



АЗБУКА пациента с меланомой КОЖИ

Путеводитель по лечению и
профилактике заболевания

Издание Общества поддержки пациентов с меланомой



Мы, пациенты с меланомой, ежедневно связанные с этим тяжелым, серьезным диагнозом, лучше всего знаем, как трудно быть наедине с недугом. Сколько страха, сомнений, неуверенности, даже отчаяния. Знаем, как трудно в момент возникновения подозрений в злокачественной болезни, найти надежные источники важной информации – как

правильно провести диагностику, какое требуется лечение, каковы прогнозы и как жить дальше. Поэтому в этом путеводителе пациента с меланомой мы обобщили, на наш взгляд, важнейшие сведения, помогающие понять недуг и выбрать лучшую доступную диагностику, лечение и заботу сообразно виду и стадии опухоли.

Содержание

Что такое меланома?	3
Причины, факторы риска, предотвращение	7
Диагностика, стадии	11
Лечение	16
После лечения	19

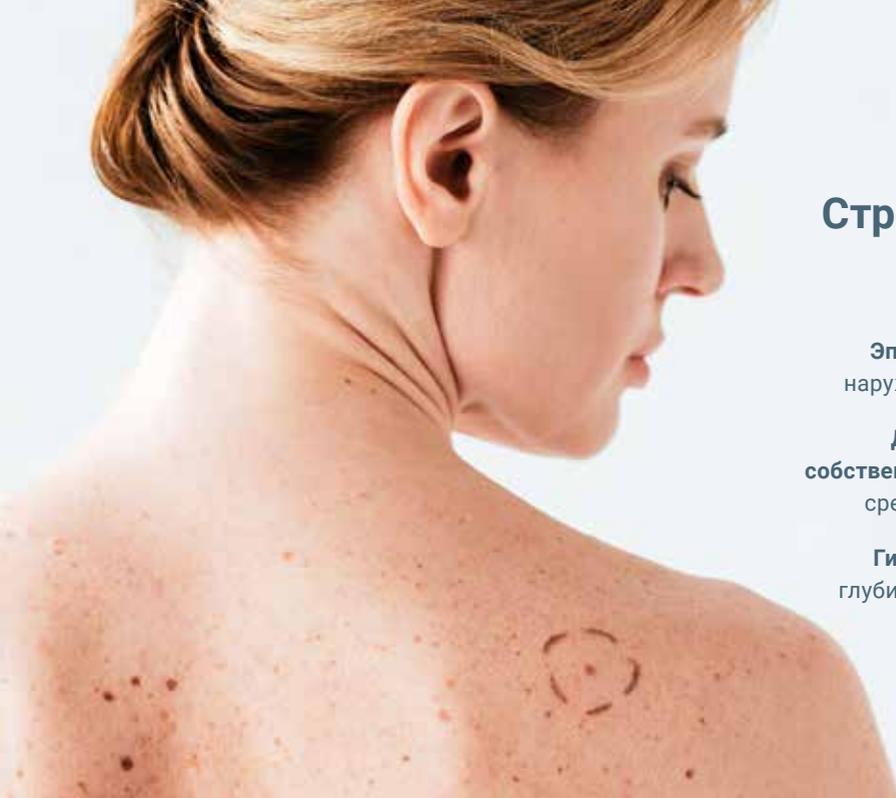
Изложенная в путеводителе медицинская информация основана на рекомендациях клинической практики лечения меланомы Европейской ассоциации онкологов-химиотерапевтов (ESMO) 2019 года.



Что такое меланома?

Меланома – это форма рака, начинающаяся в меланоцитах, клетках, вырабатывающих пигмент меланин, придающий коже ее естественный цвет. Чаще всего поражаются кожа и другие ткани, содержащие меланоциты, например, глаза, кишечник, слизистые оболочки, ногтевое ложе, стопы и ладони.

Наиболее частым признаком меланомы кожи является появление кожных новообразований или изменение существующих родинок.



