

# Меланома



**A** (asymmetry)

**B** (border)

**C** (color)

**D** (diameter)

**E** (evolution or  
elevation)

**Меланома- это опухоль, развивающаяся из меланоцитов-клеток, которые вырабатывают пигмент и из которых образуются родинки.**

- Помимо кожи меланоциты располагаются в слизистых оболочках желудочно-кишечного тракта, дыхательных путей, а так же в различных отделах глазного тракта.
- Различают : *поверхностно-распространяющуюся, узловую, лентиго меланому , акральную меланому, меланому слизистых оболочек.*
- Меланома относится к опухолям визуальной локализации!



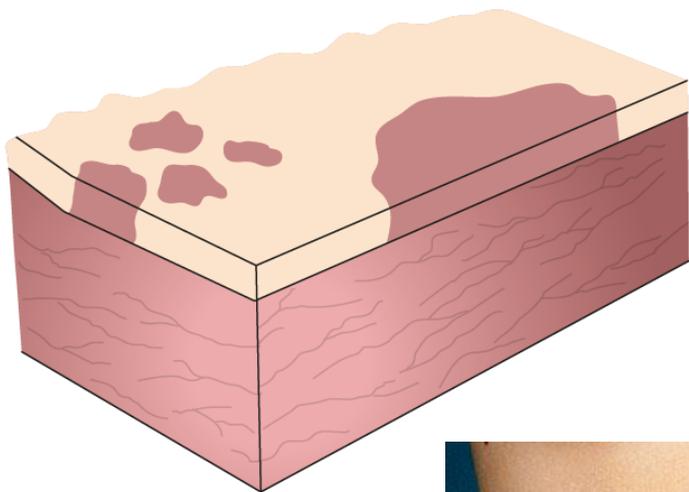
## Что считать родинкой?

- **Родинка (невус)** - истинно пигментное образование - состоящее из меланоцитов, клеток, которые производят пигмент кожи меланин.
- Такая родинка будет считаться **меланоцитарной**. Клетки этой родинки могут располагаться в разных слоях кожи: *эпидермисе, дерме и, изредка, в подкожной жировой клетчатке.*
- Родинки могут быть врожденными (т.е. появляться сразу после рождения или в течение первого года жизни) либо приобретенными (т.е. появляться в течение жизни, максимально активны в период полового созревания).
- Большинство родинок безопасны. Однако, существуют те родинки, за которыми необходимо наблюдать, потому что некоторые из них с той или иной вероятностью могут привести к меланоме

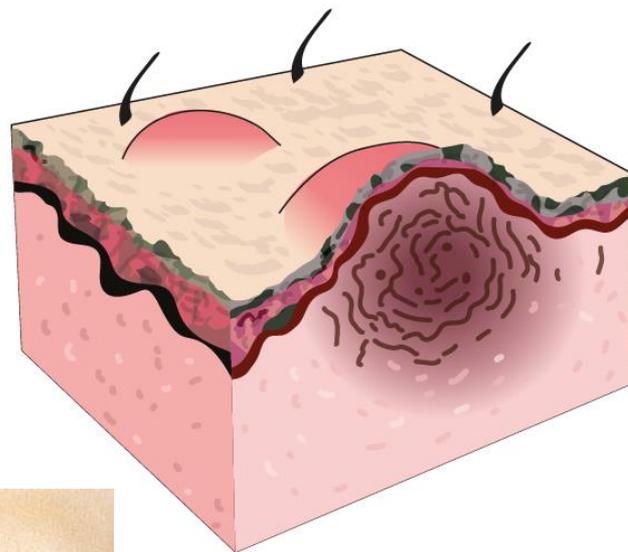
# Какими бывают родинки?

