

В рамках общеевропейской компании Евромеланома-2022 «Меланома-фокус»



Меланома - злокачественная опухоль, образующаяся при перерождении клеток меланоцитов, которые в нормальном состоянии находятся преимущественно в коже и вырабатывают под действием ультрафиолетового излучения (окрашивающее вещество - пигмент меланин).

Количество этих клеток и продуцируемого ими пигмента определяет цвет кожи человека. Меланоциты в большом количестве содержатся в пигментных (меланоцитарных) невусах, именуемых

в быту родинками, поэтому меланома может также развиваться и из этих достаточно безобидных образований, которые имеются у большинства людей.

Термин "меланома" происходит от греческого слова "melanos" (темный, черный). Тем не менее, редко, но встречаются беспигментные варианты меланомы. Опухоль в подавляющем большинстве встречается на коже, но может располагаться и на слизистой оболочке полости рта, женских половых органов, желудочно-кишечного тракта, глазном яблоке и др.



Меланома встречается примерно в 10 раз реже, чем рак кожи и составляет 1–4 % в общей структуре злокачественных новообразований человека. Эта опухоль является одной из наиболее злокачественных и характеризуется быстрым ростом и ранним бурным лимфогенным и гематогенным метастазированием.

Около половины случаев развития меланомы приходится на лиц в возрасте 30–50 лет. Крайне редко опухоль может развиваться у детей. Меланома может развиваться на коже любой области тела, но излюбленной ее локализацией у женщин являются нижние конечности (голень), а у мужчин – туловище (спина). У пожилых людей опухоль несколько чаще локализуется на коже лица.

За последние десять лет ежегодное число случаев заболевания меланомой кожи в Беларуси увеличилось в 1,5 раза. В целом каждые 6-8 лет в мире отмечается удвоение числа больных меланомой.

Примерно в половине случаев меланома развивается на внешне здоровой коже, в остальных случаях - на месте врожденных или приобретенных пигментных невусов и меланоза Дюбрея.

К группе повышенного риска развития меланомы относятся лица:

1. с белой кожей, рыжими волосами, с голубыми, серыми или зелеными глазами;
2. постоянно обгорающие на солнце;
3. перенесшие солнечные ожоги и длительно пребывавшие на солнце, особенно в возрасте до 20 лет;
4. имеющие среди близких родственников, больных меланомой (другим раком кожи);
5. имеющие более 100 родинок на теле или более 50 в возрасте до 20 лет;
6. имеющие меланоз Дюбрея (предраковое заболевание кожи).

Хорошо известны случаи установления диагноза меланомы после травмы пигментного невуса кожи (родинки). Меланома нередко возникает после случайной или намеренной (срезание, выжигание) травмы родинки. Иногда для возникновения меланомы достаточно 1 - 2 травм.

Травматизация невуса может быть хронической и происходить незаметно. Например, хорошо крахмаленным воротничком рубашки травмируются родинки шеи, бюстгалтерами - туловища. Хронически травмируются родинки, локализирующиеся на подошвах стоп, ладонях, промежности.

Предполагается влияние некоторых гормонов на развитие и клиническое течение меланомы. Половое созревание, беременность и климактерическая перестройка расцениваются как факторы риска развития меланомы из пигментных невусов.

Определенную роль играет генетическая предрасположенность (семейные случаи меланомы).

Клинические проявления меланомы кожи

Меланома является одним из самых опасных видов злокачественных опухолей. Коварство меланомы заключается в том, что, однажды возникнув, она может незаметно развиваться в поверхностных слоях кожи в течение нескольких лет, а затем быстро распространиться по лимфатическим и кровеносным сосудам в другие органы (лимфатические узлы, легкие, головной мозг, печень), где возникают новые очаги ее роста (метастазы).

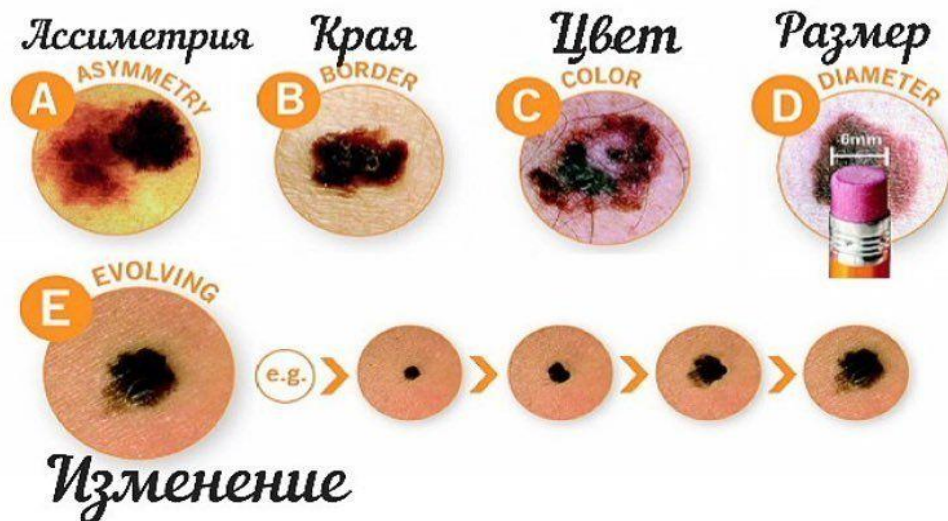
Обычно меланома представляет собой безболезненное плоское образование на коже или узелок. Цвет меланомы может быть различным: черно-синим, коричневым или розовым. Иногда опухоль может иметь сразу несколько оттенков (неравномерное распределение пигмента).