Строение КОЖИ

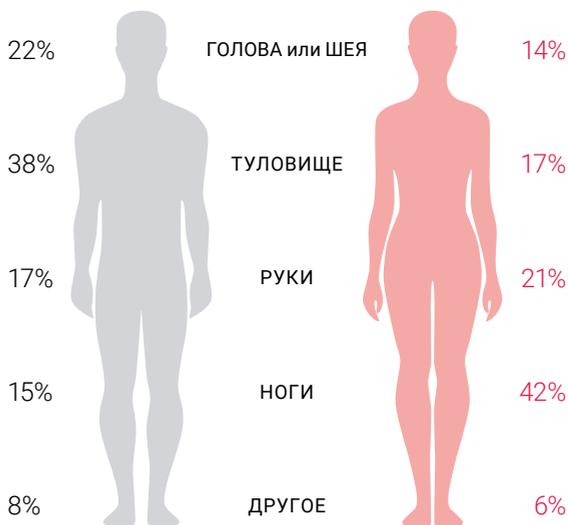
Эпидермис –
наружный слой

Дерма, или
собственно кожа –
средний слой

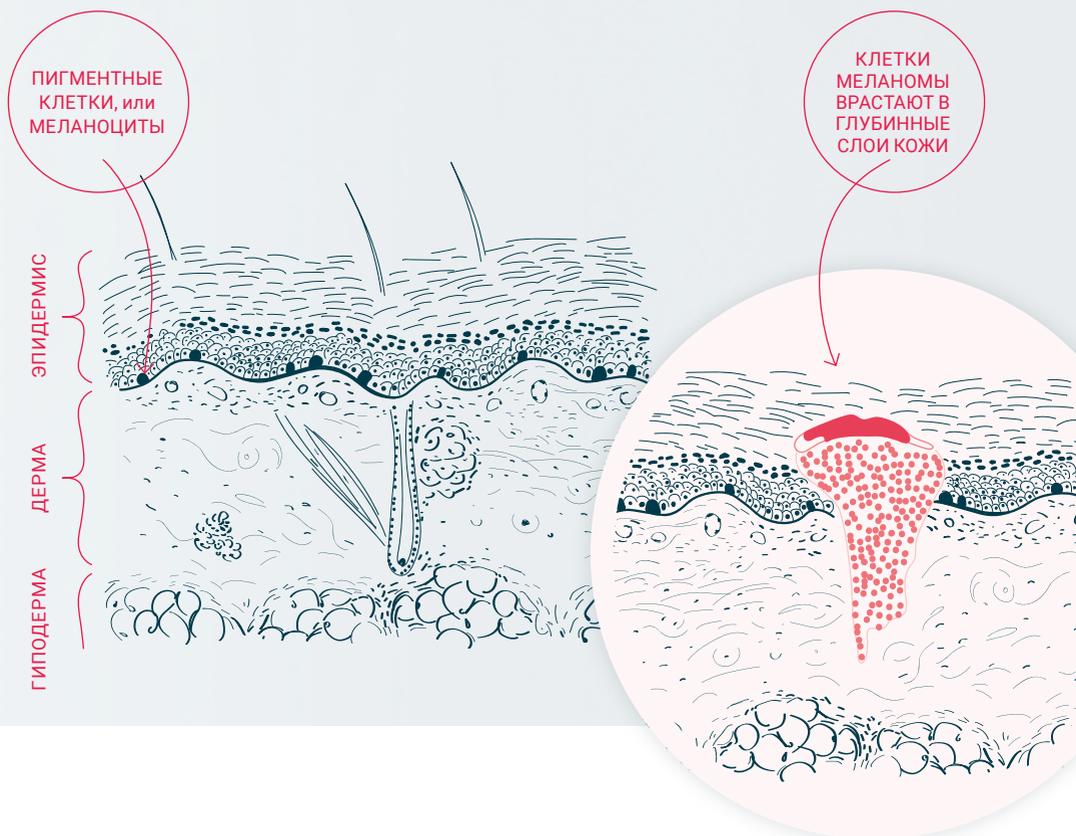
Гиподерма –
глубинный слой

Где может образоваться меланома?

Меланома – наиболее опасный и агрессивный вид рака кожи с высокой смертностью. Ее распространение растет во всем мире. По данным SPKC, в Латвии меланомой ежегодно заболевают свыше 200 человек, около 80 человек в год умирают.



Источник: Cancer Research UK



Как образуется меланома?

Меланома образуется из меланоцитов – клеток эпидермиса, в результате мутации растущих и делящихся быстрее, чем следует. Поначалу пораженные клетки распространяются на ближайшие слои кожи (см. рисунок) и растут поверхностно, или горизонтально, но позднее начинают распространяться вертикально, вращая в более глубокие слои кожи. Когда такая измененная, злокачественная клетка

доходит до мелких кровеносных или лимфатических сосудов, кровь или лимфа разносят ее по другим органам, где она начинает неконтролируемо размножаться. Этот процесс называется метастазированием, а новообразования в других тканях организма – метастазами.

Если меланома обнаруживается в верхнем слое кожи как ограниченное и мелкое образование, есть хорошие шансы полностью излечиться с невысокой вероятностью рецидива. Чем раньше стадия обнаружения меланомы, тем лучше прогноз.

Типы меланомы

Поверхностная меланома

Самая распространенная меланома (около 70% случаев). Опухоль с неровными краями и неравномерной пигментацией отличается сравнительно долгой фазой поверхностного, или горизонтального роста, после которой понемногу начинает расти вертикально и, проникая глубже в кожу к лимфатическим и кровеносным сосудам, порождает риск метастазирования. На раннем этапе развития классических признаков нет.

Нодулярная, или узловая меланома

Самая агрессивная форма меланомы (около 15% случаев). Почти не имеет фазы горизонтального роста, изначально растет вертикально вглубь. Чаще всего выглядит как плотное, приподнятое кожное образование неопределенного цвета. Вплоть до 20% таких меланом не имеют пигмента, что затрудняет раннюю диагностику.

Меланома по типу злокачественного лентиго

Отличается очень долгой горизонтальной фазой роста. Годами может расти без метастазирования и потому считается наименее агрессивной формой меланомы.



Чаще всего обнаруживается у пожилых людей, много работавших на воздухе, на открытых солнцу частях тела – лице, предплечьях, голенях – и составляет в среднем 5% случаев.

Акральная меланома

Чаще всего начинает расти под ногтями, на стопах и ладонях. Из-за короткой фазы горизонтального роста по агрессивности превосходит поверхностную меланому, но уступает нодулярной. Сравнительно редкий тип, чаще диагностируемый у людей с темным цветом кожи.

ВАЖНО!

Для успешного лечения меланомы важно не допустить ее роста вглубь! Помни, что меланома сама по себе не пройдет. Поэтому сразу иди к врачу, ибо каждый день может спасти Твою жизнь.

Причины, факторы риска, предотвращение

Причины возникновения меланомы по-прежнему не ясны. Обычно болезнь порождается сочетанием нескольких факторов риска, в том числе и пока не известных. Но главными являются возраст, врожденная предрасположенность (генные мутации), а также устранимые факторы риска среды и неправильного образа жизни.

Ультрафиолетовое (УФ) излучение

Главным фактором риска развития меланомы является УФ излучение естественного солнечного света и искусственного света ламп для загара. УФ излучение повреждает ДНК клеток кожи, что приводит к их неконтролируемому размножению и возникновению меланомы.

