

Министерство здравоохранения Российской Федерации
НИИ онкологии им. проф. Н.Н.Петрова

Диагностика и профилактика меланом кожи

Методические рекомендации

Санкт-Петербург

2000

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

СОГЛАСОВАНО

А Ю

Начальник управления научных
и образовательных
нистра
медицинских учреждений

УТВЕРЖД

Заместитель ми-

Диагностика и профилактика меланом кожи

Методические рекомендации №

Санкт-Петербург
2000

Рецензенты:

В методических рекомендациях рассматриваются вопросы скрининга, формирования групп риска, методов ранней диагностики и профилактики меланом кожи. Приводятся методические приемы хирургического и лазерного профилактического удаления пигментных невусов.

Методические рекомендации рассчитаны на врачей-онкологов, хирургов, дерматологов, специалистов лазерной медицины.

Учреждение-разработчик: Научно-исследовательский институт онкологии им. проф. Н.Н.Петрова Минздрава РФ

Авторы:

Формула метода

На основании значительного клинического материала впервые в нашей стране создана этиологически и клинически обоснованная модель системы профилактики первичной меланомы кожи. На основании изучения клинико-морфологических данных у больных первичной меланомой кожи обоснованы принципы ранней, а также дифференциальной диагностики. Оценены сравнительные результаты клинической и цитологической диагностики первичной опухоли, уточнены показания к ножевой биопсии меланомы кожи.

Внедрение в практику здравоохранения системы профилактики первичных меланом кожи будет способствовать снижению заболеваемости населения меланомой кожи.

Несмотря на то, что доля меланомы кожи в структуре всех опухолевых заболеваний кожи составляет только 3 – 5%, именно это новообразование является главной причиной смерти больных с онкопатологией кожи (Трапезников Н.Н. и соавт.,1998; Truchetet F. et al.,1992; Weinstock M.,1997). За последние 20 лет практически всеми исследователями отмечен устойчивый рост заболеваемости населения меланомой кожи во всех регионах мира. Так, в большинстве стран мира стандартизированные показатели заболеваемости удваиваются каждые 10 – 15 лет, ежегодно возрастая на 7% (Buendia F. et al.,1997; Helsing P.,1997; Magennis D. et al.,1999; Weiss J et al.,2000).

Заболеваемость населения во Франции составляет 9, в странах центральной Европы 12, а в Швеции – 15,5 человек на 100 000 населения в год (Ringborg U.,1996; Guibert P. et al.,2000; Weiss J. et al.,2000). В США отмечено значительное увеличение заболеваемости первичной меланомой кожи от 1 случая на 600 человек в 1960 году до 1 на 84 - в 1996 году (Arbesman H.,1996).

Рядом авторов получены сведения о том, что в настоящее время рост заболеваемости меланомой кожи происходит в основном за счёт поражения опухолью лиц молодого возраста, то есть происходит «омолаживание» меланомы кожи (Sober A.,1991; Shafir M.,1992; Green A .et al.,1995).

Онкологическая статистика подтверждает наличие общей тенденции роста заболеваемости населения меланомой кожи и в странах СНГ. Так в Москве за период с 1985 по 1989 годы заболеваемость возросла на 12,5% (Курдина М.И., Денисова Л.Е.,1991). За последние 20 лет в Челябинской, Ленинградской, Свердловской и Семипалатинской областях отмечено увеличение заболеваемости населения меланомой кожи в 1,5 – 3,0 раза (Анищенко И.С. с соавт.,1990; Конопацкова О.М., Жандарова Л.Ф.,1990; Мерабишвили В.М., Леончук А.Д.,1990; Черенков В.Г. и соавт.,1990; Черных Н.Н.,1990).

В Санкт-Петербурге частота заболеваемости населения меланомой кожи составила в 1994 году 3,5 у мужчин и 6,6 у женщин на 100 000 человек. Причём, за последние 15 лет частота заболеваемости среди мужчин увеличилась на 66,7%, а среди женщин – на 109,5% и продолжает расти ежегодно в среднем на 12,6% (Мерабишвили В.М.,1996).

С целью снижения показателей заболеваемости населения меланомой кожи изучаются вопросы профилактики этого заболевания, которые по мнению большинства авторов могут заключаться в уменьшении интенсивности воздействия УФ-радиации на кожу человека, удалении пигментных невусов и создании эффективных программ скрининга (Gallagher R.,1998; Guibert P., et al.,2000; Negrier S. et al.,2000).

Существующий уровень диагностики этой опухоли в странах СНГ сегодня трудно признать удовлетворительным, учитывая наружную локализацию опухоли и возможность её визуального распознавания. До 45,7% больных меланомой кожи поступают в онкологические стационары с далеко зашедшими метастатическими формами заболевания, что, естественно, не позволяет надеяться на успешное их излечение (Яценко К.Д., Яценко С.К.,1989). В Москве всего лишь 73,7% больных было выявлено в I и II стадиях заболевания по Сильвену (Денисова Д.Е., Одинцов С.В.,1990). Среди всех больных меланомой кожи у 83% к началу лечения уже диагностируются распространённые формы меланом с глубокими (III - V) уровнями инвазии в подлежащие ткани по Кларку, а у 27,4% пациентов – уже имеют место метастазы опухоли в регионарные лимфатические узлы (Конопацкова О.М., Жандарова Л.Ф.,1990).

Согласно данным зарубежных специалистов, точность клинической диагностики первичных меланом кожи у врачей общего профиля составляет только 37%. В основном преобладает гипердиагностика, причём, наибольшее число ошибочных диагнозов имеет место при «тонких», поверхностно-распространяющихся опухолях (Carli P. et al., 1998; Morton C. et al., 1998). Следует отметить, что в зарубежных странах ранняя клиническая диагностика первичной меланомы кожи преимущественно основывается на так называемом правиле ABCD, предложенном Friedman et al. Данная английская аббревиатура расшифровывается как асимметрия пигментного пятна, неровность (неравномерность) его границ, изменение окраски и диаметр более 6 мм. В последние годы к вышеперечисленным признакам ранней меланомы кожи добавлен ещё символ E - возвышение пигментного пятна (Hazen B. et al., 1999).

Ещё 10 – 15 лет тому назад меланома кожи считалась одной из самых злокачественных опухолей человека с непредсказуемым прогнозом заболевания. Однако, за последние годы мнение о меланоме, как об опухоли с непрямым фатальным исходом не подтверждается (Демидов Л.В., 1998). По нашему мнению этот факт объясняется, прежде всего, реализацией возможностей ранней своевременной диагностики первичных меланом кожи, что в свою очередь, приводит к улучшению прогноза заболевания.

К сожалению, результаты 5-летней выживаемости больных меланомой кожи после радикального лечения пока остаются невысокими. Так, при I стадии заболевания по Сильвену, когда имеется только первичная опухоль без клинически определяемых метастазов, 5-летние результаты лечения не превышают 80% (Кудрявцева Г.Т. и соавт., 1999; Rudolf Z., et al. 1992; Vroeuenaets B. et al., 1993; Ringborg U., 1996). При II стадии заболевания (имеются метастазы первичной опухоли в регионарных лимфатических узлах) 5-летний срок даже после комбинированных методов лечения по данным различных авторов переживают не более 49% больных (Кудрявцева Г.Т. и соавт., 1999; Drepper H. et al., 1993; Retsas S. et al., 1994; Cascinelli N. et al., 1998). При III стадии (имеются отдалённые метастазы первичной опухоли) – только единичные пациенты переживают 3-летний период после сложных комбинированных методов лечения

(Гершанович М.Л. и соавт.,1996; Becker J.,1993; Barth A. et al.,1994; Garcia E. et al.,1999).

К сожалению, в настоящее время отечественными исследователями недостаточное внимание уделяется вопросам этиологии и патогенеза меланомы кожи. Вместе с тем, изучение именно этих аспектов проблемы будет способствовать определению групп риска возникновения этой опухоли, разработке адекватных программ скрининга меланомы кожи и созданию рациональной системы профилактики этого заболевания.