Встречаются две разновидности родинок –

Пятно



Папула



# Что может спровоцировать возникновение меланомы?

- воздействие **ультрафиолетового излучения, как природного (естественное солнце), так и искусственного (солярии).**
- риск развития меланомы существует для всех фототипов кожи!
- Наличие одного **солнечного ожога в молодом возрасте с образованием волдырей повышает** риск развития меланомы вдвое.
- меланома бывает не только на коже, но и там, где воздействие ультрафиолета недоступно!
- **случаи меланомы в семье (семейная меланома), большое количество родинок на коже (более 50).**

# Что должно насторожить и заставить обратиться к врачу?

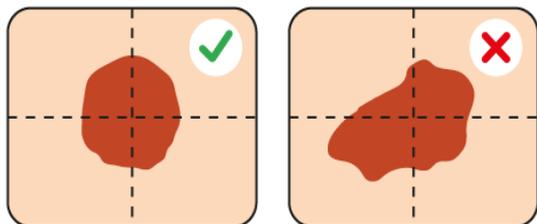
- появление нового пятна или изменение цвета, формы или размера текущего пятна/ родинки.
- пятно, язва/рана или родинка, которая не заживает;
- пятно, язва/рана или родинка, которая становится болезненной;
- пятно, язва/рана, родинка или ее часть, которая выглядит блестящей, как воск, и гладкой;
- твердое красное пятно, которое кровоточит или выглядит изъязвленным;
- плоское красное пятно, сухое или чешуйчатое;
- черное/темное пятно или полоска под ногтем (что не связано с травмой ногтя).

# 5 ПРИЗНАКОВ ОПАСНОЙ РОДИНКИ

МЕТОД ABCDE. Аббревиатура образована из первых букв (на английском) основных признаков родинки, на которые требуется обратить внимание.

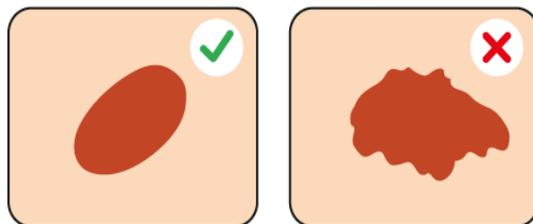
## A

ASYMMETRY — асимметрия



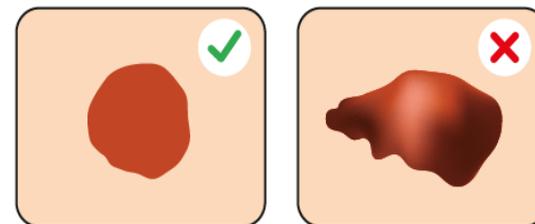
## B

BORDER IRREGULARITY — неровный край



## C

COLOR — цвет:

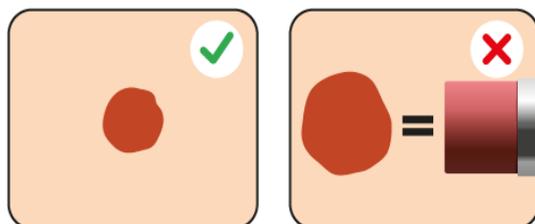


родинка полностью  
одного цвета

неоднородность  
(красные  
или темные  
вкрапления)

## D

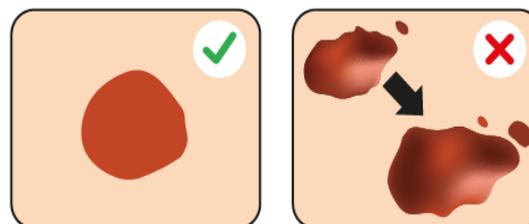
DIAMETER — диаметр:



более 5 мм  
(больше ластика  
карандаша)

