

МЕЛАНОМА

Высоцкая Екатерина Юрьевна

студент, Гомельский государственный медицинский университет, Республика Беларусь, г. Гомель

Бондарчук Владислав Максимович

студент, Гомельский государственный медицинский университет, Республика Беларусь, г. Гомель

Холщевникава Марина Михайловна

студент, Гомельский государственный медицинский университет, Республика Беларусь, г. Гомель

Порошина Лариса Александровна

научный руководитель, старший преподаватель, Гомельский государственный медицинский университет, Республика Беларусь, г. Гомель

Аннотация. Меланома — злокачественная опухоль, развивающаяся из меланоцитов. Меланома может развиваться из меланоцитов *de novo* (первичная меланома) или в ранее существующих невусах (вторичная меланома).

Abstract. Melanoma is a malignant tumor that develops from melanocytes - pigment cells that produce melanins. Along with squamous cell and basal cell skin cancer, it refers to malignant skin tumors.

Ключевые слова: Меланома, дерматовенерология, новообразования кожи.

Keywords: Melanoma, dermatovenerology, skin neoplasms.

Актуальность: Несмотря на достижения последних десятилетий, лечение меланомы кожи остается крайне трудной проблемой. С одной стороны, наружная локализация опухоли, возможность радикального лечения ранних стадий, высокая иммуногенность позволяют рассчитывать на успех в лечении. С другой – высокая частота рецидивов, непредсказуемость клинического течения заболевания и отсутствие эффективной системной терапии делают пессимистичными прогнозы при возникновении прогрессирования болезни.

Цель: выявление закономерностей среди пациентов с меланомой, привлечение внимания к проблеме роста заболеваемости среди населения.

Задачи: анализ литературных данных по теме меланома, исследование особенностей клинических и эпидемиологических проявлений плоскоклеточной карциномы кожи.

Материал и методы исследования: произведена ретроспективный анализ карт 20

пациентов с меланомой, обзор литературных данных, научных статей по исследуемой проблематике.

Результаты исследования и их обсуждение:

Меланома является злокачественной опухолью нейроэктодермального происхождения, развивающейся из меланоцитов, расположенных преимущественно в коже[3]. Меланома может развиваться из меланоцитов de novo (первичная меланома) или в ранее существующих невусах (вторичная меланома) [2]. Во всем мире отмечается неизменная тенденция к постоянному росту заболеваемости меланомой кожи. Доля меланомы среди образований кожи составляет всего 2 %. Но именно от этого злокачественного новообразования умирают 80 % пациентов с опухолями кожи [4].

Меланома кожи является относительно редкой опухолью, однако заболеваемость ею характеризуется высокими темпами роста, а самой опухоли присуще агрессивное течение, что обуславливает 80% случаев летальных исходов вследствие поражения кожи злокачественными опухолями. При этом доля меланомы в общей группе злокачественных заболеваний кожи составляет всего лишь 10% [4, 6]. Причиной агрессивности меланомы является быстрое прогрессирование в виде появления множественных метастазов как в отдаленных органах и в регионарных лимфоузлах, так и появления сателлитных метастазов в коже и мягких тканях вблизи первичной опухоли[5]. В ряде случаев сателлиты в коже и мягких тканях проявляются без генерализации процесса. Появление транзиторных региональных метастазов у больных меланомой сопровождается рядом клинических проявлений и существенно снижает качество жизни пациента [1].

