

РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ КОЖИ

I. Эпидемиология злокачественных новообразований кожи

▶ Злокачественные новообразования кожи лидируют в структуре онкологической заболеваемости, составляя 12,6% (вместе с меланомой — 14,4%).

▶ В силу локализации на доступных для осмотра участках представляется целесообразным проведение скрининговых обследований кожного покрова не только дерматологами и онкологами, но и другими специалистами, регулярно осматривающих пациента терапевтами, семейными врачами.

▶ Поскольку на ранних этапах злокачественные опухоли часто не сопровождаются субъективными ощущениями и зачастую локализуются на участках кожи, не доступных для осмотра самим пациентом, активный осмотр кожи врачом может способствовать более раннему выявлению злокачественных новообразований кожи и проведению своевременного лечения.

▶ Спектр новообразований, которые могут обнаруживаться на коже, весьма широк. Это может быть как опухоли, первично возникшие из любых ее структур, так и вторично распространяющиеся в кожу из других органов и тканей.

II. Принципы ранней диагностики новообразований кожи

Для осуществления ранней диагностики злокачественных новообразований кожи необходима реализация нескольких условий:

Теоретическая и практическая подготовленность врачей (знание признаков злокачественных опухолей на ранних этапах их развития).

Информированность пациентов о ранних признаках и их готовность обратиться к врачу при обнаружении ранних признаков злокачественных новообразований кожи.

Поэтому информирование пациентов и проактивный полный осмотр кожного покрова врачом имеют первостепенное значение для выявления злокачественных новообразований кожи на ранних стадиях.

Информирование пациентов осуществляется различными способами:

Врачом во время консультации;

Путем публикации информационных материалов в средствах массовой информации.

Скрининговое обследование населения может быть ***сплошным*** (полный осмотр кожного покрова каждого обращающегося на прием пациента) либо ***прицельным*** (полный осмотр кожного покрова с факторами высокого риска развития злокачественных опухолей кожи).

Наиболее эффективен прицельный скрининг, но важно понимать, что отсутствие факторов риска развития меланомы не обеспечивает защиты от развития спорадической меланомы в течение жизни.

III. Правила скринингового обследования кожного покрова.

➤ Идеально и единственно правильного способа проведения осмотра кожного покрова не существует, однако осмотр кожи должен быть систематизированным и воспроизводимым, должен обеспечивать эффективность и достаточность процедуры и минимизировать вероятность пропуска новообразования кожи, занимая не более 3- минут.

➤ Очень важно при осмотре иметь хорошее освещение и доступ к естественному дневному свету, желательно исключить попадание прямых солнечных лучей из окна. Помимо естественного света следует использовать источник искусственного света, который должен быть размещен непосредственно над кушеткой, где проводится осмотр кожи. Также очень удобно использовать налобный фонарь, который освобождает руки и позволяет осматривать труднодоступные участки кожи (слуховой проход, межпальцевые складки).

➤ В идеальных условиях осмотр кожи можно проводить на кушетке, отодвинутой от стен, чтобы иметь подход к пациенту со всех сторон минимизировать количество движений, которое должен сделать пациент. Если имеется кушетка с электроприводом — пациента можно расположить на необходимой высоте.

➤ Для осмотра кожного покрова помимо источника света следует подготовить лупу.

➤ Перед осмотром необходимо получить информированное добровольное согласие пациента. Следует предоставить пациенту полную информацию о процедуре осмотра кожного покрова. Детальное объяснение сути процедуры необходимо для обеспечения ее эффективности. Нужно пояснить, что будет проведен общий осмотр и затем подробнее будут

изучены самые важные новообразования. Согласие пациента следует зафиксировать в медицинской карте. Важно не отвлекаться во время процедуры, иначе есть риск пропустить важное новообразование.

➤ Необходимо обеспечить комфортные условия для пациента. Температура воздуха в комнате должна быть теплой, кушетка должна быть чистой, должна быть в наличии ширма, за которой пациент может раздеться.

➤ В первую очередь осмотрите кожу с расстояния для оценки фотоповреждения и количества невусов, а также для выявления «гадких утят» - образований, отличающихся от всех остальных.

➤ Затем, используя лупу, осмотрите все новообразования кожи.

➤ **Разместив пациента в положении лежа на животе, необходимо осмотреть:**

- *Кожу волосистой части головы, разделяя волосы по проборам для осмотра кожи;*

- *Заушные складки;*

- *Заднюю поверхность шеи;*

- *Спину;*

- *Заднюю поверхность рук, межпальцевые складки рук;*

- *Ягодицы;*

- *Заднюю поверхность ног;*

- *Подошвы;*

- *Межпальцевые складки;*

- *Следует осмотреть левую и правую половину тела.*

➤ Далее попросите пациента перевернуться на спину и повторите осмотр в такой же последовательности.