Из всего вышеизложенного становится очевидным, что сегодня дальнейшая разработка проблемы меланомы кожи является весьма актуальной, тем более, что по данным большинства авторов пик заболеваемости меланомой кожи приходится на людей в возрасте 40 – 50 лет, находящихся в расцвете своих творческих и физических сил.

Однако, для достижения адекватных результатов необходима не односторонняя, а именно многогранная разработка данной проблемы, включающая в себя изучение этиологии, патогенеза, профилактики, клиники, методов лечения и прогноза заболевания. Именно такой подход к решению поставленной задачи позволит, во-первых, реально снизить уровень заболеваемости населения меланомой кожи и, во-вторых, улучшить результаты лечения пациентов. В свою очередь, возвращение большей части больных к активной трудовой деятельности, несомненно, окажет значимый социальный и экономический эффект.

Адекватная практическая реализация принципов ранней и дифференциальной диагностики первичной опухоли позволит диагностировать меланому кожи на стадии «дометастазирования», что, в свою очередь, улучшит результаты лечения пациентов. Знание практическими врачами наиболее важных клинико-морфологических факторов прогноза заболевания позволит индивидуально планировать и осуществлять адекватную патогенетическую терапию больных меланомой кожи.

Заболеваемость населения Санкт-Петербурга меланомой кожи нами изучалась сплошным методом по первичной медицинской документации за период с 1980 по 1988 годы. Общее число первичных случаев за 9 лет наблюдения составило 1515. Для расчёта показателей был использован мировой стандарт распределения по возрастным группам.

Выявлено, что закономерности распространения меланом кожи в Санкт-Петербурге, в основном, совпадают с общими мировыми тенденциями. Так, стандартизированные показатели заболеваемости меланомой кожи в нашем городе увеличились за период с 1980 по 1988 годы у мужчин с 1,8 до 2,9 на 100 000 населения; у женщин указанные показатели возросли с 2,9 до 3,5.

Наши данные пока не подтверждают появившихся в литературе сведений об «омоложении» таких больных. Значительный рост заболеваемости, независимо от пола отмечался преимущественно у лиц старше 50 – 69 лет.

Среди наблюдаемых нами больных меланомой кожи было 32,8% мужчин и 67,2% женщин, что соотносится как 1:2,05.

1.1. Клиническая диагностика меланом кожи

Несмотря на определённые успехи, достигнутые за последние годы в лечении меланом кожи, общие результаты 5-летней выживаемости больных остаются невысокими и прямо зависят от степени распространения опухолевого процесса у пациентов на момент регистрации заболевания.

На сегодняшний день результаты лечения больных меланомой кожи даже I стадии заболевания трудно признать удовлетворительными, учитывая наружную локализацию опухоли и возможность её визуального наблюдения. Однако, в ближайшие годы маловероятно ожидать значительного улучшения результатов лечения таких больных только за счёт оптимизации самих методов лечения. Так, в настоящий момент резервы хирургического метода лечения первичной меланомы кожи, по-видимому, исчерпаны. Использование адъювантной полихимио-, лучевой и иммунотерапии далеко не всегда улучшает результаты лечения больных. Наконец, применение сложных комбинированных методов лечения у пациентов с распространёнными формами опухоли оказывает объективный эффект только в 20 – 50% наблюдений.

Таким образом, сегодня основные надежды на существенное улучшение результатов лечения больных меланомой кожи могут быть связаны с

разработкой и совершенствованием методов ранней клинической диагностики первичной опухоли.

Под клинической диагностикой первичной меланомы кожи нами подразумевается максимально точное установление клинического диагноза меланомы без использования инструментальных и морфологических методов исследования.

Согласно нашим исследованиям, сегодня большинство больных с первичной меланомой кожи впервые обращаются к дерматологам, косметологам, хирургам общего профиля, а не к онкологам. К сожалению, длительное обследование больного первичной меланомой кожи на догоспитальном этапе в результате прохождения пациентом нескольких «промежуточных» инстанций до обращения к квалифицированному клиницисту-онкологу является одной из главных причин поздней диагностики заболевания, а значит прогрессирования опухолевого процесса.

Отсюда вытекает актуальность ранней клинической диагностики первичной меланомы кожи. Установление истинного клинического диагноза позволяет без промедления направить пациента к хирургу-онкологу, а также избежать неадекватного лечения - мазевых аппликаций на опухоль, физиотерапии, электрокоагуляции, экономного под местной инфильтрационной анестезией иссечения первичной меланомы кожи.

Кроме того, в настоящее время далеко не во всех лечебных учреждениях страны имеется штат квалифицированных онкоморфологов (цитологов и гистологов). Поэтому правильно установленный именно клинический диагноз часто решает судьбу больного с первичной меланомой кожи.

Своевременная клиническая диагностика меланомы кожи не требует дорогостоящих методик исследования, ввиду доступности визуального наблюдения, изученности фоновых состояний первичной опухоли и знания биологии её роста. В настоящее время общепризнанным является положение о том, что при неуклонном совершенствовании ранней диагностики меланома кожи является потенциально полностью излечимым заболеванием.

Несомненно, такая диагностика будет способствовать улучшению результатов лечения пациентов и в конечном итоге окажет значимый эко-

номический эффект. Как показывает наш собственный опыт, для этого необходимы:

1. *Идентификация групп риска возникновения первичной меланомы кожи.*
2. *Знание фоновых состояний первичной меланомы кожи.*
3. *Адекватные представления о причинах и симптомах злокачественной трансформации пигментных невусов кожи.*
4. *Тщательный анализ субъективных ощущений (жалоб) пациента, а также сведений об анамнезе заболевания и жизни.*
5. *Визуальные данные обследования первичной опухоли и кожных покровов пациента в зоне предполагаемого лимфатического оттока от меланомы.*
6. *Тщательное физикальное обследование (пальпация) первичной опухоли, мягких тканей, особенно в зоне предполагаемого лимфатического оттока от меланомы, а также регионарных лимфатических узлов.*

1.1.1 Группы риска возникновения первичной меланомы кожи

На основании собственных наблюдений, а также данных литературы, нами составлена таблица групп риска возникновения первичной меланомы кожи. В ней перечислены те контингенты людей, у которых возникновение меланомы кожи наиболее вероятно (табл.1).

Табл. 1

Группы риска возникновения меланомы кожи

№ п.п	Контингенты людей	Вид профилактики
1	Люди, которые по роду своей деятельности большее время находятся под воздействием УФ-радиации, а также люди, регулярно проводящие отпуск на юге.	Первичная

2	Люди, которые по роду своей деятельности постоянно имеют контакт с различными химическими канцерогенами и ионизирующей радиацией	
3	Люди с нарушением пигментации организма (светлый фенотип).	
4	Люди с генетически детерминированным или приобретённым иммунодефицитом.	
5	Родственники больных меланомой кожи	
6	Люди, длительное время принимающие гормональные препараты (эстрогены).	
7	Люди с наличием меланоза Дюбрейля.	
8	Люди, пигментные невусы которых постоянно подвергаются травматизации, а также люди с однократно травмированными невусами кожи	
9	Люди с диспластическим невусным синдромом, а также их родственники.	
10	Люди, имеющие пигментные невусы кожи размером 1,5см и более визуальной чёрной или тёмно-коричневой окраски.	
11	Люди, имеющие на коже более 50 пигментных невусов любого размера.	
12	Женщины в периоде беременности и лактации.	

1.1.2. Этиологические факторы первичной меланомы кожи

Наши данные об этиологических факторах меланомы кожи представлены в таблице 6.

Табл. 2

Этиологические факторы первичной меланомы кожи

Воздействующий фактор по данным анамнеза	Число больных	% от общего числа
Механический (травма невусов)	563	57,7
УФ- радиация	51	5,2

Беременность	27	2,8
Химический	25	2,6
Термический	18	1,8
Психо-эмоциональный	3	0,3
Оперативный (разрез)	2	0,2
Сочетание воздействий	1	0,1
Не установлен	286	29,3
Всего	976	100

Как следует из этих данных, в Санкт-Петербурге и Ленинградской области, откуда преимущественно поступали больные в Институт, УФ-радиация явилась лишь вторым по значению фактором, способствующим возникновению опухоли. Так, из 976 первичных больных с тщательно собранным анамнезом только 51 (5,2%) смогли связать факт возникновения меланомы с предшествующей инсоляцией. Возможно, эти данные находятся в противоречии с общепринятым мнением о главенствующей роли УФ-радиации в возникновении меланомы кожи. Однако, если учесть тот факт, что Санкт-Петербург географически расположен на 60 • северной широты, то полученные нами данные выглядят вполне достоверными.