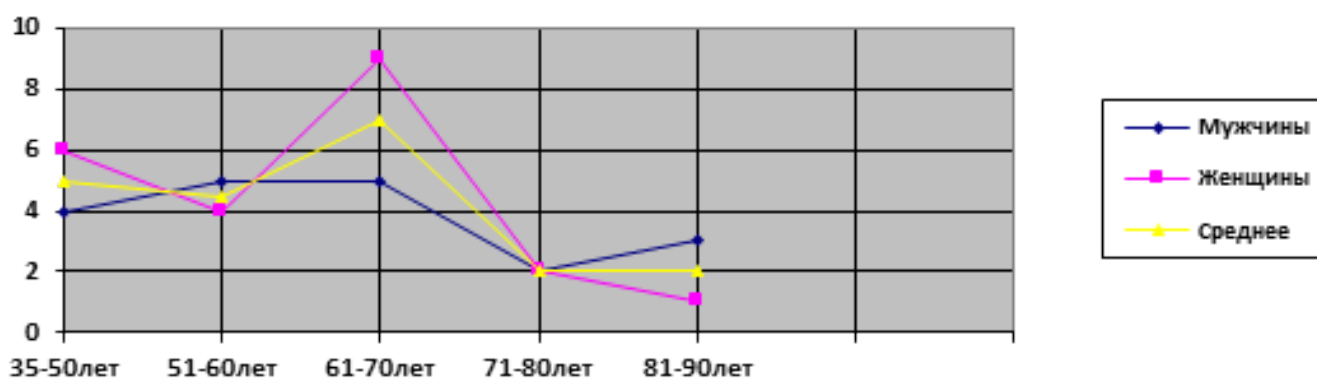
Ранняя диагностика данного заболевания проводится методом дерматоскопии при помощи лупы. Она проводится по системе А, В, С, D, Е, предложенную Friedman в 1985 году.

А — asymmetry, асимметричность родинки. В — border irregularity, неровный край. С — color, неодинаковый цвет разных частей родинки. D — diameter, диаметр невуса более 6 миллиметров. Е — evolving, изменчивость невуса.

Была произведена оценка 42 карт пациентов с меланомой, из которых 60% (25) женщины и 40% (17) мужчины.

Таблица 1.

Распределение пациентов по возрастному признаку



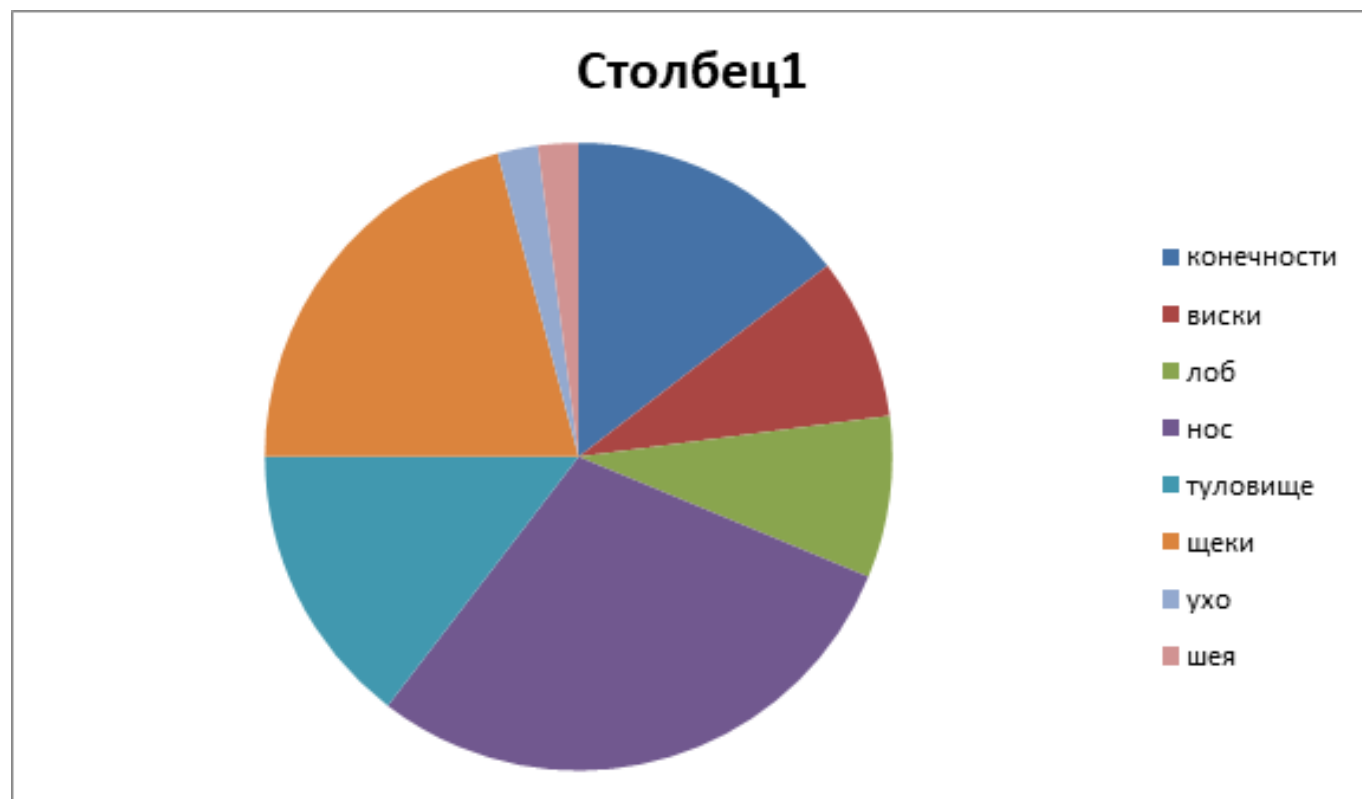
Из указанных данных (Таблица 1.) видно, что пик заболеваемости, для женщин составляет 61-70 лет, а для мужчин приходится на 51-60 и 61-70 лет.

