

ВОПРОСЫ ПРОФИЛАКТИКИ МЕЛАНОМЫ

Л.П. Пикалова, А.А. Бибикова

ФГБОУ ВО Тверской государственный медицинский университет Минздрава России

Цель: провести анализ статистических данных по распространенности заболевания, ранней диагностике и профилактике в России.

Задачи: изучить и проанализировать данные научной литературы; проанализировать благоприятные и неблагоприятные прогнозы по данному заболеванию; оценить профилактические мероприятия по данному заболеванию.

Материалы и методы: проведен статистический анализ и обзор научной литературы по теме исследования.

Меланома кожи – злокачественная опухоль нейроэктодермального происхождения, исходящая из меланоцитов (пигментных клеток) кожи.

В 2017 г. в Российской Федерации меланомой кожи заболело 11 057 человек. В 2016 г. грубый показатель заболеваемости (оба пола) составил 7,13 на 100 000 населения, стандартизованный — 4,45 на 100 000 населения (4,7 и 4,3 у женщин и мужчин соответственно). В структуре заболеваемости меланома 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). Кумулятивный риск развития меланомы кожи (период: 2006–2016 гг., возраст 0–74 года) составил 0,5 % .

В 2016 году от меланомы кожи в России умерло 1710 мужчин и 1991 женщина, грубый показатель смертности (оба пола) - 2,5 на 100000 населения, стандартизованный -1,5 на 100000 населения (1,3 женщин и 1,8 у мужчин) .

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.

Предрасполагающие факторы развития меланомы:

1. Врожденные невусы >5% поверхности тела
2. Меланома в анамнезе

3. Семейная предрасположенность
4. Диспластически невусы (5 невусов > 5 мм в диаметре; 50 невусов > 2 мм в диаметре)
5. Эпизодическая активная инсоляция
6. Солнечные ожоги в детстве
7. Неспособность загорать
8. Блондины или рыжие с белой кожей и голубыми глазами
9. Веснушки
10. Проживание на экваторе (для белых)
11. Активное ультрафиолетовое облучение (загар в салонах красоты)
12. Xeroderma pigmentosum
13. Работа с некоторыми химическими веществами

Факторы риска увеличивают вероятность развития меланомы, однако наличие одного или даже нескольких факторов риска еще не означает вероятность развития заболевания.

Группы риска по заболеванию:

- Люди, имеющие пигментные невусы кожи размером 1,5 см и более визуальнo чёрной или тёмно-коричневой окраски.
- Люди, имеющие на коже более 50 пигментных невусов любого размера.
- Женщины в периоде беременности и лактации.
- Люди, которые по роду своей деятельности большее время находятся под воздействием УФ-радиации, а также люди, регулярно проводящие отпуск на юге.
- Люди, которые по роду своей деятельности постоянно имеют контакт с различными химическими канцерогенами и ионизирующей радиацией
- Люди с нарушением пигментации организма (светлый фенотип)
- Люди с генетически детерминированным или приобретённым иммунодефицитом
- Люди, длительное время принимающие гормональные препараты (эстрогены)
- Люди, пигментные невусы которых постоянно подвергаются травматизации, а также люди с однократно травмированными невусами кожи
- Люди с диспластическим невусным синдромом, а также их родственника

Основные виды профилактики:

Первичная профилактика основана на применении системы мер по выявлению факторов риска развития меланомы и их устранению:

Наблюдение за больными с очень низким риском прогрессирования заболевания

(стадия 0)

Рекомендованы ежегодные физикальные осмотры с тщательной оценкой состояния кожных покровов.

Больные с низким риском прогрессирования (I–IIА стадии)

Рекомендованы физикальные осмотры с тщательной оценкой состояния кожных покровов и периферических лимфатических узлов каждые 6 мес. в течение 5 лет, затем ежегодно.

Проведение инструментального обследования только по показаниям.

Больные с высоким риском прогрессирования заболевания (IIВ–III стадии и IV стадия после удаления солитарных метастазов)

Наблюдение за данной группой больных, не имеющих клинических признаков заболевания, рекомендовано не реже 1 раза в 3 мес. в течение 2 лет, затем каждые 6 мес. В течение 3 лет, затем ежегодно. Обследование включает в себя:

- физикальные осмотры с тщательной оценкой состояния кожных покровов и периферических лимфатических узлов;
- инструментальное обследование (РГ ОГК, УЗИ органов брюшной полости, периферических и отдаленных лимфоузлов); по показаниям: КТ органов грудной клетки,

КТ/МРТ органов брюшной полости и малого таза с внутривенным контрастированием;

- у пациентов с впервые выявленными отдаленными метастазами рекомендовано выполнение МРТ головного мозга с в/в контрастированием для исключения метастатического поражения головного мозга.

Выводы:

- Прогноз больных диссеминированной меланомой крайне неблагоприятный - медиана выживаемости 6-8 месяцев, 5-летняя выживаемость менее 5%.
- Хирургическое лечение имеет ограниченное значение, хотя и позволяет в отдельных случаях увеличить от 1 до 4-х лет продолжительность жизни больных с висцеральными солитарными метастазами меланомы (Патютко Ю.И., 1997).

- 5-летняя выживаемость больных после хирургического удаления солитарных метастазов в легкие может достигать 25% (Gorenstein LA, 1991).
- Лучевая терапия используется при метастазах меланомы в кости и в головной мозг.
- Лекарственное лечение является основным подходом при метастатической и диссеминированной меланоме.

Третичная профилактика направлена на лечение и оказание паллиативной помощи.

Литература

1. Clark WH, Jr., Elder DE, GuerryDt, Epstein MN, Greene MH, Van Horn M: A study of tumor progression: the precursor lesions of superficial spreading and nodular melanoma. *Hum Pathol* 1984, 15(12):1147-1165.
2. Plonka PM, Passeron T, Brenner M, Tobin DJ, Shibahara S, Thomas A, Slominski A, Kadakaro AL, Hershkovitz D, Peters E et al: What are melanocytes really doing all day long...? *ExpDermatol* 2009, 18(9):799-819.
3. Fitzpatrick TB: The validity and practicality of sun-reactive skin types I through VI. *Arch Dermatol* 1988, 124(6):869-871.
4. 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.
5. Carli P, Biggeri A, Nardini P, De Giorgi V, Giannotti B: Sun exposure and large numbers of common and atypical melanocytic naevi: an analytical study in a southern European population. *Br J Dermatol* 1998, 138(3):422-425.
6. Дадабаев В.К., Стрелков А.А. Законодательная основа производства судебно-медицинской экспертизы и возможности применения рентгеновского метода компьютерной томографии (СКТ) в исследовании трупа // Библиотека криминалис та. Научный журнал. 2014. № 6 (17). С. 275-280.
7. Колкутин В.В., Ковалёв А.В., Дадабаев В.К. Судебно-медицинские аспекты диагностики хронических субдуральных гематом // Военно-медицинский журнал. 2007. Т. 328. № 8. С. 67-68.