

Меланома, меланобластома — онкологическая болезнь, характеризуется высокой степенью агрессивности и быстрым ростом.

Развивается опухоль из эпителиальных клеток — меланоцитов и меланобластов, вырабатывающих пигментное вещество меланин. Из-за высокого содержания этого вещества в опухоли имеет характерный темный цвет.

Тем не менее, в некоторых случаях может не отличаться по цвету от окружающих тканей.

1.Эпидемиология и развитие меланомы

Из всех видов рака кожи меланома встречается в 10% случаев. В последние годы количество больных меланомой увеличивается. В России количество диагнозов меланомы ежегодно увеличивалось в 2,5 раза за 20 лет. Риск заболевания зависит от типа кожи, европейцы со светлой кожей в 10 раз чаще страдают от болезни, чем чернокожие. В первую очередь риск у женщин с рыжими волосами. Пик заболеваемости приходится на средний возраст 40 лет.

У тех пациентов, которые ранее успешно излечились от меланомы, риск развития нового составляет 15%. У этой болезни неблагоприятный период, установлено, что 1% онкобольных умирает от меланомы. Наиболее важные причины болезни — воздействие ультрафиолета на кожу.

Солнечные лучи — причина рака кожи, например плоскоклеточного и базальноклеточного рака. Для развития важно хроническое воздействие ультрафиолета на кожу, тогда как меланома развивается после непродолжительного, но интенсивного воздействия. Поэтому в группе риска люди, которые часто получают солнечные ожоги и не пользуются защитным кремом.

Наличие нери, известных как родинки, играет важную роль в развитии меланомы. В случае повреждения организма увеличивается риск застоя. Повреждение бывает индивидуальным из-за травмы и длительным, когда одежда соприкасается с железами и трется о них во время хождения.

Развитие меланомы также связано с генетической предрасположенностью.

Люди, у родственников которых есть меланомные родинки, имеют повышенный риск развития злокачественных новообразований кожи. Об этом синдроме сообщают по типу аутосомно-доминантного наследования, поэтому при обнаружении у пациента опасного нерита необходимо проверить родственников. Частота консультаций онколога у таких пациентов должна быть не менее двух раз в год. Другая группа пациентов, у которых чаще развивается меланома — люди с нарушенным иммунитетом.

Иммунодефицит — фактор риска для всех видов рака. У женщин гормональный фон играет важную роль в развитии рака кожи. Опасны половое созревание, климакс, беременность, прием гормональных препаратов. Нарушения эндокринной системы приводят к снижению защитных сил организма, что приводит к появлению зеленоватых родинок, особенно если в это время есть другие угрозы.

2.Классификация

Современная классификация меланомы разбивает болезнь на основе нескольких критериев. По гистологической картине и по скорости развития злокачественного новообразования выделяют следующие виды новообразований:

- зона меланомы — популярный вариант, который встречается у 75% пациентов. Может развиваться на неповрежденной коже и в местах с уже имеющимися родинками меланомы. Внешне наблюдается плохое образование, имеет неровные контуры, фактуру, окраску. Меланома с поверхностным расширением развивается в течение 4-5 лет, постепенно переходит от горизонтального к вертикальному росту. В результате раковые клетки проникают в глубокие слои кожи, что затрудняет удаление меланомы. Этот вид опухоли чаще располагается на коже спины или стоп;

- звездная меланома — составляет около трети случаев болезни. Опухоли этого типа наиболее опасны, потому что быстро растут на неизменной коже. Внешне выглядит как шишка или участок кожи темного цвета. Может кровоточить;
- лентиго-меланома — другие случаи, развивается не так быстро, как предыдущий вариант. Обычно выглядит привлекательно, так как фаза горизонтального роста такой опухоли очень долгая. Существует классификация новообразований кожи в зависимости от характера первичного очага, паралича дистальных и отдаленных лимфатических узлов и наличия метастазов. Подразделение опухолевых заболеваний было названо по первым латинским буквам названий этих критериев.

По критериям ТНМ системы выделяют несколько стадий опухоли:

- 1) Толщина меланомы не более 2 мм, метастазов нет, невральными лимфатическими узелками не поражается.
- 2) Толщина 2 мм, метастазов нет, невральные лимфатические узелки не поражены.
- 3) Округлые лимфатические узлы.
- 4) Наличие отдаленных метастазов. Частые метастазы — печень и легкие, возможно поражение головного мозга, кожи, костей. При поражении внутренних органов — висцеральные метастазы, прогноз очень неблагоприятный, выживаемость не превышает шести месяцев.