По локализации выделяются меланомы следующих локализаций : на спине - 12 пациентов,

на пояснице – 5 пациентов, на плечах – 6 пациентов, на бедре – 5 пациентов, на стопе – 1 пациента, на темени – 2 пациента, на груди – 1 пациент, на виске – 1 пациент, на боку – 2 пациента, на предплечье – 2 пациента, на щеке – 2 пациента, живот – 1 пациент, голень – 2 пациент.

Таблица 2.

Распределение пациентов по локализации меланомы



Таким образом можно заметить наиболее распространенной локализацией меланомы является спина (29%).

Среди пациентов 17 (41%) находятся на первой а стадии заболевания, 11 (26%) на первой б стадии, 5 (12%) на второй а стадии, 3 (7%) на второй б стадии, 4 (10%) на третьей а, 1 (2%) на третьей б стадии и 1 (2%) пациент на 4 стадии.

У 95% пациентов проведено хирургическое лечение, у 2,5% (это 4 стадия) было проведено симптоматическое лечение и у 2,5% было проведено комбинированное лечение.

Большинство пациентов обратились самостоятельно, а именно 57%.

Выводы: Исходя из представленных данных можно сделать вывод, что меланома в большей случаев локализуется на спине (29%). Большинство пациентов являются женщинами 61-70 летнего возраста. Из данной вариации можно заметить, что меланому выявляют на различных стадиях заболевания, но превалирует первая а стадия, что говорит о эффективной ранней профилактике.

Список литературы:

1. Давыдов М.И., Аксель Е.М. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2007 г // Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина. — 2009. — №20(3). — С. 158.

2. Козловская, В. В. Новообразования кожи: патогенез, клиника, диагностика, лечение : учеб. — метод. пособие для студентов лечеб., мед. — диагн. фак — тов, клин. ординаторов и врачей — стажеров / В. В. Козловская, Л. А. Порошина, Е. А. Хайкова. — Гомель : ГомГМУ, 2011. — 44 с.
3. Мяснянкин, М.Ю Гафтон Г.И. Акральная лентигинозная меланома: современное состояние проблемы // Вопросы онкологии. — 2015. — №61(4). — С. 563-570.
4. AJ. Miller, MC. Mihm, Melanoma /AJ. Miller// N. Engl J. Med. — 2006. — vol. 355. — p. 51-65.
5. Phan A, Touzet S, Dalle S Acral lentiginous melanoma: a clinicoprognostic study of 126 cases // Br J Dermatol. — 2006. — №155. — P. 561-569.
6. Stephan Braun, MD and Peter Gerber, MD. Subungual malignant melanoma // CMAJ. — 2015. — №187(12). — P. 909.