Наши собственные наблюдения показывают, что наиболее важным этиологическим фактором меланомы кожи является травма предшествующих пигментных невусов. Так, из 976 пациентов у 563 (57,7%) при опросе были получены чёткие указания на травмирование пигментного невуса кожи. По нашим наблюдениям однократная или хроническая травмы имели эквивалентное значение. Среди однократных травм наиболее часто имели место ушибы, ссадины и порезы пигментных невусов, а среди хронических – постоянное травмирование невусов одеждой или обувью.

1.1.3. Фоновые состояния первичной меланомы кожи

Согласно полученным нами данным, представленным в таблице .7, меланоз Дюбрейля явился источником возникновения меланомы кожи у 94 (9,6%) из 976 первичных больных меланомой кожи. Установлено, что

меланомы кожи в 2 раза чаще возникает на фоне предсуществующих невусов, нежели чем на фоне видимо неизменённой кожи (60,5% против 29,9%). Кроме того, из 590 клинических наблюдений развития меланомы из невусов, последние в 412 случаях (69,8%) были врождёнными, а в 178 (30,2%) – приобретёнными. Таким образом, наиболее меланомоопасными являются врождённые пигментные невусы.

Табл. 3

Фон развития первичной меланомы кожи (клинические наблюдения)

Фон развития первичной опухоли	Число больных	
	абс. число	%
Врождённый пигментный невус	412	42,3
Меланоз Дюбрейля	94	9,6
Приобретённый пигментный невус*	178	18,2
Неизменённая кожа	292	29,9
Всего	976	100

- Существовавший не менее 5 лет до появления первых клинических симптомов малигнизации

Следует подчеркнуть, что у 684 (70,1%) из 976 пациентов меланома возникла на фоне врождённого, либо приобретённого невуса или на фоне меланоза Дюбрейля (облигатного предрака). Подробный анализ анамнестических данных показал, что практически у всех этих 684 больных ещё до первичного врачебного осмотра имела место клиническая симптоматика малигнизации пигментных невусов

Полученные нами сведения являются клиническими и поэтому их можно воспринимать с известной долей критики. Именно этот факт побудил нас отдельно проанализировать частоту возникновения меланомы кожи из невусов на основании морфологического исследования опухоли и прилежащей к ней кожи (табл. 8.)

Из 976 больных первичной меланомой кожи у 497 (50,9%) гистологически удалось определить в коже, прилежащей к опухоли, или в самой меланоме остаточные структуры невуса. Таким образом, даже морфологиче-

ское исследование свидетельствует о том, что большая часть меланом развивалась на фоне предсуществующих невусов. Необходимо подчеркнуть, что чаще всего они возникали на фоне сложных невусов. На их долю пришлось 224 (45,1%) наблюдений из 497. Большое значение в развитии меланом имеет пограничный невус. На его фоне возникли 34,4% опухолей. Интрадермальные невусы, в том числе и голубой, играют гораздо меньшую роль в возникновении меланомы кожи.

Табл. 4

Фон развития первичной меланомы кожи по данным гистологического исследования

Фон развития первичной опухоли	Число больных	
	абс. число	%
Пограничный невус	171	34,4
Сложный невус	224	45,1
Интрадермальный невус	80	16,1
Голубой невус	16	3,2
Нейриноматозный невус и нейро-невус Массона	6	1,2
Всего	497	100

Анализ клинических данных показал, что частота малигнизации пигментных невусов кожи находится в прямой зависимости от их размеров по плоскости. Наши собственные наблюдения позволили нам предложить клиническую классификацию невусов по их линейным размерам:

1. *Маленький невус, линейные размеры которого достигают 0,5 см.*
2. *Небольшой невус, один из линейных размеров которого достигает 5 см.*
3. *Средний невус, наибольший линейный размер которого составляет от 5 до 10 см.*

4. *Большой невус, наибольший линейный размер которого составляет от 10 до 25 см.*
5. *Гигантский невус, наибольший линейный размер которого составляет более 25 см.*

Предложенная классификация невусов по их линейным размерам имеет далеко не формальное значение и подтверждается клиническими наблюдениями. Так, маленькие, небольшие и средние по размерам невусы практически всегда удаётся одномоментно хирургически удалить с закрытием раневого дефекта местными тканями (перемещёнными кожными лоскутами). Одномоментное хирургическое удаление больших невусов, как правило, требует использования свободной кожной пластики, то есть дерматомного лоскута. Что касается гигантских невусов, то одним из главных их клинических признаков является невозможность одномоментного хирургического удаления даже с использованием свободной кожной пластики.

Таким образом, ранняя клиническая диагностика первичных меланом кожи обязательно должна основываться на знании практическими врачами симптомокомплекса малигнизации длительно существующих пигментных невусов. Полученные нами данные позволяют заключить, что по крайней мере у 2/3 больных первичной меланомой кожи (с анамнестическими фоновыми состояниями) имелись реальные возможности для своевременного выявления первичной опухоли, которые, к сожалению, были упущены.

1.1.4. Симптомы малигнизации пигментных невусов кожи

Для изучения симптомокомплекса малигнизации пигментных невусов нами были изучены данные о 964 первичных больных меланомой кожи. Совокупность, а также частота встречаемости клинических симптомов к моменту начала лечения у этих пациентов представлены в таблице 9. Обращает на себя внимание тот факт, что у 635 (65,9%) из 964 больных к моменту начала лечения уже имели место изъязвление эпидермиса над опухолью или кровоточивость с её поверхности. Данный факт свидетельствует о поздней диагностике.

Следует подчеркнуть, что в таблице 9 представлены уже относительно поздние симптомы, сопровождающие первичную опухоль, так как они

уже имели место ко времени начала оперативного лечения больных. Несомненно, что к моменту начала заболевания, то есть ещё до первого обращения к врачу, симптоматика первичных меланом кожи должна была быть несколько иной. Для эффективности ранней клинической диагностики первичной опухоли необходимо было выявить (идентифицировать) самые ранние (первые) симптомы малигнизации пигментных невусов и оценить их прогностическую значимость.

Табл. 5

Клинические симптомы, сопровождающие первичную меланому кожи к моменту начала лечения.

Клинические симптомы	Число Больных	
	абс. число	%
Зуд, жжение в области опухоли	88	9,1
Кровоточивость поверхности опухоли	288	29,9
Изъязвление эпидермиса над опухолью	125	13,0
Изменение окраски опухоли, включая депигментацию	51	5,3
Инфильтративное или гнойное воспаление в окружающих тканях	13	1,3
Равномерный рост всей опухоли	49	5,1
Появление дочерних узелков в коже вокруг опухоли	24	2,5
Появление мелких экзофитных узелков на поверхности опухоли	61	6,3
Отсутствие симптомов	43	4,5
Комплекс симптомов, включая изъязвление эпидермиса и кровоточивость	222	23,0
Всего	964	100

Нами был проведен анализ анамнестических и клинических данных о 508 первичных больных меланомой кожи, находившихся на обследова-

нии и лечении в Институте. У всех них меланома развилась на фоне длительно существовавшего невуса.

В таблице 10 представлены самые первые (ранние) с точки зрения пациентов клинические симптомы малигнизации длительно существующих невусов и их прогностическая значимость. Как следует из таблицы, наиболее часто встречающимися симптомами малигнизации невусов явились горизонтальный рост невуса, вертикальный рост и кровоточивость с поверхности невуса.