Более благоприятно протекают тонкие меланомы без изъязвления. При узловых формах и наличии изъязвления на поверхности опухоли очень высок риск развития метастазов.

При ранней стадии (тонкие и плоские опухоли) хирургическое иссечение позволяет избавиться от опухоли на срок 5 - 10 лет более чем у 90 % заболевших. Напротив, при опухолях толщиной более 4 мм и особенно изъязвленных пятилетняя выживаемость без возврата заболевания составляет не более 50 %.

Резко снижаются шансы на излечение при попытке самостоятельного удаления опухоли (срезание, перевязывание "ножки" опухоли, выжигание различными химическими веществами и т.д.).

Меланома: как распознать?



Наиболее эффективным методом раннего выявления меланомы кожи является периодическое самообследование кожных покровов. Существует своего рода "азбука меланомы", описывающая ряд признаков перерождения родинки, обозначаемых первыми четырьмя буквами латинского алфавита:

1. А (asymmetry) - асимметричность: форма "хороших" родинок чаще бывает симметричной;
2. В (border irregularity) - края родинки обычно ровные и четкие. Неровный, фестончатый контур более характерен для меланомы;
3. С (color) - доброкачественные невусы окрашены более или менее равномерно. Неодинаковый цвет разных частей новообразования более характерен для переродившейся родинки;
4. D (diameter) - диаметр родинки более 6 мм: чем больше родинка, тем больше вероятность ее перерождения. На злокачественное перерождение указывают различного рода изменения ранее существовавшей родинки. Установлено, что пигментные образования на коже, которые регулярно меняли форму и цвет, оказывались меланомой в 4 раза чаще, чем те, у которых внешний вид оставался неизменным. Поэтому к первым четырем буквам "азбуки меланомы" добавили пятую;
5. Е (evolving) - появление любых внешних изменений родинки, которыми наиболее часто являются: изменение цвета (уменьшение или резкое усиление пигментации); нарушение или полное отсутствие рисунка кожи в области невуса, "лаковая" поверхность или шелушение; появление воспалительного ареола вокруг родинки (краснота в виде венчика); изменение конфигурации по периферии, размывание контура невуса; увеличение размера невуса (особенно в возрасте старше 30 лет) и его уплотнение; зуд, жжение, покалывание в области родинки; появление трещин, изъязвлений в области родинки, кровоточивости; выпадение имевшихся на родинке волосков; внезапное исчезновение родинки (особенно после загара на солнце или в солярии).

Очень ценную дополнительную уточняющую информацию можно получить, выполнив дерматоскопическое исследование пигментного новообразования кожи, позволяющее дать визуальную оценку новообразования при 10-40-кратным увеличении.

Профилактика и раннее выявление меланомы кожи

Уменьшение риска развития меланомы:

1. регулярный самоосмотр кожных покровов. Особое внимание следует обращать на родинки в начале и в конце лета. При наличии каких-либо признаков их перерождения необходимо обратиться к врачу;
2. при наличии большого числа родинок, больших пигментных пятен или атипических невусов, следует избегать избыточной солнечной инсоляции и ежегодно обследоваться специалистов;
3. следует ограничить воздействие на кожу ультрафиолетового излучения, как солнечного, так и искусственного (солярии);
4. не следует загорать с 10 до 15 часов. Это самое опасное время, когда солнце наиболее активно и вероятность быстро получить ожоги наиболее высока. В это время малоэффективны и солнцезащитные кремы. Они защищают кожу от ожогов, но не снижают риск развития меланомы и рака кожи;
5. не находиться на солнце без защитных средств не более 30 - 40 минут. Самым надежным и простым способом защиты остаются наша одежда, головные уборы, защищающие кожу лица, и платки, прикрывающие шею. При этом предпочтение следует отдавать хлопчатобумажной и неприлегающей одежде.