Солнце

Регулярные небольшие дозы солнечного света помогают организму вырабатывать витамин D, важный для здоровья зубов, костей и мышц. Но злоупотребление загаром повышает риск рака кожи. Тяжелые солнечные ожоги с мелкими или большими



волдырями, особенно в детстве, могут повысить риск меланомы на протяжении жизни.

Солярии

В соляриях используется искусственное УФ излучение, которое может повредить ДНК клеток кожи и со временем повысить риск меланомы. Доказано, что у людей, до 25 лет часто подверженных УФ излучению, больше шансов заболеть раком кожи на протяжении жизни.



Будь особо осторожен на солнце, если у Тебя:

- светлая, бледная или слегка смуглая кожа;
- веснушки, рыжие или светлые волосы;
- на солнце ожог наступает раньше загара;
- много родинок (более 100);
- нетипичные кожные образования более 5 мм в диаметре;
- проблемы со здоровьем кожи;
- редко подвергаешься мощным солнечным лучам, например, в отпуске;
- живешь в жарком климате с палящим солнцем;
- в семье были случаи рака кожи;
- понижен иммунитет.

Перечисленные признаки указывают на необходимость не реже раза в год посещать дерматолога или другого врача (онколога, семейного доктора) с опытом диагностики кожных образований!

Как распознать изменения кожи?

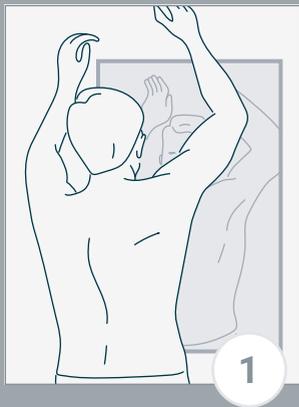
Регулярная самопроверка может помочь вовремя обнаружить вызванные раком изменения кожи. Большинству людей достаточно ежемесячной проверки, но лучше определить ее частоту, проконсультировавшись с врачом.

Первичную проверку кожи всего тела следует пройти у врача, чтобы убедиться, что имеющиеся на коже пятна, веснушки и родинки нормальны, а в случае отклонений вовремя начать лечение.

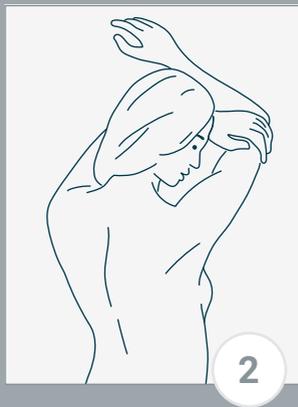
Как проводить самопроверку кожи?

Самопроверка означает осмотр и прощупывание всех образований на коже – родинок, веснушек, возрастных пятен. Помни, что родинки могут быть черными, красными и даже синими или без пигмента. Заметив любые изменения, обратись к дерматологу. Когда каждый сантиметр кожи будет изучен, самопроверка войдет в привычку и будет занимать не более десяти минут в месяц. Это важный вклад в собственное здоровье.

Как проводить самопроверку?



Осмотри тело в зеркале спереди и сзади, затем с поднятыми руками осмотри правый и левый бок.



Согни локти, тщательно осмотри предплечье снаружи, плечо изнутри и кисти.



Осмотри тыльную сторону ног и стопы – верхнюю, подошвенную часть и между пальцами.



С помощью ручного зеркала осмотри шею сзади и скальп, пальцами перебравай волосы.



И наконец, осмотри спину и ягодицы с помощью ручного зеркала. Попроси близких помочь.

Будь особо внимателен к новым кожным образованиям и любым изменениям старых! Для обнаружения подозрительной пигментации используй алгоритм ABCDE и принцип “гадкого утенка”.

Как использовать алгоритм ABCDE?

A (*Assimetry*) – асимметрия

Меланома – асимметричное образование



B (*Border*) – границы

Края меланомы обычно неровные, даже изъеденные



C (*Colour*) – цвет

Меланома может быть многоцветной



D (*Diameter*) – диаметр

Меланома часто крупнее 6 мм



E (*Evolving*) – эволюция

Кожное образование изменяется



В дополнение к критериям ABCDE применяются критерии EFG, где E означает приподнятое (*Elevated*), F – плотное (*Firm*) и G – быстрорастущее (*Growing rapidly*) образование. Критерии EFG чаще констатируются у

нодулярных меланом. Заметив любой из этих тревожных признаков или НОВЫЕ, ИЗМЕНЕННЫЕ или НЕОБЫЧНЫЕ и ОТЛИЧАЮЩИЕСЯ кожные образования, незамедлительно обратись к дерматологу.