Табл. 6

Первые (самые ранние с точки зрения пациентов) клинические симптомы малигнизации пигментных невусов и их прогностическая значимость

Клинические симптомы	Общее число больных		Из них жили 5 лет	
	абс. число	%	абс. число	%
Горизонтальный рост невуса	209	41,1	150	71,8
Вертикальный рост невуса	126	24,8	46	36,5
Кровоточивость	48	9,4	24	50,0
Шелушение поверхности	28	5,5	19	67,9
Изменение окраски невуса	25	4,9	16	64,0
Чувство зуда или жжения	21	4,1	14	66,7
Бессимптомное течение	15	3,0	3	20,0
Изъязвление поверхности	14	2,8	7	50,0
Мокнутие поверхности	10	2,0	8	80,0
Воспаление в области невуса	4	0,8	3	75,0
Появление сателлитов в окружающей невус коже	3	0,6	2	66,7
Изменение консистенции невуса	3	0,6	0	0
Появление асимметрии (фестончатости) краёв невуса	2	0,4	2	100
Всего	508	100	294	57,9

Изучение прогноза заболевания у больных первичной меланомой кожи позволило нам оценить прогностическую значимость клинических симптомов малигнизации пигментных невусов кожи. Это дало нам основание представить перечень этих симптомов в порядке их прогностического «утяжеления». Возможно, нижеприведенная последовательность клинической симптоматики в некоторой степени является условной и не всегда может иметь место у каждого конкретного больного с первичной меланомой кожи. Однако, с нашей точки зрения, такое нарастание клинической симптоматики является отражением патогенетических изменений в невусе – меланоме, то есть клиническим проявлением этапов опухолевой прогрессии.

Очевидно, что самые первые по порядку из нижеприведенных симптомов соответствуют начальным этапам превращения невуса в меланому. Напротив, присутствие последних из настоящего перечня клинических симптомов свидетельствует о том, что у пациента уже имеет место меланома кожи с глубокой инвазией кожи и неблагоприятным прогнозом заболевания.

1. *Исчезновение кожного рисунка на поверхности невуса.*
2. *Появление блестящей, глянцевой поверхности невуса.*
3. *Появление асимметрии или неправильности очертаний (фестончатости) краёв невуса, то есть изменение его формы.*
4. *Горизонтальный рост невуса.*
5. *Появление субъективного чувства зуда или жжения в области невуса.*
6. *Шелушение поверхности невуса с образованием сухих «корочек».*
7. *Отсутствие или выпадение волосяного покрова на поверхности невуса.*
8. *Частичное (неравномерное) или полное изменение окраски невуса-меланомы (появление участков так называемой связанной депигментации).*
9. *Появление мелких точечных узелков на поверхности невуса-меланомы.*

10. *Вертикальный рост невуса-меланомы над окружающими тканями.*
11. *Изменение консистенции невуса-меланомы, определяемое пальпаторно, то есть его размягчение.*
12. *Изъязвление эпидермиса над невусом-меланомой.*
13. *Явление воспаления в области невуса-меланомы и в окружающих его тканях.*
14. *Мокнутие поверхности невуса-меланомы.*
15. *Кровоточивость невуса-меланомы.*
16. *Возникновение дочерних пигментированных или розовых образований (сателлитов) в коже вокруг невуса-меланомы.*

1.1.6. Причины гипо- и гипердиагностики первичной меланомы кожи

При анализе состояния диагностики первичной меланомы кожи удаётся выделить две тенденции.

1. В связи с тем, что ранние клинические симптомы первичной опухоли и её фоновые состояния недостаточно хорошо известны врачам общей лечебной сети, истинные меланомы часто ошибочно расцениваются как доброкачественные опухоли или пороки развития кожи (гиподиагностика).
2. Опасение ошибиться и вместо меланомы кожи ложно диагностировать то или иное доброкачественное образование со всеми вытекающими последствиями заставляет врачей необоснованно часто ставить ошибочный диагноз меланомы кожи (гипердиагностика).

Для выявления причин гипо- и гипердиагностики нами были проанализированы клиничко-морфологические данные о 10123 больных с доброкачественными и злокачественными опухолями, а также с пороками развития кожи, направленных в Институт для консультации или для лечения (табл.13).

Табл. 7

Характер диагностических ошибок у больных с впервые выявленными опухолями и пороками развития кожи

Диагноз Направления в Институт	Всего боль- ных	Диагноз после об- следования или лече- ния под- тверждён		Диагноз после обследования или лечения отвергнут	
		абс. чис- ло	%	абс. чис- ло	%
«Меланома кожи» или «подозрение на мела- ному»	1978	790	29,9	1188	60,1
Опухоли кожи другого гистогенеза и пороки развития кожи	8145	7796	95,7	349	4,2
Всего	10123	7586	84,7	1537	15,2

Как следует из таблицы, у 349 человек, направленных в Институт с первичным ошибочным диагнозом опухолей другого генеза (не меланома), была установлена меланома кожи. В дальнейшем 258 пациентов этой группы были радикально оперированы. Тщательный анализ разновидностей и частоты ошибочных диагнозов в этой группе представляет наибольший интерес, так как у всех 258 больных диагноз меланомы был подтверждён морфологически. Остальные пациенты этой группы (91) не могли быть лечены радикально из-за большой степени распространения опухолевого процесса, вследствие затянувшейся диагностики на этапах обследования в учреждениях общей лечебной сети.

Меланома кожи наиболее часто ошибочно была принята за пигментный невус (57%), папиллому (22%), гемангиому (3,1%) и базалиому (2,7%) (табл.14).

Табл. 14

Первичные ошибочные диагнозы направлений у больных меланомой кожи, диагностированной и морфологически

подтверждённой в НИИ онкологии (гиподиагностика).

Ошибочный диагноз направления в Институт онкологии	Число больных	
	Абс. число	%
Пигментный невус	147	57
Папиллома	57	22
Гемангиома	8	3,1
Базалиома	7	2,7
Пиогенная гранулёма (ботриомикомма)	4	1,6
Опухоль	4	1,6
Язва	4	1,6
Рак кожи	4	1,6
Фиброма	4	1,6
Эпителиома	3	1,2
Ангиофиброма	3	1,2
Мякотканная опухоль	3	1,2
Меланоз Дюбрейля	2	0,9
Нейрофиброма	2	0,9
Лимфангиома	2	0,9
Кератома	2	0,9
Лимфаденит	2	0,9
Всего	258	100,0

Таким образом, труднодифференцируемую от меланомы клиническую симптоматику вышеперечисленных опухолей и пороков развития кожи можно считать основными причинами гиподиагностики первичных меланом кожи.

Анализ клинико-морфологических данных группы из 1188 пациентов, у которых первичный ошибочный диагноз меланомы кожи был отвергнут в пользу опухолей другого генеза или пороков развития кожи (табл.13), показал следующее. У 1064 из 1188 больных ошибочный диагноз меланомы удалось отвергнуть в поликлинике Института на основании данных

визуального, физикального и цитологического исследований. У остальных 124 пациентов исключить первичную меланому кожи так и не удалось, что явилось основанием для их госпитализации. Несмотря на использование всех клинических, а также цитологического методов диагностики, полностью отвергнуть у этих 124 больных диагноз меланомы кожи до операции не представилось возможным. Поэтому, исходя из ошибочного предоперационного диагноза «меланома кожи», всем этим пациентам было выполнено радикальное хирургическое лечение, идентичное при первичной меланоме кожи (широкое иссечение). Гистологическое исследование операционных препаратов у этих больных ни в одном случае не выявило меланому кожи (табл. 15).

Наиболее часто ошибочно за первичную меланому кожи были приняты пигментированная базалиома (18,6%), пигментированная базально-клеточная папиллома (16,2%), сложный пигментный невус (13,7%), ангиофиброма (11,3%) и гемангиома (8,9%). Таким образом, труднодифференцируемая клиническая симптоматика вышеперечисленных опухолей и пороков развития является основной причиной гипердиагностики первичной меланомы кожи. Сравнительный анализ клинкоморфологических данных таблиц 14 и 15 позволил заключить, что причины как гипо- так и гипердиагностики практически одинаковы и объясняются весьма схожей клинической картиной сложного пигментного невуса, пигментированной базально-клеточной папилломы, пигментированной базалиомы, гемангиомы, ангиофибромы с одной стороны, и первичной меланомы кожи - с другой. Полученные нами данные позволяют утверждать, что в плане улучшения диагностики первичной меланомы кожи необходимо подробное и углублённое ознакомление врачей с клинической картиной вышеперечисленных опухолей и пороков развития кожи.