Примерно в половине случаев меланома развивается из пигментных невусов. Истинная частота возникновения меланом из невусов до настоящего времени не установлена. Однако, как свидетельствует практика, меланома может развиваться из любого типа пигментного невуса. Поэтому при их удалении обязательным является послеоперационное гистологическое исследование.

Диагностика меланомы кожи

1. Методы обследования перед назначением лечения

Диагноз меланомы кожи устанавливается на основании данных морфологического исследования удаленной опухоли:

1. при наличии изъязвления на поверхности опухоли возможно выполнение цитологического исследования (мазки-отпечатки), позволяющее уточнить диагноз на дооперационном этапе;
2. увеличенный лимфатический узел пунктируется, в том числе под контролем УЗИ, для уточнения регионарного распространения процесса (метастатическое поражение лимфатического узла);
3. если диагноз меланомы, несмотря на проведенное обследование, вызывает сомнение, в качестве завершающего метода диагностики используется эксцизионная биопсия, в том числе со срочным интраоперационным гистологическим исследованием;
4. при подтверждении диагноза меланомы по результатам эксцизионной биопсии немедленно выполняется радикальное хирургическое вмешательство.

Параллельно с общеклиническим обследованием, учитывая склонность меланомы к раннему лимфогенному и гематогенному метастазированию, проводится инструментальное обследование:

1. рентгенографическое исследование органов грудной клетки;
2. ультразвуковое исследование органов брюшной полости;
3. ультразвуковое исследование регионарных лимфатических узлов;
4. при наличии клинических симптомов поражения костной системы выполняется остеосцинтиграфия или рентгенография костей скелета;
5. при наличии клинических симптомов поражения головного мозга выполняется МРТ или КТ головного мозга.

Лечение меланомы кожи

Лечение меланомы без метастазов и меланомы с метастазами только в лимфатических узлах - хирургическое. При метастатических формах заболевания используется хирургический метод, химиотерапия, иммунотерапия, общая гипертермия, фотодинамическая терапия. Лечение меланомы должно проводиться исключительно в условиях специализированного онкологического учреждения.

Хирургическое лечение меланомы кожи

Хирургическое иссечение меланомы и метастазов в регионарных лимфатических узлах в настоящее время является основным методом лечения.

Хирургическое вмешательство подразумевает иссечение опухоли в едином блоке с окружающей кожей, подкожной клетчаткой и подлежащей фасцией.

Послеоперационный дефект кожи устраняется одним из видов пластики.

Лучевое лечение меланомы кожи

Лучевая терапия при меланоме может применяться в случае невозможности хирургического удаления метастазов, а также после удаления метастазов больших размеров с целью предупреждения рецидива.

Химиотерапия и иммунотерапия при меланоме кожи

К сожалению, в настоящее время в мире нет лекарств, которые бы могли бы излечить метастазы меланомы. Профилактическая химиотерапия после хирургического удаления меланомы не применяется.

Общая гипертермия (ОГТ)

Общая гипертермия (ОГТ) применяется при лечении метастазов меланомы во внутренних органах, мягких тканях и коже (при общем удовлетворительном состоянии). ОГТ не применяется при метастазах локализующихся на голове и шее, а также в головном мозге.

ОГТ заключается в нагреве тела человека электромагнитным полем (под наркозом) с введением противоопухолевых лекарств. В ряде случаев на фоне ОГТ опухоль уменьшается в размерах или перестает расти даже при применении химиотерапии, к которой ранее она была не чувствительна.

Фотодинамическая терапия (ФДТ) применяется для лечения небольших внутрикожных метастазов меланомы. Она не позволяет излечить заболевание, но способна оказать выраженное местное противоопухолевое действие.

2. Наблюдение и обследование после проведенного лечения

После проведенной радикальной операции местные рецидивы опухоли наблюдаются крайне редко. Тем не менее, учитывая то, что метастазы меланомы могут развиваться спустя много лет после удаления первичной опухоли, необходимо пожизненное наблюдение у онколога.

Поэтому пациентам, завершившим лечение необходимо проходить обследование, которое включает:

1. осмотр всех кожных покровов;
2. пальпацию регионарных лимфатических узлов;
3. рентгенографическое исследование органов грудной клетки;
4. УЗИ органов брюшной полости;
5. общий и биохимический анализ крови;
6. определение уровня лактатдегидрогеназы (ЛДГ) в сыворотке крови (при меланоме с метастазами).

В ряде случаев необходимо применение других методов обследования (МРТ головного мозга, КТ органов брюшной и грудной полостей, остеосцинтиграфия и др.).

В течение первых двух лет контрольное обследование осуществляется каждые 3-6 мес. В течение третьего года каждые 4-12 мес., далее ежегодно.