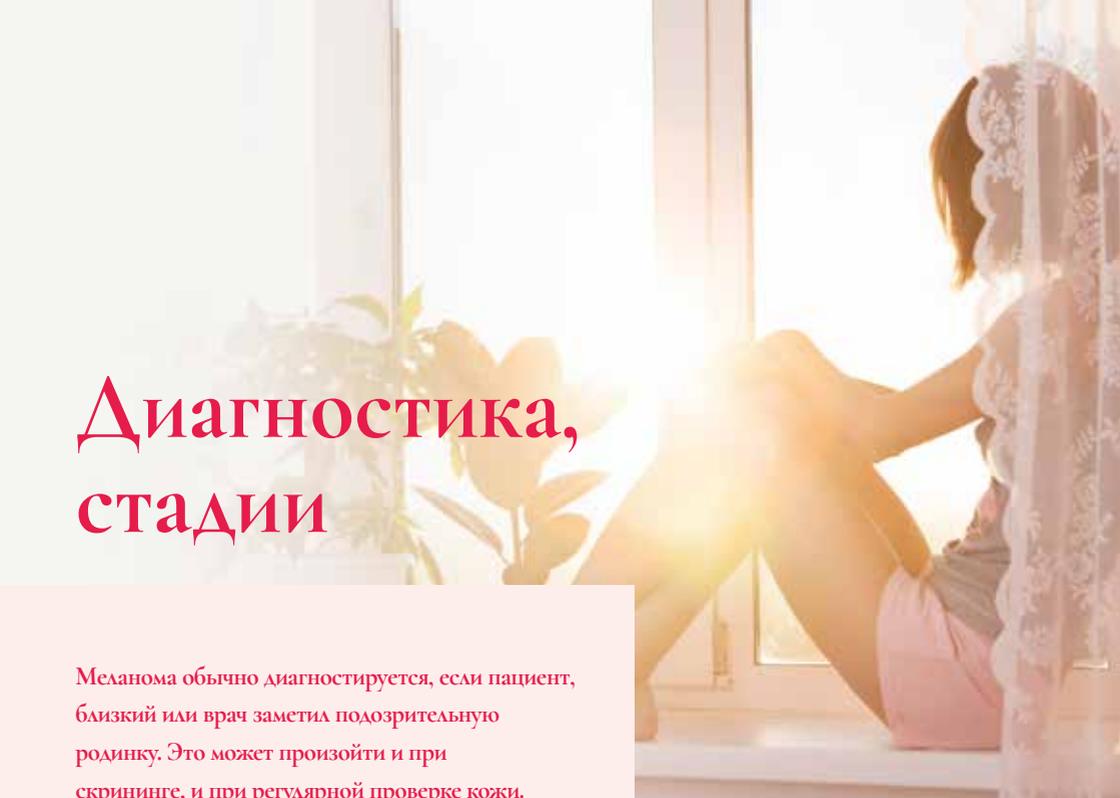
Как использовать принцип “гадкого утенка”?

Эта стратегия распознавания основана на наблюдении, что большинство родинок похожи друг на друга, в то время как меланомы на их фоне выделяются как “гадки утята”. Эти нетипичные или отдельные образования могут быть крупнее, меньше, светлее или темнее окружающих родинок (см. рисунок).



Три примера “гадкого утенка”

- A** Отличается размер
- B** Отличается цвет
- C** Отличается расположение



Диагностика, стадии

Меланома обычно диагностируется, если пациент, близкий или врач заметил подозрительную родинку. Это может произойти и при скрининге, и при регулярной проверке кожи.

Диагностика меланомы

Клиническое обследование

Врач опрашивает пациента о возможных факторах риска и развитии подозрительной родинки (или родинок), об истории болезней в семье, особенно о случаях рака кожи и меланомы у близких родственников. Производится осмотр подозрительной родинки (или родинок) и кожи всего

тела, включая волосистую часть головы, ротовую полость, ногти рук и ног. Будь готов раздеться!

Дерматоскопия

При дерматоскопии используется увеличение и освещение кожного образования с помощью небольшого прибора – дерматоскопа. Его применение существенно улучшает раннюю диагностику подозрительных образований, невооруженным глазом трудно отличимых от обычных родинок. В дерматоскопии очень важен практический опыт врача.

Цифровые технологии и искусственный интеллект

Современные технологии помогают врачу обнаружить меланому намного раньше появления ее классических признаков, которые можно обнаружить невооруженным глазом или дерматоскопом, и помогают длительно отслеживать перемены в кожных образованиях. Новые технологии особо важны для пациентов высокого риска и при наличии многочисленных атипичных или отличающихся кожных образований.

Биопсия

Если во время дерматоскопии врач сочтет кожное образование подозрительным, проводится небольшая операция по его полному удалению с запасом здоровой кожи 1-2 мм. Она называется

эксцизионной биопсией и обычно проводится хирургом или дерматологом со специализацией на хирургии кожных образований. В случае меланомы глубина образования очень важна для точного определения стадии. Операция обычно проводится под местной анестезией, и в большинстве случаев пациенту не требуется лист нетрудоспособности. Это чрезвычайно важный этап диагностики меланомы, поэтому важно произвести его своевременно и правильно.

Гистологическое исследование

Часть удаленного подозрительного кожного образования отправляется в гистологическую лабораторию, где обрабатывается и изучается под микроскопом. Эту работу выполняет врач-морфолог с опытом диагностики кожных образований.

Минимальные параметры отчета гистологической лаборатории:

- обозначение анатомического места;
- тип меланомы;
- толщина в миллиметрах с точностью одного знака за запятой, она же толщина опухоли по Бреслоу (Breslow);
- микросателлиты;
- изъязвление – есть или нет;
- описание периферического и глубокого краев резекции (не остались ли невырезанные опухолевые клетки по краю разреза, отступ в мм от края опухоли до линии разреза);
- признаки регрессии и количество митозов;
- лимфоваскулярная и периневральная инвазия;
- солнечные повреждения окружающих тканей.

Биопсия сторожевых лимфоузлов

Когда по итогам биопсии кожного образования диагностирована меланома, в качестве следующего шага необходимо выяснить, не распространилась ли меланома за пределы первичной опухоли или локальных тканей. Для этого изучается сторожевой лимфоузел, в который поступает лимфа из области опухоли. Наличие или отсутствие клеток меланомы в лимфоузлах является одним из важнейших прогностических факторов, так как указывает на вероятное развитие заболевания и позволяет определить необходимые методы лечения.

ВАЖНО!