Табл. 8

Истинные диагнозы опухолей и пороков развития кожи у больных, госпитализированных и оперированных в Институте по поводу ошибочно диагностированной меланомы кожи (гипердиагностика)

Послеоперационный морфологический диагноз	Число больных	
	абс. число	%
Пигментированная базалиома	23	18,6
Пигментированная базально-клеточная папиллома	20	16,2
Сложный пигментный невус	17	13,7
Ангиофиброма	14	11,3
Гемангиома	11	8,
Пигментированная эпителиома	6	4,8
Плоскоклеточный рак кожи	5	4,0
Пиогенная гранулёма (ботриомикома)	4	3,3
Кератоакантома	3	2,4
Голубой невус	3	2,4
Фибросаркома	2	1,6
Фибролипома	2	1,6
Дерматофиброма	2	1,6
Дермоидная киста	2	1,6
Пограничный пигментный невус	2	1,6
Атерома	1	0,8
Эпителиома Малерба	1	0,8
Постлучевая язва	1	0,8
Нейрофиброма	1	0,8
Аденома из придатков кожи	1	0,8
Фиброксантома	1	0,8
Рабдомиосаркома	1	0,8
Хроническая язва	1	0,8
Всего	124	100

1.1.7. Дифференциальная диагностика первичной меланомы кожи

Вопросы дифференциальной диагностики были изучены нами на основании данных клинико-морфологического сравнительного анализа двух

групп больных, представленных, соответственно, в таблицах 14 и 15. Сравнение проводилось по полу пациентов, их возрасту, фону возникновения образований кожи, их визуальной окраске, линейным размерам по плоскости, анатомической локализации и клинической симптоматике. В результате исследования удалось выявить наиболее характерные, статистически достоверные ($P < 0,05$) особенности семиотики первичной меланомы кожи с одной стороны, и опухолей другого генеза, а также пороков развития кожи – с другой.

Итак, первичные меланомы кожи чаще, чем опухоли другого генеза и пороки развития кожи возникают у лиц женского пола, на коже верхних конечностей и на фоне предсуществующих пигментных невусов. Для них характерны чёрная, тёмно-коричневая и неравномерная окраска, а также динамическое изменение цвета. Характерными являются длительное (незаживающее) изъязвление эпидермиса над опухолью и кровоточивость. Линейные размеры меланом чаще превышают 1,0 см. В окружающей коже могут встречаться сателлиты.

Опухоли другого гистогенеза и пороки развития кожи чаще, чем меланомы развиваются у лиц моложе 20 лет, причём, преимущественно возникают на фоне ранее неизменённой кожи. Линейные размеры их чаще составляют менее 1,0 см, как правило, эти образования демонстрируют розовый, синюшный цвет или цвет окружающей кожи. Чаще, нежели чем при меланомах, наблюдается шелушение поверхности образования, периодическое (заживающее) изъязвление эпидермиса, но без кровоточивости.

На основании полученных данных нами составлена таблица дифференциальной диагностики первичной меланомы кожи. В ней представлены те патологические процессы, которые наиболее часто могут симулировать меланому кожи (табл.16)

Табл. 9

Перечень патологических процессов кожи, среди которых наиболее часто следует проводить дифференциальную диагностику первичной меланомы кожи.

Пороки развития кожи	Невусы	Юношеская меланома (невус Спитц) Голубой невус Гало-невус Диспластические невусы
	Гемангиома	Кавернозные тромбированные гемангиомы
	Атерома	
Доброкачественные опухоли кожи	Папиллома, кератоакантома, пиогенная гранулёма (ботриомикомма), ангио-, дермато- и нейрофиброма; различные виды эпителиом, аденом и цистаденом.	
Предраковые опухоли эпидермиса	Себорейная кератома, болезнь Боуэна	
Злокачественные опухоли кожи	Плоскоклеточный рак, базалиома, саркома Капоши, фибро-, лейомио- и лимфосаркома, первичная лимфома кожи, аденокарцинома из придатков кожи.	
Метастазы опухолей другого гистогенеза в кожу	Рак лёгкого, пищевода, поджелудочной железы, почки, желудка, молочной железы, яичников, меланома.	
Дермато-венерологические Заболевания	Грибковое поражение ногтевого ложа пальцев (онихомикоз); внеполовой твёрдый шанкр.	
Травматические процессы	Подногтевая и подэпидермальная гематомы.	

1.1.8. Результаты клинической диагностики первичной меланомы кожи

Существующий сегодня в нашей стране уровень клинической диагностики первичной меланомы кожи пока трудно признать удовлетворительным. Анализ клинических диагнозов, которые были поставлены пациентам с патологией кожи при их направлении в Институт показал, что среди врачей общей лечебной сети чувствительность клинической диагностики первичной меланомы кожи составила только 30%. У 70% пациентов имела место гипердиагностика – ложноположительные заключения. Частота ложноотрицательных заключений (гиподиагностика) составила 4,2%.

Необходимо отметить, что в клинике НИИ онкологии им. проф. Н.Н.Петрова чувствительность клинической диагностики первичной меланомы кожи составила 90,2%. В 9,8% наблюдений имели место ложноположительные заключения. Гиподиагностики первичной меланомы кожи в условиях Института не наблюдалось.

1.1.9. Скрининг первичной меланомы кожи

На основании изучения эпидемиологии, этиологии и патогенеза меланомы кожи нами определена те группы риска возникновения опухоли, среди которых целесообразен скрининг (см. табл. 5). Наиболее рациональной программой скрининга первичных меланом кожи является следующая.

- 1. Необходимо организовать отбор этих групп риска в масштабе крупного региона (города или области). Для этого целесообразно установить тесный рабочий контакт со всеми онкологическими учреждениями, с районкологами, дерматологами, иммунологами, гинекологами, а также с врачами медсанчастей крупных промышленных предприятий данного региона. Уместным будет создание Городского Центра по ранней диагностике первичных меланом кожи. Посредством анкетирования населения будут отобраны группы риска возникновения опухоли.*
- 2. Среди отобранных групп риска целесообразна адекватная информация о симптомах малигнизации пигментных невусов*

и о ранних клинических признаках меланомы кожи. Необходимо обучение групп риска методам и техники самообследования. Указанные задачи могут быть решены как с помощью средств массовой информации, так и посредством издания цветных брошюр и памяток самообследования.

3. Среди всех групп риска возникновения меланомы кожи целесообразен осмотр (визуальные и физикальные данные) специалистов-онкологов не реже двух раз в году.

1.2. Цитологическая диагностика меланомы кожи

Одним из ведущих методов в адекватной диагностике первичной меланомы кожи является цитологическое исследование. Общеизвестным является тот факт, что чувствительность и точность цитологического исследования первичных меланом кожи превышает аналогичные показатели для клинической диагностики. Поэтому при малейшем сомнении в клиническом диагнозе меланомы кожи должен быть использован цитологический метод исследования.

С целью определения эффективности цитологической диагностики первичной меланомы кожи нами были проанализированы клинкоморфологические (цитологические) данные о 722 больных, которым был поставлен цитологический или гистологический диагноз первичной меланомы кожи. Цитологический материал из первичной опухоли получали либо с помощью мазков-отпечатков или соскобов с её изъязвленной поверхности, либо посредством пункционной биопсии тонкой иглой. Все больные были подвергнуты хирургическому лечению в клинике Института и поэтому результаты цитологического исследования можно было сопоставить с гистологическими данными. Проведенное исследование позволило оценить основные показатели цитологической диагностики первичной меланомы кожи, которые суммированы в таблице 9.