➤ Поверните голову пациента направо и налево, осмотрите наружное ухо, веки, носогубные складки и всю кожу лица, губы, поднимите подбородок, чтобы осмотреть шею с обеих сторон.

➤ Попросите пациента поднять руки и осмотрите подмышечные ямки.

➤ Рак кожи редко возникает в области гениталий, поэтому достаточно спросить пациента, нет ли высыпаний у него в этой области, которые он бы хотел бы показать.

➤ Можно пациента посадить и повторно осмотреть новообразования на коже спины и туловища, головы и шеи. Повторный осмотр в таком положении позволяет оценить новообразования при разном освещении, и так можно рассмотреть ранее не замеченные очаги.

➤ В конце попросите пациента показать, какие конкретно образования его беспокоят. Часто это могут очаги, которые не привлекают вашего внимания. Кроме того, этот вопрос может навести Вас на образования, которые вы могли пропустить. Этим вопросом Вы также можете уточнить, проводит ли пациент самостоятельный осмотр кожи. Эта процедура имеет большое значение, поскольку очень большая часть меланом выявляется самими пациентами в ходе самостоятельного осмотра.

➤ Пока пациент одевается, врач оформляет первичную медицинскую документацию. Следует зафиксировать информацию об имеющихся факторах риска и новообразованиях, требующих дерматоскопического исследования у специально обученного дерматолога.

IV. Показания для направления пациента к дерматологу на дерматоскопическое обследование

Необходимо направлять пациента на дерматоскопическое обследование при обнаружении следующих признаков:

1. Появление на любом участке кожи пигментного пятна, отличающегося от всех остальных образований на коже по любым характеристикам (цвету, неравномерности окраски, неправильным очертаниям, непрерывному росту, присоединению субъективных ощущений, кровоточивости), в особенности во второй половине жизни;

2. Появление в любом отдельном образовании согласно правилу ABCDE (А — асимметрия, В- границы (неправильные очертания, нечеткие границы), С- цвет (многоцветность), D - - диаметр > 6 мм), Е — эволюция (изменения в динамике);

3. Возникновение любых изменений одного пигментного образования в отсутствие таких же изменений во всех остальных очагах;

4. Наличие симптома «гадкого утенка» (одно образование отличается от всех остальных);

5. Имеется хотя бы одно образование с признаками, подозрительными на диспластический невус (хотя бы один участок образования должен иметь структуру пятна, и также должны присутствовать как минимум три из следующих признаков: нечеткая граница, диаметр 5 мм, изменение цвета, неровные очертания, эритема);

6. Выраженная атипия клинических признаков меланоцитарного образования, в особенности, если оно недавно возникло (в течение предыдущих нескольких лет) или меняется;

7. При наличии гало-невусов необходимо направить пациента к дерматологу для исследования кожного покрова в лучах лампы Вуда для исключения ассоциации с витилиго (проводится дерматологом) и для дерматоскопии новообразований (с целью исключения возможной меланомы);

8. После удаления меланоцитарного образования в области рубца отмечается повторное появление пигмента или образования любого рода (идентичного удаленному, беспигментного, любого другого характера). Особенно подозрительными на меланому признаками считаются появление пигмента, выходящего за пределы рубца, а также появление любых признаков рецидива спустя два года и позже после удаления образования;

9. Появление множественных (часто зудящих) очагов себорейного кератоза за короткое время (месяцы) требует исключения синдрома Лезера-Трела, при котором внезапное появление множественных себорейных кератом свидетельствует о злокачественной опухоли внутренних органов. Данным пациентам показан не только дерматоскопия (для верификации диагноза себорейного кератоза), но и выполнение обследований по программе онкологического поиска;

10. Если в области врожденного меланоцитарного невуса (1) возникает утолщение с клиническими признаками по правилу ABCDE (любого размера), либо (2) возникает непрерывно увеличивающийся округлый узелок любого цвета);

11. Появление образования, похожего на себорейную кератому, дерматофиброму, гемангиому, которое:

- имеет нетипичные клинические характеристики;

- является единственным в своем роде (все остальные очаги на коже выглядят по-другому);
- непрерывно растет;
- на поверхности появляются корочки;
- отмечается кровоточивость;
- у пациента в анамнезе имеется злокачественная опухоль, в особенности меланома, и новые очаги (любого характера: похожие на ангиому, невус, голубой невус, бородавку, дерматофибром) требуют исключения метастатического поражения кожи.

12. Возникает единичная розовая или розово-коричневая постоянно растущая бляшка или узелок с гладкой поверхностью или эрозиями на поверхности;

13. Появляется «рубец» на коже без предшествовавшей травмы;

14. Одно из образований на коже начинает отличаться от остальных, постепенно утолщается, растет, сопровождается зудом или другими ощущениями, кровоточит при мытье или травматизации;

15. Наличие очагов актинического кератоза.