner H, Daumert J, Piewig G. Disease progression in patients with thin cutaneous melanomas (tumor thickness <0,75 mm), clinical and epidemiological data from the Tumor Center Munich. J ASCO; 20(1): 356a.
7. Вагнер Р.И., Анисимов В.В., Барчук А.С. Меланома кожи; ч.2. СПб: «Наука», С.274.