Табл.9

Основные показатели цитологической диагностики
первичной меланомы кожи

Показатель диагностики	Его значение
------------------------	--------------

	ние в %
Чувствительность исследования	94,2
Предсказательное значение диагноза	96,3
Ложноотрицательный диагноз первичной меланомы кожи	5,8
Ложноположительный диагноз первичной меланомы кожи	3,2
Предсказание злокачественной природы опухоли	97,2

Представленные данные показывают, что при условии получения информативного клеточного материала цитологическое исследование является эффективным методом диагностики первичной меланомы кожи. Сравнительный анализ позволяет заключить, что по своей чувствительности цитологический метод диагностики превосходит клинический метод на 4 – 7% (с учётом предсказания злокачественной природы опухоли).

1.3. Ножевая биопсия меланом кожи

Вышеизложенные сведения показывают, что при существующем уровне клинической и цитологической диагностики первичной меланомы кожи в 5% наблюдений имеет место гипердиагностика и также в 5% наблюдений – гиподиагностика. Вместе с тем известно, что чувствительность гистологического метода диагностики первичной меланомы кожи в специализированных онко-морфологических лабораториях приближается к 100%. Именно поэтому ножевая биопсия опухоли остаётся последним, заключительным этапом диагностики первичной меланомы кожи.

Наши собственные наблюдения свидетельствуют о возможности и целесообразности эксцизионной (тотальной) ножевой биопсии первичной меланомы, так как прогрессирования опухолевого процесса или ухудшения результатов лечения у пациентов с биопсированной опухолью мы не наблюдали. Необходимо подчеркнуть, что данная процедура должна выполняться только под общим обезболиванием. На основании анализа собственных данных приводим основные показания к выполнению ножевой биопсии первичных меланом кожи.

- 1. Биопсия показана только в том случае, если весь комплекс диагностических мероприятий исчерпан, а верифицировать диагноз так и не удалось.*
- 2. Биопсия показана при небольших линейных размерах опухоли (10 – 15 мм).*
- 3. Биопсия показана, если имеются сомнения в клиническом диагнозе, а после широкого иссечения опухоли можно ожидать возникновения у пациента косметических дефектов.*
- 4. Биопсия показана, если больному планируется выполнить калечащую операция – ампутацию пальцев или конечности, мастэктомию, одномоментную профилактическую регионарную лимфаденэктомию.*

1.4. Профилактика первичной меланомы кожи

В настоящем разделе работы нами изучались вопросы только вторичной профилактики первичной меланомы кожи, которые, как известно, заключаются в своевременном выявлении и хирургическом удалении существующих у людей пребластоматозных процессов кожи (см. табл. 5). Очевидно, что самым эффективным методом вторичной профилактики является лечение меланоза Дюбрейля и удаление пигментных невусов кожи на фоне которых, как уже было доказано, возникают большинство первичных меланом кожи.

Однако, было бы нерациональным полагать, что проблему профилактики меланомы кожи можно решить посредством удаления всех имеющихся у людей пигментных невусов. Как показывают наши наблюдения, пигментные невусы в целом являются вполне доброкачественными образованиями и общая вероятность их малигнизации составляет 1 на 10000.

Нами были изучены клинико-морфологические данные о всех больных первичной меланомой кожи, у которых опухоль возникла на фоне предсуществующих пигментных невусов. Проведенное исследование позволило идентифицировать группу пигментных невусов, малигнизация которых наиболее вероятна. Согласно полученным данным, профилактическое удаление пигментных невусов кожи у пациентов должно выполняться на основании следующих принципов.

1. *Предпочтительнее удалять невусы в детском возрасте до наступления периода полового созревания.*
 2. *Удалению подлежат невусы, расположенные в тех анатомических областях тела, где они могут подвергаться длительному травмированию.*
 3. *При наличии у человека единичных невусов размерами более 1,5см, имеющих тёмно-коричневую или чёрную окраску, целесообразно ставить вопрос об их хирургическом удалении.*
 4. *Маленькие и небольшие невусы (линейные размеры до 5 см) чаще всего могут быть удалены под местной инфильтрационной анестезией. Иссечение средних, больших и гигантских невусов, как правило, требует общего обезболивания.*
 5. *Диспластические невусы должны быть удалены, если: а) они имеют единичный характер, б) у больных с меланомой кожи в анамнезе, в) у людей с неблагоприятным семейным анамнезом – наличием меланомы кожи у родственников.*
 6. *Границы иссечения тканей при хирургическом удалении невусов должны проходить на расстоянии не менее 0,5 см от видимого края невуса. В блок удаляемых тканей должен быть включён тонкий слой (3-5 мм) подкожной жировой клетчатки.*
 7. *Невусы размерами менее 1,5см могут быть удалены с помощью хирургических лазеров*
 8. *Гигантские невусы целесообразно удалять при возможности их тотального одномоментного иссечения.*
 9. *Вопрос о биологической целесообразности частичного поэтапного удаления гигантских пигментных невусов нуждается в дальнейшем изучении, вследствие реальной возможности малигнизации оставшейся части невуса после операционной травмы.*
-
2. Техника профилактического удаления пигментных невусов
 - 2.1. Хирургическое удаление пигментных невусов.

Хирургические вмешательства осуществляются под местной инфильтрационной анестезией. Направление и длина разреза определяется локализацией невуса и ходом линий Керле. Наибольшую проблему представляет удаление невусов в проекции грудины, так как в этих случаях практически всегда формируется грубый гипертрофический, а часто и келлоидный рубец. Поэтому в этой зоне профилактическое удаление невусов должно иметь строгие показания, а если это возможно, то от любого метода удаления стоит воздержаться. Если иссечение невуса необходимо, то следует предпринять все меры профилактики возникновения келлоидного рубца (электро- или фотофорез лидазы, мазь «Контратубекс»).

При небольших размерах невуса возможны местная инфильтрационная анестезия 2% раствором лидокаина или ультракаином.

Невус удаляют из веретенообразного разреза, отступя 0,5 см от края невуса. При иссечении удаляется кожа с невусом и 2мм подкожной жировой клетчатки. После тщательного гемостаза рану ушивают наглухо по законам пластической хирургии, стараясь максимально точно сопоставить кожные края раны.

В послеоперационном периоде для достижения наилучшего косметического результата проводят все мероприятия по профилактике воспаления в ране.

2.2. Лазерное удаление пигментных невусов

Общие положения

Лазерная хирургическая техника лечения доброкачественных новообразований кожи регламентируется общими законами пластической хирургии. Перед проведением лазерной операции следует оценить физиологические параметры кожи, ее способность к репаративным процессам без образования гипертрофических и келлоидных рубцов. Важное значение имеет также состояние кожных покровов, особенно если врач имеет дело с так называемой "проблемной" кожей, склонность пациента к вирусным ее поражениям и т.д. Только после тщательной оценки всех этих показателей можно приступить непосредственно к лазерной операции.

Косметический результат операции во многом определяют контактный или дистанционный режим воздействия на кожу, непрерывный или импульсный характер излучения. Следует отметить, что контактный способ коагуляции и рассечения тканей в косметологии из-за значительной плотности мощности и кратковременности воздействия в большей степени способствует сохранению окружающих новообразование здоровых участков кожи. Скорость и характер репаративных процессов определяются также послеоперационным ведением ожоговой травмы, использованием тех или иных лекарственных средств, лечебной и профилактической косметики.

Лазерные операции проводятся под местной инфильтрационной анестезией или без нее при небольших размерах удаляемых образований. Мощность лазерного излучения выбирается в зависимости от конкретных задач, характера удаляемых тканей, степени их васкуляризации и длины волны излучения. Однако, следует учитывать и следующее обстоятельство. Так как по мере приближении длины волны лазерного излучения к одному микрометру, его коагуляционные свойства увеличиваются по сравнению с ближним ИК-диапазоном, выходная мощность при использовании таких лазерных аппаратов должна быть уменьшена на 1-2 Вт. Определенное значение имеет и диаметр используемого световолокна, так как плотность мощности при применении волнона 400мкм значительно больше при прочих равных условиях, чем при диаметре волнона 600 мкм. Вот почему, при дальнейшем изложении методик лазерных операций будет приводиться сравнительно широкий диапазон минимальных и максимальных значений этого параметра лазерного излучения.