Биопсия сторожевых лимфоузлов должна предлагаться всем пациентам с толщиной меланомы более 0,8 мм для уточнения стадии болезни. Пациент имеет право отказаться от этой процедуры. Необходимо помнить: если биопсия сторожевых узлов не проводится или проводится запоздало, после изменения лимфооттока, определить, какая у пациента стадия меланомы – первая/вторая или третья – уже невозможно.

Биопсия сторожевых узлов проводится в больнице и состоит из двух частей – радиологической и хирургической. Сначала в область послебиопсийного рубца вводится особое вещество, после чего специальным устройством отмечается, какие лимфатические узлы его накапливают. Во время операции хирург удаляет

отмеченные лимфоузлы и отправляет в гистологическую лабораторию, где их изучают под микроскопом на наличие клеток меланомы.

Молекулярные тесты

Если меланома подтверждена, важно провести необходимые молекулярно-биологические исследования тканей для выявления наиболее частых генных мутаций. У таких тестов две главные цели: оценить возможность назначения целевой (таргетной) терапии и получить дополнительную информацию об опухоли для прогнозирования болезни и лечения пациента, а также в научных целях. При меланоме кожи мутации чаще всего подвержены гены BRAF, CDKN2A, NRAS и TP53.

Тестирование BRAF рекомендуется всем пациентам высокого риска, начиная со стадии IIC, с повторением теста для метастазов, если таковые появятся, так как статус генных мутаций может меняться.

Другие исследования

При меланоме низкого риска дополнительные исследования обычно не требуются. Прочим пациентам еще до биопсии сторожевых узлов может быть предложено ультразвуковое обследование лимфоузлов и компьютерная томография. Для пациентов очень высокого риска (выше T3b) дополнительно возможно проведение магнитно-резонансной томографии головного мозга и позитронно-эмиссионной томографии.



Стадии

Стадия рака описывает распространение болезни, т.е., как глубоко меланома проникла в организм. Точно определенная стадия влияет на лечение, динамическое наблюдение и прогноз.

Для классификации меланомы используют систему TNM, где:

- категория T – опухоль (*Tumour*),
- категория N – лимфоузлы (*Nodes*),
- категория M – метастазы (*Metastasis*).

Каждую категорию оценивают отдельно, их суммирование формирует клиническую стадию. Для пациентов одной и той же стадии схожий прогноз и схожие возможности лечения.

0 стадия

Опухоль затрагивает только верхний слой кожи (эпидермис). Меланому 0 стадии называют также *in situ* (на месте). Нет доказательств распространения раковых клеток на лимфоузлы или другие части тела.

I стадия TNOMO

I стадия делится на стадии IA и IB по толщине опухоли и наличию изъязвления.

Толщина опухоли:

- **T1a** – менее 0,8 мм, без изъязвления – стадия IA
- **T1b** – менее 0,8 мм, с изъязвлением – стадия IB
- **T1b** – 0,8–1,0 мм с изъязвлением или без – стадия IB
- **T2a** – более 1,0–2,0 мм, без изъязвления – стадия IB

В лимфоузлах клетки меланомы не обнаружены. Метастазов нет.

II стадия TNOMO

II стадия делится на стадии IIA, IIB и IIC по толщине опухоли и наличию изъязвления.

Толщина опухоли:

- **T2b** – более 1,0–2,0 мм, с изъязвлением – стадия IIA
- **T3a** – более 2,0–4,0 мм, без изъязвления – стадия IIA
- **T3b** – более 2,0–4,0 мм, с изъязвлением – стадия IIB
- **T4a** – более 4,0 мм, без изъязвления – стадия IIB
- **T4b** – более 4,0 мм, с изъязвлением – стадия IIC

В лимфоузлах раковые клетки не обнаружены. Метастазов нет.

При определении стадии важна глубина опухоли по Бреслоу, показывающая глубину распространения клеток меланомы в подлежащие слои кожи. Это определяет гистологическая лаборатория, измеряя самое толстое место опухоли по вертикали (уже с 0,1 мм). Чем толще опухоль, тем хуже прогноз.

Изъязвление указывает на повреждение эпидермиса (верхнего слоя кожи), покрывающего меланому. Изъязвление может быть невидимо невооруженным глазом, т.е., выделение крови или мокнутие не единственный признак изъязвления. Для его точного определения необходимо гистологическое исследование. Наличие изъязвления ухудшает прогноз.

III стадия TNMO

III стадия разделяется на III A, III B, III C и III D с учетом количества пораженных лимфоузлов, оцененного клиническими или скрытыми методами, сателлитных метастазов (на расстоянии до 2 см от начальной опухоли) и транзитных метастазов (на пути от первичной опухоли к лимфоузлам). Чем больше пораженных лимфоузлов и шире поражение, тем выше стадия. В уточнении третьей стадии категории Т суммируется с категорией лимфоузлов N.

- **N1**, один затронутый опухолью узел или транзитные/сателлитные метастазы
- **N2**, два или три затронутых опухолью узла или транзитные/сателлитные метастазы с одним затронутым опухолью узлом
- **N3**, четыре и более затронутых опухолью узла или транзитных/сателлитных метастазов с двумя или несколькими затронутыми опухолью узлами.

Каждая категория N делится на подтипы a, b, c. Опухоль не распространилась за пределы регионарных лимфоузлов.