## E

EVOLUTION — эволюция/изменение:  
цвета, формы, размера



неизменность  
состояния  
родинки

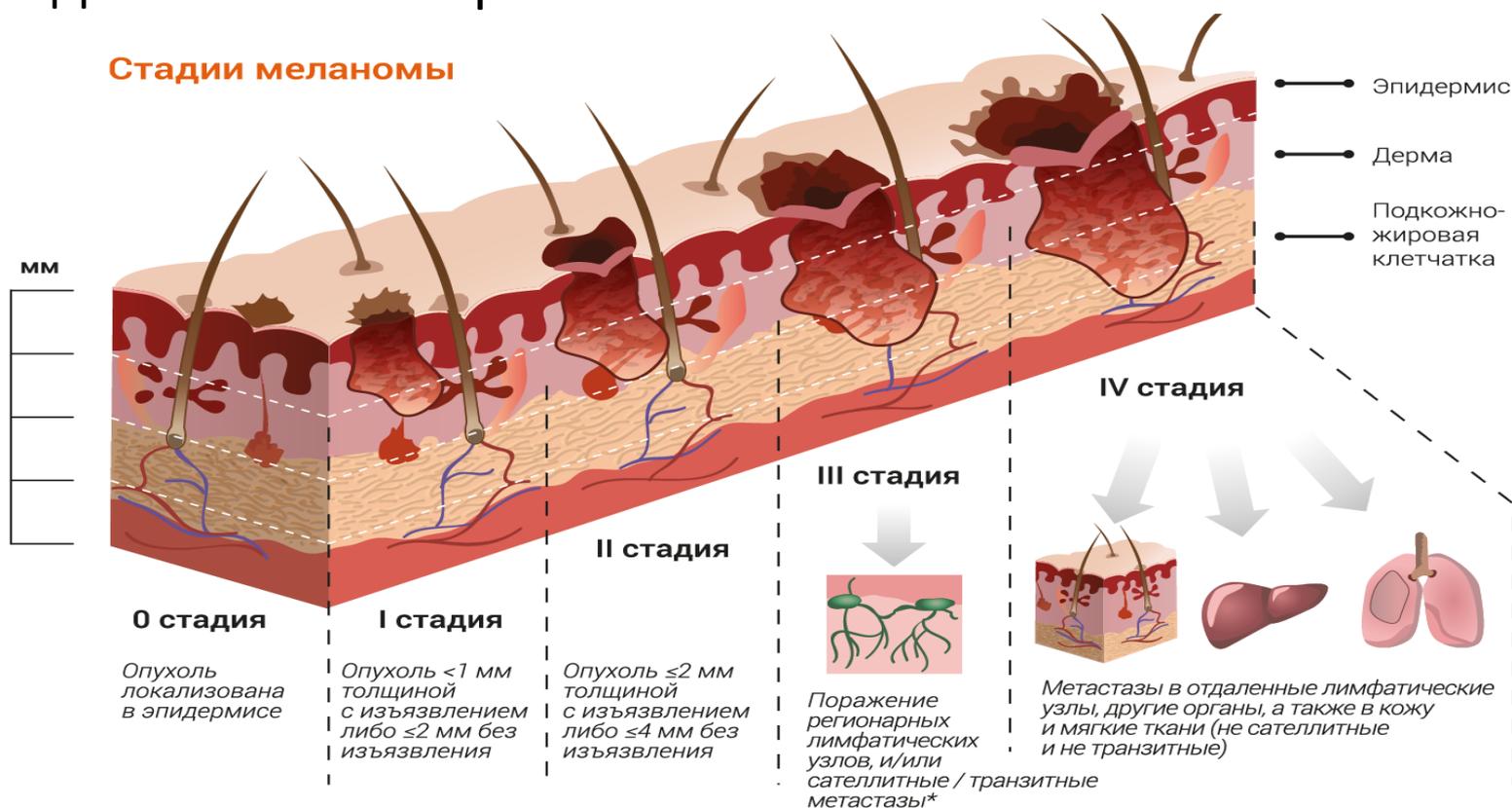
# Дерматоскопия



- **раннюю (тонкую) меланому** кожи иногда бывает сложно выявить даже специалисту.
- Ранняя меланома может напоминать диспластический невус, другое доброкачественное новообразование кожи.
- *Для дифференциальной диагностики ранней меланомы кожи существует высокоточный метод - дерматоскопия.*
- *С помощью простого оптического прибора специалист рассматривает подозрительное образование кожи под большим увеличением и по характерным признакам может с высокой точностью предположить злокачественный характер новообразования.*
- *Выполнение дерматоскопии для динамического наблюдения за пациентами с множественными диспластическими невусами, которые в некоторых случаях могут стать злокачественными и трансформироваться в меланому кожи.*

# Важно своевременно обратиться к специалисту!

- Прогноз зависит от стадии меланомы, выделяют 4 стадии.
- В диагностике и правильной постановке стадии- «счет идет на миллиметры»!