2.2.1. Иссечение кожи

Система доставки света: очищенное волокно с плоским торцом.

Техника: контактное рассечение

Диодный лазер можно использовать вместо скальпеля в случаях, когда показано иссечение пораженных тканей. Например, когда требуется обязательная гистологическая верификация диагноза при неясных новообразованиях кожи или при злокачественных опухолях. Мгновенная коагуляция мелких сосудов позволяет производить бескровные операции. В

то же время произведение разреза обнаженным волокном в плотном контакте с тканями требует определенного опыта, поскольку ткани отличаются по содержанию воды и васкуляризации, а потому по разному реагируют на воздействие лазера. В силу этого необходимо, чтобы хирург предварительно тренировался на различных типах тканей для приобретения нужного опыта.

Подготовка пациентов

1. Очистка / дезинфекция кожи
2. Местная анестезия 2% Лидокаином (возможна только при полной уверенности в доброкачественном характере новообразования). В случае необходимости возможна общая анестезия.
3. Защита глаз

Ход лечения - параметры и оборудование

Лазер: диодный лазер 800нм- 1мкм

Мощность: 8-10 Вт

Режим лазерного воздействия: постоянный режим

Система доставки излучения: *обрезанное, очищенное стерильное волокно диаметром 400-600 нм*

Техника: контактное рассечение

При рассечении тканей волокно должно касаться их с легким нажимом. Волокно следует ориентировать перпендикулярно тканям, при этом не надо ни слишком давить, ни задерживать луч в одном месте на долгое время. Рекомендуется начинать операцию с малой плотности мощности. Если желаемый эффект не достигается, надо постепенно повышать плотность мощности излучения. Вначале конец волокна перемещается вдоль разреза со скоростью, зависящей от механической прочности тканей. Затем это движение можно повторить до достижения желаемой глубины операционной раны. При использовании этой методики и рекомендованных параметров ожидаемая зона коагуляции будет составлять 200-300 мкм от края разреза. Этого достаточно для коагуляции мелких сосудов до 1 мм в диаметре и проведения бескровной операции. Более крупные сосуды могут быть коагулированы в течение нескольких секунд расфокусированным лазерным лучом той же мощности в дистанционном режиме. В этих случаях кончик волокна должен быть ориентирован пер-

пендикулярно коже и находиться на расстоянии примерно 2 мм от её поверхности. Видимым признаком коагуляции следует считать побеление (обваривание) тканей.

При кровотечении кровь должна немедленно удаляться тампоном. Так как кровь поглощает лазерное излучение, препятствуя его взаимодействию с тканями.

Очень крупные сосуды, которые не удастся коагулировать лазером надо лигировать.

Последующее лечение

После обработки антисептиком на рану накладывается давящая повязка. В послеоперационном периоде может сформироваться струп, который не следует удалять механически. Он должен отпасть самостоятельно.

Следует избегать воздействия прямых солнечных лучей (включая визиты в солярий) на зону облучения в течение двух недель до и, как минимум, шести недель после терапии.

Осложнения

Больного требуется проинформировать о вероятности следующих осложнений:

1. Персистенция или рецидив опухоли
2. Преходящие отек и покраснение в послеоперационном периоде
3. Формирование струпа
4. Инфицирование
5. Нарушение заживления раны
6. Структурные изменения кожи
7. Формирование рубца

2.2.2. Лазерная коагуляция невусов

Вид анестезии: местная анестезия 2% лидокаином или новокаином.

Характер излучения: импульсный или непрерывный.

Мощность излучения: 1-6 Вт

Мощность излучения определяется размерами невуса и степенью его васкуляризации.

Техника операции. При интрадермальном невусе возможна сплошная коагуляция невуса в пределах здоровых тканей сканирующими движениями световода.

Последующее лечение аналогично таковому при лазерном иссечении невуса.

Заключение.

Закономерности распространения меланомы кожи в Санкт-Петербурге в основном совпадают с общемировыми тенденциями. Частота и структура данной патологии определяется возрастно-половыми особенностями. Заболеваемость женщин, в целом, в 2 раза больше, чем мужчин. За 8-летний период заболеваемость женщин возросла в 1,2 раза, а мужчин – в 1,6 раза. Наибольший прирост заболеваемости имеет место за счёт мужчин старше 70 лет, что объясняется длительностью воздействия экзогенных факторов. Наиболее часто меланома кожи поражает людей в 5-й декаде жизни. Сведений об «омолаживании» контингента больных меланомой кожи нами не получено.

1. Патогенетической основой возникновения и развития меланомы кожи наиболее часто являются предсуществующие пигментные невусы, особенно в случае их травматизации.

2. Наиболее эффективными методами профилактики первичной меланомы кожи являются: а) лимитированное воздействие УФ-радиации на кожу человека, б) адекватное хирургическое или лазерное удаление у людей строго ограниченной группы пигментных невусов кожи, малигнизация которых наиболее вероятна, в) проведение скрининга среди групп риска возникновения первичной меланомы кожи.

3. Ранняя диагностика меланомы кожи должна основываться на учёте фоновых состояний опухоли и знании симптомокомплекса малигнизации пигментных невусов. Самыми ранними признаками злокачественной трансформации пигментных невусов являются: исчезновение кожного рисунка на поверхности невуса, появление блестящей, глянцевой его поверхности, возникновение асимметрии или неправильности очертания границ невуса, его горизонтальный рост, появление субъективного ощущения зуда или жжения в области невуса.

4. Причины гипо- гипердиагностики первичных меланом кожи практически одинаковы и объясняются весьма схожей клинической картиной сложного пигментного невуса, пигментированной базально-клеточной папилломы, пигментированной базалиомы, тромбированной гемангиомы, ангиофибромы с одной стороны, и первичной меланомы кожи—с другой. Дифференциальный диагноз первичной меланомы сле-

дует проводить с пороками развития кожи, доброкачественными опухолями кожи, предраковыми опухолями эпидермиса, злокачественными опухолями кожи другого гистогенеза, метастазами опухолей другого гистогенеза в кожу, дермато-венерологическими заболеваниями, травматическими процессами. Чувствительность клинической диагностики первичной меланомы кожи в условиях Института составила 90,2%, а цитологической, соответственно, 94,2%.

Литература

Монографии

1. Анисимов В.В., Вагнер Р.И., Барчук А.С. Меланома кожи; Ч.1.- СПб.: «Наука», 1995, 151 с.
2. Вагнер Р.И., Анисимов В.В., Барчук А.С., Меланома кожи; Ч.2.- СПб.: «Наука», 1996, 274 с.
3. Анисимов В.В., Горделадзе А.С., Барчук А.С., Вагнер Р.И., Новик В.И., Михнин А.Е. Меланома кожи: Атлас клинико-морфологической диагностики.- СПб.: «Наука», 1999, 107 с.

Пособия

4. Моисеенко В.М., Орлова Р.В., Барчук А.С., Анисимов В.В. Химио- и иммунотерапия больных меланомой кожи: Пособие для врачей.- СПб., 1998, 15 с.
5. Барчук А.С., Анисимов В.В. Методики дооперационной диагностики степени распространения меланомы кожи: Пособие для врачей.- СПб., 1998, 14 с.

Главы в монографиях

6. Вагнер Р.И., Анисимов В.В., Блинов Н.Н., Матыцин А.Н. Клиническая диагностика первичных меланом кожи. // Актуал.вопр.диагностики и лечения меланом кожи: Сб.науч.трудов НИИ онкологии.- Л.,1987, с. 27-48.
7. Быков С.А., Жукова Л.А., Анисимов В.В., Тарков А.С. Радиолимфография в диагностике лимфогенных метастазов меланом кожи. // Актуал.вопр.диагностики и лечения меланом кожи: Сб.науч.трудов НИИ онкологии.- Л.,1987, с. 72-88.

8. Вагнер Р.И., Анисимов В.В. Хирургическое лечение первичных меланом кожи. // Актуал.вопр.диагностики и лечения меланом кожи: Сб.научн.трудов НИИ онкологии.- Л.,1987, с. 105-125.