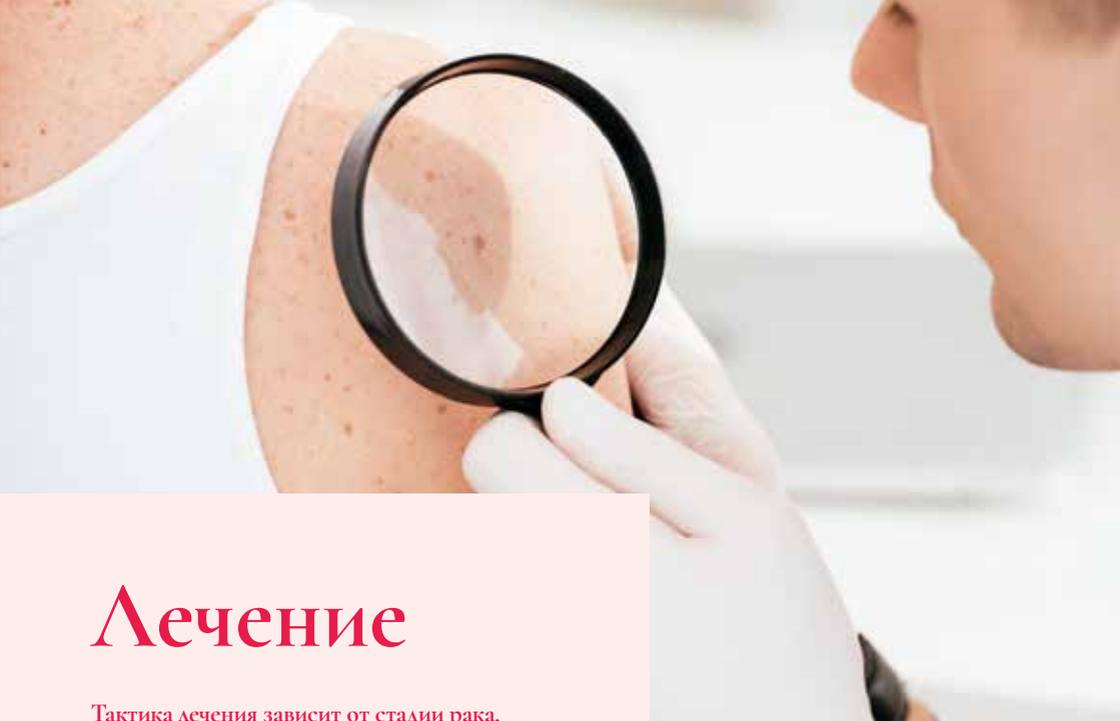
Поражение лимфоузлов – когда меланома начинает распространяться, с током лимфы она попадает в ближайшие сторожевые узлы. Если меланома на нижних конечностях, сторожевой узел может располагаться в подколенной ямке или в паху той же стороны тела. Если меланома на спине, сторожевой узел чаще всего находится подмышкой или в паху. Ранее считалось, что для определения поражения лимфоузлов достаточно пальпации и сонографии, но в современной классификации меланомы поражение лимфоузлов разделено на определяемое клиническими (сонография, пальпация, визуальный осмотр) и скрытыми методами, т.е., только под микроскопом. Чем больше пораженных лимфоузлов и клеток меланомы в лимфоузле, тем выше риск дальнейшего распространения.

Локализация (местонахождение в организме) метастазов меланомы важна для прогноза заболевания.

IV стадия TNM

IV стадия – опухоль распространилась за пределы регионарных (ближайших) лимфоузлов. При оценке категории M (метастазной) учитывается локализация (место) метастазов меланомы и уровень лактатдегидрогеназы (LDH, определяемый анализом крови показатель) – нормальный или повышенный.

- **M1a** – опухоль распространилась в кожу, подкожный слой, мышцы и нерегионарные лимфоузлы
- **M1b** – метастазы меланомы обнаружены в легких
- **M1c** – прочие внутренние органы (кроме центральной нервной системы)
- **M1d** – центральная нервная система (мозг)



Лечение

Тактика лечения зависит от стадии рака, характера опухоли и риска для пациента

ВАЖНО! Нет двух одинаковых пациентов и двух одинаковых меланом. Врач или консилиум оценивает все результаты исследований и назначает каждому пациенту оптимальный план лечения.

Лечение меланомы начинается с хирургической операции, называемой

широкой локальной эксцизией, или ре-эксцизией. В зависимости от начальной толщины опухоли, чтобы исключить рецидив, если раковые клетки проникли глубже, от краев удаляемой меланомы в качестве „полосы безопасности“ – захватывается участок здоровой кожи с минимальной шириной:

Толщина меланомы в мм (по Бреслоу)	Края ре-эксцизии, см
Melanoma <i>in situ</i> (pTis N0 M0)	0,5
≤ 2 мм (pT1a – pT2 N0 M0)	1
> 2 мм (pT3a – pT4b N0 M0)	2

Материал ре-эксцизии также направляется в гистологическую лабораторию.

На первой и второй стадиях лечение обычно завершается широкой локальной эксцизией, и другие методы лечения не требуются.

Адьювантная, или профилактическая терапия

Для пациентов с меланомой высокого риска, распространившейся в лимфоузлы, велика вероятность прогрессирования болезни из-за наличия в организме опухолевых клеток, которые не обнаруживаются никакими тестами или исследованиями. Таким пациентам после операции может быть предложена адьювантная терапия с использованием ряда действенных препаратов иммунотерапии и целевой (таргетной) терапии. Главная цель адьювантной терапии – предотвратить прогрессирование меланомы.

Если болезнь все же прогрессирует, доступны хирургическое лечение, стереотаксическая хирургия, лучевая терапия, а также системная терапия – иммунотерапия и целевая (таргетная) терапия. Спросите врача о преимуществах и рисках каждого метода лечения!