Выделяют типы меланомы, которые, помимо кожи, объединяются в других частях. Это может повлиять на сосудистую оболочку глаза — вариант увеальной опухоли.

Бывают меланомы волосистой части головы, меланомы вульвы, слизистых оболочек: злокачественная меланома влагалища, заднего прохода, полости носа, ротовой полости, конъюнктивы, злокачественная меланома головного мозга.

Эти типы опухолей встречаются гораздо реже. Хирургическое удаление меланомы наиболее эффективно. Это касается первичного очага и метастазов в другие органы и лимфатические узлы. Нет подходящей альтернативы хирургическому вмешательству, химиотерапия и лучевая терапия недостаточно эффективны. Однако не используются в качестве компонента терапии после удаления первичной опухоли.

3. Лечение и прогноз

Лечение в фазе 1-2. На начальных стадиях меланома излечима, небольшая часть пациентов обращается к врачу именно в этот период болезни. Процедуры проводят в специализированном стационаре.

Радикальное хирургическое лечение включает иссечение поврежденных тканей, удаление окружающей кожи, подкожной клетчатки и фасций вместе. Рекомендуемое минимальное расстояние от края опухоли не менее 1 см. Большое углубление в 4-5 см не оказывает положительного влияния на прогноз выживаемости после лечения меланомы. Поэтому поверхностно разрастающуюся меланому, которая даже углубилась в близлежащие ткани, необходимо удалять с минимальным вдавливанием: при толщине опухоли до 1 мм рекомендуется сдавить ткань, отступить на 0,5-1 см.

Меланома на поверхности, меланома головы и вульвы требует щадящего иссечения тканей. Если толщина опухоли не превышает 2 мм, втягивается на 2 см. В некоторых случаях делают более глубокий отступ. Меланома на ноге или руке может потребовать ампутации пораженного участка.

После удаления опухоли не ограничиваются наложением швов, а операция проводится при неровной коже. Это связано с тем, что при широком иссечении тканей шовный материал не может полностью закрыть тканевой дефект и обеспечить необходимые условия для регенерации. Срезанный участок кожи и волокна следует закрыть слизистой оболочкой с осевым типом васкуляризации (например, меланомой стопы).

Лечение в фазе 3-4. Эффективность лечения зависит от многих факторов — больной длительное время болеет, каково расположение опухоли, насколько поражены внутренние органы и лимфатические узлы. Меланома кожи левой голени с минимальным поражением регионарных лимфатических узлов лечится гораздо чаще, чем меланома шеи или головы.

На третьем этапе показана комбинированная терапия, которая включает удаление дистального лимфатического устройства вместе с окружающей жировой тканью. Ведь дренаж остается в образовавшейся полости, чтобы могла вытечь конденсирующаяся жидкость. Затем проводят химиотерапию и лучевую терапию, направленные на поражение оставшихся раковых клеток и предотвращение повторного появления болезни.

У пациентов с четвертой стадией проводится паллиативное лечение, которое направлено на улучшение состояния пациента, а не на полное выздоровление.

Хирургическое вмешательство в нескольких случаях:

- в случае единичного метастаза при отсутствии поражения других органов и тканей;
- наличия симптомов, которые существенно влияют на качество жизни;
- уменьшения объема опухоли, чтобы сделать чувствительной к химиотерапии. Прогноз выздоровления и скорость меланомы зависят от ряда факторов:
- пол — по статистике у женщин выживаемость после лечения выше;
- расположение первичной опухоли — лучше подходит для лечения меланомы,

расположенной на верхней конечности. Хуже на шее, в затылочной области, на спине;

- толщина опухоли — если этот показатель не превышает 0,75 мм, пятилетняя выживаемость в этом случае достигает 100%.

Чем больше толщина, тем ниже экономичность. Помимо этих факторов, важную роль также играют доступность регуляции, пигментация и направление роста опухоли.

=====

Если у Вас или Ваших близких есть новообразования (доброкачественные, злокачественные), пишите мне на электронную почту Olia-78@mail.ru.

Помогу Вам разобраться в тонкостях лечение настойками и сборами трав. Подберу схему приёма настоек, учитывая диагноз и сопутствующие заболевания (БЕСПЛАТНО).

+7-962-890-36-52 Билайн (ватсап, вайбер, Телеграм)

+7-989-750-01-99 МТС.