Канд. диссертация

9. Анисимов В.В. Местные рецидивы меланом кожи: Дис. канд. мед. наук. - Л.,1984, 234 с.
10. Анисимов В.В. Местные рецидивы меланом кожи: факторы, способствующие их развитию, профилактика, лечение. Автореф. дис. канд. мед. Наук. - Л.,1984, 27 с.

Статьи в сборниках научных трудов

11. Вагнер Р.И., Анисимов В.В., Колосов А.Е., Результаты лечения первично-множественных меланом кожи. // Врачебная косметика. – Л., 1980, с. 27-29.
12. Вагнер Р.И., Анисимов В.В., Барчук А.С., Критерии ранней диагностики первичных меланом кожи. // Сб.науч.работ онкол.диспансера Санкт-Петербурга.- СПб.,1996, с. 43-49.

Статьи в журналах

13. Вагнер Р.И., Анисимов В.В., Колосов А.Е., Первично-множественные меланомы кожи. // Вопр. онкологии, -1980, № 11, с. 79-83.
14. Анисимов В.В., Колосов А.Е., Местный рецидив и синхронно развившиеся первично-множественные меланомы кожи. // Вопр. Онкологии, -1981, № 4, с. 111-112.
15. Вагнер Р.И., Анисимов В.В., Пахомов А.Г. Метастазы меланомы кожи в лимфатические узлы и внутренние органы без клинически определяемой первичной опухоли. // Вопр. Онкологии, -1982, № 9, с. 111-113.
16. Анисимов В.В. Сроки возникновения местных рецидивов и отдаленные результаты лечения меланом кожи после хирургического иссечения первичной опухоли. // Вопр. Онкологии, -1983, № 5, с. 25-28.
17. Анисимов В.В. Факторы, способствующие возникновению местных рецидивов меланомы кожи после хирургического лечения. // Вопр. онкологии, -1983, № 9, с. 16-20.

18. Вагнер Р.И., Анисимов В.В., Пахомов А.Г. Меланомы кожи ушной раковины. // Вопр. Онкологии, -1984, № 7, с. 40-45.
19. Вагнер Р.И., Анисимов В.В. Влияние объема иссечения меланомы кожи на частоту возникновения местных рецидивов. // Вестн.хирургии, -1984, № 6, с. 44-48.
20. Анисимов В.В. Содержание понятия «местный рецидив» после хирургического лечения злокачественной меланомы кожи. // Вопр. онкологии, -1985, № 1, с. 32-38.
21. Вагнер Р.И., Анисимов В.В. Зависимость прогноза меланомы кожи от времени появления регионарных метастазов. // Вопр. Онкологии, -1986, № 10, с. 21-25.
22. Вагнер Р.И., Анисимов В.В. Показания к профилактической регионарной лимфаденэктомии при меланомах кожи нижних конечностей. // Вопр. Онкологии, -1986, № 12, с. 13-18.
23. Вагнер Р.И., Анисимов В.В. Показания к профилактической регионарной лимфаденэктомии при первичных меланомах кожи туловища. // Вестн. хирургии, -1986, № 11, с. 40-43.
24. Вагнер Р.И., Анисимов В.В. Ранняя диагностика первичной меланомы кожи. // Сов. Медицина, -1987, № 5, с. 77-81.
25. Вагнер Р.И., Анисимов В.В. Результаты хирургического лечения больных первичной меланомой кожи. // Хирургия, -1987, № 9, с. 34-37.
26. Вагнер Р.И., Анисимов В.В. Показания к профилактической подмышечной лимфаденэктомии при меланомах кожи верхней конечности. // Вестн. Хирургии, 1987, № 5, с. 46-50.
27. Вагнер Р.И., Валдина Е.А., Анисимов В.В. Объем хирургического вмешательства при регионарных метастазах меланомы кожи головы и шеи. // Вестн. Хирургии, -1987, № 1, с. 43-46.
28. Вагнер Р.И., Анисимов В.В. Показания к профилактической регионарной лимфаденэктомии при первичных меланомах кожи головы и шеи. // Вестн. Хирургии, -1988, № 10, с. 8-12.
29. Блинов Н.Н., Анисимов В.В., Леончук А.Д. Прогностическое значение локализации меланомы кожи в зоне BANS. // Вопр. Онкологии, 1988, № 5, с. 538-542.

30. Блинов Н.Н., Анисимов В.В., Леончук А.Д. Диагностика злокачественных меланом кожи в амбулаторных условиях. // Вопр. Онкологии, - 1989, № 1, с. 65-68.
 31. Блинов Н.Н., Анисимов В.В., Леончук А.Д. Дифференциальная диагностика первичных меланом кожи. // Сов. Медицина, -1990, № 1, с. 99-102.
 32. Блинов Н.Н., Анисимов В.В., Леончук А.Д. О гипо- и гипердиагностике первичных меланом кожи. // Вопр. Онкологии, -1990, № 2, с. 201-205.
 33. Журавлев К.В., Барчук А.С., Вагнер Р.И., Анисимов В.В. Профилактические лимфаденэктомии при меланоме кожи нижних конечностей. // Вопр. Онкологии, -1994, № 1-3, с. 59-64.
 34. Барчук А.С., Анисимов В.В., Вагнер Р.И. Клиническая диагностика первичных меланом кожи. // Вопр. Онкологии, -1996, № 5, с. 96-100.
 35. Анисимов В.В., Барчук А.С. Меланома кожи у лиц пожилого возраста. // Клинич. Геронтология, -1997, № 3, с. 24-30.
 36. Веснин А.Г., Семенов И.И., Негусторов Ю.Ф., Анисимов В.В., Туркевич Е.А. Ультразвуковая диагностика метастазов меланомы в желчный пузырь. // Вопр. Онкологии, -1999, № 6, с. 690-692.
- Тезисы докладов на всесоюзных съездах и симпозиумах
37. Быков С.Н., Анисимов В.В. Радиолимфография в диагностике поражения регионарных лимфатических узлов при меланоме кожи. // 4-й Всесоюзн. съезд онкологов: Тез. докл., -Л., 1986, с. 228.
 38. Вагнер Р.И., Анисимов В.В. Факторы, способствующие местному рецидивированию и регионарному метастазированию меланомы кожи. // 4-й Всесоюзн. съезд онкологов: Тез. докл., -Л., 1986, с. 230.
 39. Анисимов В.В. Меланома кожи и беременность. // 4-й Всесоюзн. съезд онкологов: Тез. докл., -Л., 1986, с. 1205-1206.
 40. Анисимов В.В., Местные рецидивы и транзитные метастазы после хирургического лечения первичных меланом кожи. // Клиника и лечение меланомы кожи: Тез. Всесоюз. симпоз., -Л., 1990, с. 4-5.
 41. Анисимов В.В., Леончук А.Д. Некоторые клинические аспекты дифференциальной диагностики первичных меланом кожи. // Клиника и лечение меланомы кожи: Тез. Всесоюз. симпоз., -Л., 1990, с. 5-6.

42. Вагнер Р.И., Анисимов В.В., Журавлев К.В. О показаниях к профилактической регионарной лимфаденэктомии при меланоме кожи 1 стадии. // Клиника и лечение меланомы кожи: Тез. Всесоюз. симпозиум, - Л., 1990, с. 13-14.
43. Барчук А.С., Анисимов В.В., Вагнер Р.И. Популяция риска возникновения меланомы кожи. // Актуал. вопр. онкологии: Матер. междунар. симпозиум, -СПБ., 1996, с. 59-60.
44. Барчук А.С., Анисимов В.В., Вагнер Р.И. Скрининг первичной меланомы кожи. // 1-й съезд онкологов стран СНГ: Ч.1., -М., 1996, с. 50.
45. Анисимов В.В., Барчук А.С., Вагнер Р.И. Особенности клинического течения меланомы кожи у женщин. // 1-й съезд онкологов стран СНГ: Ч.1., -М., 1996, с. 398.
46. Анисимов В.В., Барчук А.С. Особенности клинического течения меланомы кожи у лиц пожилого возраста. // 4-я междунар. конф. «Пожилой больной. Качество жизни» / Клин. Геронтология, -1999, № 3, с. 80.