Иммунотерапия мобилизует на борьбу с раком естественную защиту организма – иммунную систему. Препараты иммунотерапии призваны помочь нашему организму находить, распознавать и уничтожать опухолевые клетки. Доступны различные медикаменты, применяемые отдельно (монотерапия) или комплексно (комбинированная терапия).

На иммунных клетках, называемых также Т-клетками (**Т-лимфоцитами**), присутствует протеин PD-1, или рецептор программируемой гибели (programmed death). Задача этого рецептора – **подавлять активность Т-клеток** и обеспечивать, чтобы Т-клетки не нападали на другие клетки организма. Важно, чтобы Т-клетки находили и уничтожали меланому, для чего разработаны препараты иммунотерапии, называемые **PD-1 ингибиторами**, блокирующие протеин PD-1 и помогающие нашей иммунной системе **быть активной**, находить, распознавать и уничтожать раковые клетки. Сегодня утверждены два PD-1 ингибитора – пембролизумаб и ниволумаб.

CTLA-4 – еще один протеин, отключающий „тормоза“ иммунной системы. Под названием ипилимумаб он утвержден как препарат для лечения меланомы. Ингибитор CTLA-4 обычно применяется в комбинации с ингибиторами PD-1.

Препараты иммунотерапии вводятся в вену через каждые 3–4 недели.

Старейшими препаратами иммунотерапии являются интерферон альфа и интерлейкин. Оба высоко токсичны, с тяжелыми побочными эффектами, но в отдельных случаях их применение признается целесообразным.

Целевая (таргетная) терапия специфически „нацелена“ на опухолевые клетки, где присутствует измененный ген. В сущности, гены содержат инструкции для клеток – как создавать новые клетки, как себя вести, когда делиться, когда умирать. Патологические изменения этих инструкций называются

мутациями, которые позволяют клеткам меланомы спонтанно расти и размножаться. Примерно у половины пациентов с меланомой произошли генные мутации, обозначаемые BRAF и вызывающие неконтролируемый рост раковых клеток. Препараты таргетной терапии, называемые BRAF ингибиторами, блокируют этот рост, одновременно ограничивая повреждение здоровых клеток.

В наши дни BRAF ингибиторы (dabrafenib, vemurafenib, encorafenib) применяются только в комбинации с MEK ингибиторами (trametinib, cobimetinib, binimetinib), что дополнительно ускоряет сокращение опухоли, задержку роста рака и продлевает жизнь пациента. Препараты целевой (таргетной) терапии применяются в форме таблеток.



Побочное действие лекарств

К сожалению, любое лечение имеет побочное действие. Это очень индивидуально – одни испытывают все возможные эффекты, другие лишь некоторые или не испытывают совсем.

У некоторых лекарств побочные эффекты чаще и сильнее, другие переносятся легче. Заранее предсказать реакцию на препарат невозможно. Отсутствие побочных эффектов не означает, что лекарство не действует.

Наиболее частые побочные явления иммунотерапии и таргетной терапии

(возможны одно, несколько или другие, не упомянутые)

- понос
- зуд
- витилиго (исчезновение пигмента)
- повышенная температура
- сыпь на коже
- слабость
- отек
- запор
- тошнота
- нарушение деятельности щитовидной железы
- боль в суставах
- колит (воспаление кишечника)
- чувствительность к солнечному свету

Онколог-химиотерапевт знает, как ослабить побочные эффекты и улучшить качество жизни пациента.

ВАЖНО! Всегда рассказывай врачу обо всех побочных явлениях в ходе лечения. Это может заметно улучшить качество жизни и уберечь от долгосрочных последствий.

После лечения

Пациент с меланомой обязан помнить, что болезнь “не играет” по правилам. Для него выше риск повторно заболеть меланомой и другими кожными опухолями – базалиомой, плоскоклеточным раком и пр. Его родственники также должны помнить о повышенном риске меланомы.



После диагноза и лечения необходимо наблюдение у врача. Нет единого стандарта частоты посещения врача и необходимых обследований, но в основном происходит так:

- Первые два года после диагноза, когда риск рецидива максимален, посещать врача надо раз в 3–6 месяцев, в зависимости от стадии болезни или индивидуального риска.
- В следующие два года профилактический визит раз в полгода. Затем раз в год.
- При каждом профилактическом визите врач осматривает кожу, изучает операционный рубец, пальпирует лимфоузлы соответствующей зоны, опрашивает о симптомах и при необходимости назначает обследование.

Обязательно сообщите врачу о затянувшемся кашле, двоении в глазах, головной боли с головокружениями или боли в костях.

Что может делать сам пациент?

Всю дальнейшую жизнь не реже раза в месяц проводить самопроверку кожи, чтобы не пропустить появление новых признаков меланомы.

На что обращать внимание?

Проводи проверку визуально и на ощупь в следующих местах:

- операционный рубец и его окрестности;
- близлежащие лимфоузлы;
- кожа всего тела на предмет новых образований или изменений в старых с использованием алгоритма ABCDE и принципа “гадкого утенка”.

При подозрении на новую меланому как можно скорее обратись к врачу и начни лечение.

ПОМНИ! Меланома может развиваться и без упомянутых в алгоритме ABCDE признаков.

Забота о коже на солнце

После терапии меланомы очень важно беречь кожу от воздействия солнца. И вовсе не нужно отказываться от солнечного света или отпусков в теплых краях – надо защищать кожу от ожогов!