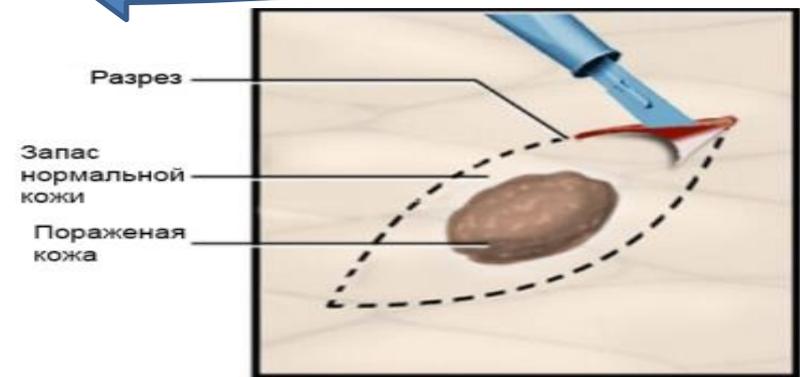


\* Сателлитами называют опухолевые отсевы в пределах 2 см от первичной опухоли. Транзитными метастазами называют метастазы в кожу или подкожную клетчатку на расстоянии более 2 см от первичной опухоли, но не распространяющиеся за пределы регионарных лимфатических узлов.

# Что необходимо для правильного определения стадии заболевания?

- Гистологическое исследование (Эксцизионная биопсия) - это исследование удаленной родинки. Срезы, сделанные с нее, наносят на стекло, окрашивают, а после оценивают визуально под микроскопом. В случае подтверждения диагноза «меланома» **обязательным является оценка ее толщины в миллиметрах** с помощью специального прибора, а также наличие или отсутствие изъязвления на поверхности, количество митозов.

выполняется обследование пациента для оценки наличия или отсутствия метастазов, чтобы правильно определить стадию заболевания и назначить лечение



■ *Обследование может включать в себя оценку ближайших к опухоли лимфатических узлов, например:*

◆ *верхние конечности - подмышечные лимфоузлы;*

◆ *нижние конечности - паховые лимфоузлы;*

◆ *мягкие ткани - области рубца после операции;*

◆ *брюшная полость, забрюшинное пространство*

■ *рентгенография (или компьютерная томография) органов грудной клетки.*

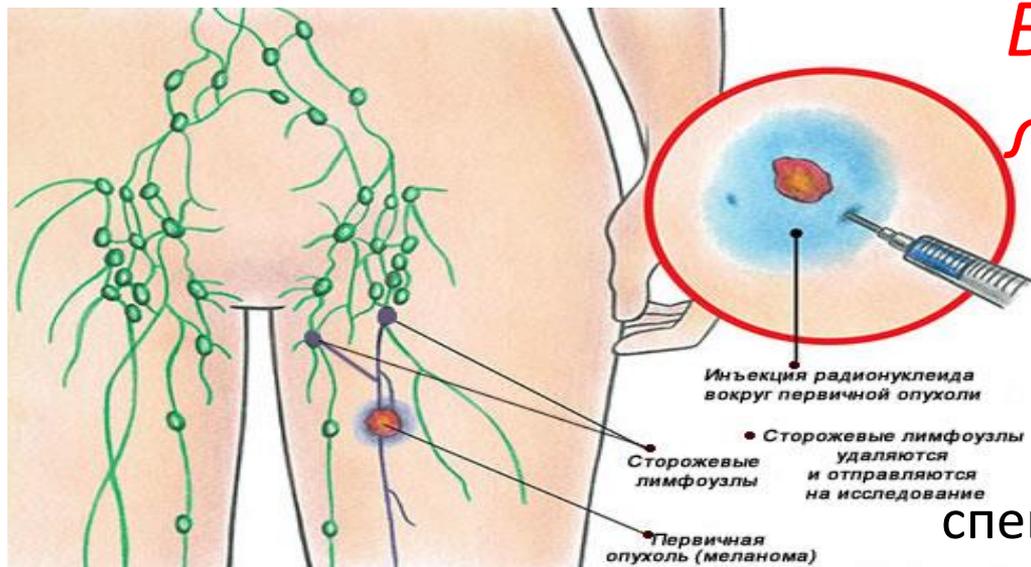
■ *УЗИ(КТ/МРТ) органов брюшной полости, забрюшинного пространства, малого таза.*