Некоторые рекомендации по защите кожи:

- находясь на солнце, всегда используйте солнцезащитный крем (с защитой не ниже SPF 30), предохраняющий и от UVA, и от UVB излучения;
 - не находись на солнце в пик солнечной активности с 11.00 до 15.00;
 - носи одежду из плотного хлопка или других натуральных волокон;
 - прикрывай руки длинными рукавами, ноги – длинными брюками; для защиты лица, шеи и ушей носи шляпу с полями;
 - под ярким солнцем носи темные очки;
 - не используй солнцезащитный крем как замену других методов защиты кожи. Люди иногда думают, что солнцезащитный крем позволяет дольше находиться под солнцем, но лучше все же прикрывать кожу и избегать палящих солнечных лучей;
 - не пользуйся солярием.
- Если кожа всегда прикрыта одеждой, проконсультируйся с врачом о дополнительном приеме витамина D.



Как жить с меланомой?

Диагноз “меланома” каждый воспринимает по-своему. Пациенты, их близкие – все сталкиваются с физическими и эмоциональными вызовами, разнообразными ощущениями, включая шок, страх и изоляцию. Нет правильного или неправильного образа действий или чувств – все мы разные.

Стресс ощущается физически, душевно и эмоционально. Временами этот стресс может казаться непреодолимым. Остерегайся описанных ниже признаков стресса, депрессии и тревоги, и непременно обсуждай их со своим врачом:

- Ощущение грусти или “пустоты”
- Потеря интереса или удовольствия
- Проблемы со сном и концентрацией
- Усиление или ослабление аппетита
- Хроническая усталость или тревога
- Мысли о самоубийстве или смерти
- Дурнота или ускоренное сердцебиение
- Боль в груди или животе

Для жизни с меланомой приемы преодоления стресса – очень важная часть будней, они могут помочь полноценно себя чувствовать и улучшить качество жизни. Не все приемы одинаково подходят всем людям, но вот несколько идей по улучшению самочувствия.

- Найди себе подходящее физическое занятие
- Говори с терапевтом или доверенным лицом
- Найди группу поддержки
- Слушай музыку
- Позвони другу
- Читай книги и смотри комедии
- Веди дневник

Что делать дальше на всем протяжении жизни?



- Не откладывай и не пропускай визиты к врачу и диагностические обследования
- Seriously готовься к посещениям врача:
 - подготовь вопросы – лучше письменно;
 - возьми с собой все результаты недавних обследований и медицинские справки;
 - оденься так, чтобы было удобно раздеться и одеться в кабинете врача;
 - будь готов к полному осмотру тела.
- Сохраняй здоровое тело – следи за весом, не пренебрегай физической активностью
- Соблюдай меры осторожности, находясь на солнце, и ежемесячно проводи самопроверки
- Пользуйся только надежными и достоверными источниками информации

Надежные источники информации на английском языке

Европейская сеть пациентов с меланомой

<http://www.melanomapatientnetwork.eu.org>

Базы данных клинических исследований

<https://clinicaltrials.gov>

<https://www.clinicaltrialsregister.eu>

Рецензенты издания

Dr. med Симона Дониня, иммунолог, онколог-химиотерапевт Рижской Восточной клинической больницы, ассоциированный профессор RSU

Dr. med. Ая Гериня-Берзиня, онколог-химиотерапевт Клинической университетской больницы П.Страдина

Dr. med. Алинта Хегмане, онколог-химиотерапевт Рижской Восточной клинической больницы, ассоциированный профессор LU

Гунтис Анцанс, хирург онкологии Рижской Восточной клинической больницы

Раймонд Карлс, дерматолог, руководитель SIA „Derma Clinic Riga”, председатель правления общества „Дерматологи против рака кожи”

Dr. biol. Даце Пьянова, ведущий исследователь Латвийского центра биомедицинских исследований

Источники:

- Michielin O. et.al. Cutaneous melanoma: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up *Annals of Oncology* 30: 1884–1901, 2019 doi:10.1093/annonc/mdz411
- Подготовленные Центром контроля и профилактики заболеваний данные о пациентах онкологии <https://spkc.gov.lv/statistika-un-petijumi/statistika/veselibasaprupes-statistika1>
- Carr S.et.al. Epidemiology and Risk Factors of Melanoma. *Surg.Cl.of N.Am.*Vol.100. Issue 1, Feb.2020. doi.org/10.1016/j.suc.2019.09.005
- Scoyler R.A. et.al. Melanoma Pathology reporting and staging. *Modern Pathology*. Vol. 33, 15-24, 2019. doi.org/10.1038/s41379-019-0402-x
- Gershenwald J.E. et.al. Melanoma staging: Evidence-based changes in the American Joint Committee on Cancer eighth edition cancer staging manual. *ACS J. CA:A Cancer Journal for Clin.* Vol.67, Issue 6, 2017. doi.org/10.3322/caac.21409
- Wouters M.W., Michielin O., Bastiaannet E. et.al. ECCO essential requirements for quality cancer care: Melanoma. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, Volume 122, February 2018, Pages 164-178 <https://doi.org/10.1016/j.critrevonc.2017.12.020>
- Haanen J. et.al. Management of toxicities from immunotherapy: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology* 28 (supp.4), 2017. doi:10.1093/annonc/mdx225
- Coit D.G. et.al. Cutaneous Melanoma, Version 2.2019, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. *J.Natl.Compr.Canc.Netw.* Vol.17, No.4, April 2019. DOI:10.6004/jnccn.2019.0018



soli priekšā melanomai

Основные принципы деятельности общества

“На шаг впереди меланомы”:

1. Пациент на первом месте.
2. Решения, а не проблемы.
3. Данные, а не мнения.
4. Кто, если не мы?

Наши контакты:

biedriba@soliprieksamelanomai.lv

www.soliprieksamelanomai.lv

 [@soliprieksamelanomai](https://www.facebook.com/soliprieksamelanomai)

Закрытая группа FB только
для пациентов и близких

Контактный телефон: 29 16 48 82