■ *При необходимости дополнительно проводятся МРТ головного мозга с введением контрастного препарата в вену, а также анализы крови, включая определение уровня лактатдегидрогеназы (ЛДГ) в сыворотке крови.*

■ *Сцинтиграфия костей скелета.*

■ *ПЭТ -КТ*

# Биопсия сторожевого лимфатического узла (БСЛУ)



вводится вблизи опухоли. Данный препарат протекает через лимфатические сосуды к сторожевому узлу.

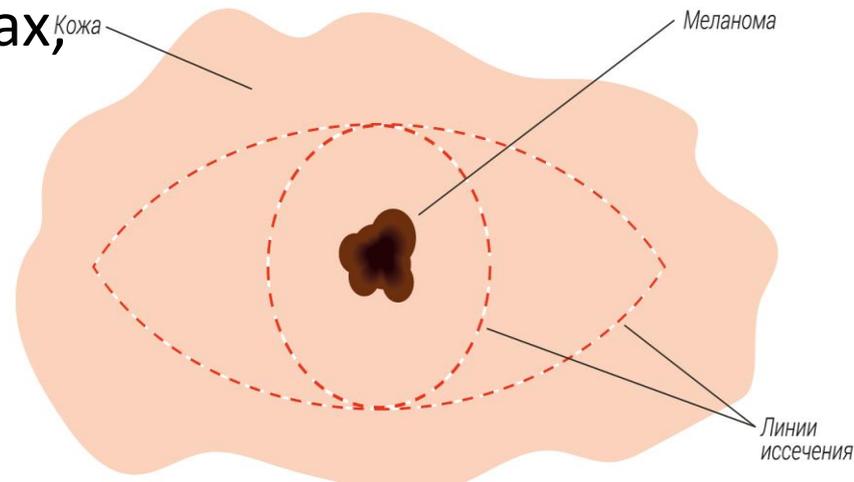
- - процедура, при которой специальное вещество (препарат) вводится вблизи опухоли. Данный препарат протекает через лимфатические сосуды к сторожевому узлу.
- **сторожевой или сигнальный лимфоузел** – это тот узел, в который метастазы из опухоли попадают в первую очередь.
- Хирург удаляет данный узел, после чего этот узел отправляют к морфологу, и он рассматривает его под микроскопом, чтобы проверить наличие опухолевых клеток.
- Если подтверждено наличие опухолевых клеток (метастаз), то врач может рекомендовать удалить все лимфатические узлы в той области, где был определен сторожевой лимфоузел.
- При проведении данной процедуры может быть выявлен микрометастаз, который виден только при выполнении гистологического или ИГХ-исследования .

Стадия	Варианты лечения
<i>I стадия</i>	Хирургическое лечение
<i>IIA стадия</i>	Хирургическое лечение
<i>IIВ стадия</i>	Хирургическое лечение +/- адъювантная терапия интерфероном альфа-2в
<i>IIС стадия</i>	Хирургическое лечение +/- адъювантная терапия интерфероном альфа-2в
<i>IIIА стадия</i>	Хирургическое лечение +/- адъювантная терапия интерфероном альфа-2в
	<i>+/- Лучевая терапия после операции (необходимо помнить, что снижает риск возврата болезни в области операции, но не влияет на общую продолжительность жизни)</i>
	<i>Участие в клинических исследованиях</i>
<i>IIIВ стадия</i>	Участие в клинических исследованиях
<i>IIIС стадия</i>	Лекарственная терапия в случае нерезектабельного процесса
	Участие в клинических исследованиях
<i>IV стадия</i>	Таргетная терапия (при наличии мутации BRAF или KIT в опухоли)
	Иммуноонкологическая терапия (независимо от мутации BRAF, KIT)
	Химиотерапия
	Лучевая терапия (при лечении симптомных метастатических очагов; либо очагов в головном мозге)
	Участие в клинических исследованиях

# Хирургическое лечение

**Если болезнь была обнаружена на ранней стадии, то операцией лечение и ограничится.**

- **Иссечение первичной опухоли - удаление самой опухоли, а также здоровых тканей вокруг нее. Удаление происходит в пределах здоровых тканей с отступом, который рекомендован в зависимости от толщины опухоли (максимальный отступ - 2 см для первичной опухоли толщиной 4 мм и более).**
- Операция может быть выполнена с использованием **местного обезболивания.**
- Когда необходимо удалять более обширные изменения или когда иссечение первичной опухоли сочетается с операцией на лимфатических узлах, требуется **общая анестезия.**



# Лекарственная терапия

- Химиотерапия, как вариант лечения меланомы кожи, во всем мире широко применялась до 2011 года, когда впервые за долгое время были зарегистрированы и одобрены для использования новые таргетные, иммунные препараты, которые превосходят по эффективности химиотерапию.
- **Таргетная терапия** (от слова *target* - цель, мишень) - вид лекарственной терапии, при котором происходит воздействие на определенную мишень, которой обладает опухоль конкретного пациента.
- Производится молекулярно-генетическое исследование морфологического материала, который доступен (первичной опухоли, метастазов в лимфоузлы или другие органы).
- **Иммунотерапия** - это вариант лекарственного лечения опухолей, который направлен на стимуляцию противоопухолевого иммунного ответа. Иммунотерапия оказывает воздействие на опухоль лишь опосредованно через иммунную систему.

# Какие генетические изменения могут наблюдаться при меланоме?

- Определение молекулярно-генетических изменений в опухоли является важным этапом в планировании лечебной тактики.
- Определение мутаций в опухоли целесообразно проводить до начала лекарственной терапии, для того чтобы выбрать наиболее оптимальный и эффективный вариант лечения для данного конкретного случая.
- ***В R A F-наиболее распространенный тип мутации при меланоме кожи, встречается примерно в 50% случаев всех меланом кожи;***
- ***NRAS - встречается реже, чем мутации в гене BRAF, примерно у 20% пациентов;***
- ***KIT - данный тип мутации встречается наиболее часто при меланоме слизистых и при меланоме акральная локализации.***
- ***GNAQ и GNA11 - это две основные мутации, которые характерны только лишь для глазной меланомы.***

# Профилактика меланомы



- ***Важно соблюдать следующие рекомендации:***
- ♦ регулярно использовать солнцезащитный крем
- в соответствии с вашим фототипом кожи (даже в пасмурную погоду);
- ♦ использовать солнцезащитный крем, который обеспечивает защиту как от UVA, так и от UVB-лучей и имеет коэффициент защиты от солнца (SPF) не менее 30;
- ♦ наносить солнцезащитный крем необходимо примерно за 15 минут до выхода на солнце, а затем повторно - каждые два часа и после плавания или потоотделения;
- ***Нанесение солнцезащитного крема не предусматривает нахождения под солнцем неограниченное время.***
- ♦ используйте солнцезащитную одежду: рубашки с длинными рукавами, брюки, широкополые шляпы и солнцезащитные очки;
- ♦ находитесь в тени, когда это возможно. Самыми активными считаются лучи с 10.00 до 16.00;
- ♦ берегитесь ожогов, тяжелые солнечные ожоги, особенно в детском возрасте, повышают риск развития меланомы и других опухолей кожи;
- ***Только один выраженный солнечный ожог может удвоить шансы на развитие меланомы далее в течение жизни!***
- ♦ избегайте загара в солярии, а также преднамеренного сильного загара;
- ♦ принимайте витамин D как альтернативу пребыванию на солнце.