Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, Київ

ПРОФІЛАКТИКА РАКУ ШКІРИ

О.О. Ошивалова

Адреса:
Ошивалова Олена Олександрівна
01014, Київ, вул. Верхня, 5
Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами
Тел.: (044) 254-64-35
E-mail: ochivalova@mail.ru

Ключові слова: *дерматоонкологія, рак шкіри, групи ризику, скринінг, профілактика раку шкіри, фотозахист шкіри.*

Підвищена увага лікарів усіх спеціальностей до новоутворень шкіри пояснюється значною поширеністю та пізньою діагностикою злоякісних форм цього захворювання. Таким чином, абсолютно логічними і зрозумілими є заходи, спрямовані на пошук шляхів ранньої діагностики та профілактики злоякісних новоутворень шкіри. В Україні дерматовенерологічна служба в тісній співпраці з онкологічною службою протягом останніх років (2008–2014 рр.) проводять організовані масові огляди населення на предмет наявності новоутворень шкіри з їх верифікацією та визначенням подальшої тактики ведення таких хворих. Усі пацієнти повинні володіти інформацією про новоутворення шкіри, знати правила самоогляду, рекомендації щодо профілактики злоякісного переродження новоутворень шкіри.

Дерматоонкологія як розділ дерматології займається вивченням, діагностикою та лікуванням доброякісних і злоякісних новоутворень шкіри, спираючись на етіологічні та морфологічні особливості конкретної нозологічної форми ураження шкірного покриву. Зазвичай хворі звертаються до лікаря-дерматолога чи косметолога зі скаргами не на наявність якогось новоутворення на шкірі, а на виниклий паралельно косметичний дефект чи у зв'язку з суб'єктивними відчуттями. За статистичними даними, частота виявлення злоякісних пухлин шкіри серед пацієнтів, які звернулися до дерматолога, становить 2% [4].

Рак шкіри — одне з найпоширеніших онкологічних захворювань. Кількість випадків раку шкіри, включаючи меланому, подвоїлася за останнє десятиліття. Середньорічний темп приросту захворюваності на меланому у світі становить близько 5% і може вважатися одним з найвищих серед усіх злоякісних пухлин, крім раку легені [1]. Незважаючи на візуальну доступність, питома вага запущених форм раку шкіри залишається високою.

Так, якщо в США у 1984 р. меланома шкіри була виявлена у 18 000 пацієнтів, то в 1996 р. ця цифра досягла 38 300 осіб. У 2007 р. серед громадян США зазначене захворювання діагностували вже у 59 940 осіб — це шосте місце серед усіх вперше виявлених випадків онкологічної патології в країні. Лідером за рівнем захворюваності нині залишається Австралія — 78,4 випадку на 100 тис. жителів (дані за 2008 р.). На тлі такої статистики у південних країнах, існують серйозні проблеми і в жителів північних регіонів. Щорічний приріст захворюваності на меланому шкіри серед жінок Ісландії з 1992 по 2001 р. становив 11,8% [1].

За уточненими даними Національного канцер-реєстру України, у 2012–2013 рр. велику питому вагу у структурі захворюваності населення України (від 10,4% — у чоловіків до 13,4% — у жінок) мав немеланомний рак шкіри, у вікових групах старше 30 років він становив 7,8–16,2% і 6,7–23,6% у чоловіків та жінок відповідно. Рівень захворюваності на немеланомний рак шкіри (базальноклітинна карцинома, плоскоклітинна карцинома) у 2012 р. досяг 45,5 на 100 тис. населення (світовий показник — 23,4), а смертності з цієї причини — 1,5 на 100 тис. населення (світовий показник — 0,7). При профілактичних медичних оглядах було виявлено лише 59,9% випадків [5].

Меланома — найбільш поширений вид раку у жінок віком 25–29 років і 2-га за частотою злоякісна пухлина (після раку грудної залози) у жінок вікової категорії 30–34 років. Пік розвитку меланоми припадає на вік 50 років. За уточненими даними Національного канцер-реєстру України, у 2012–2013 рр. кількість хворих на меланому шкіри досягла 3289 осіб, захворюваність на 100 тис. населення становила 7,2 (світовий показник — 4,7), а смертність — 2,6 (світовий показник — 1,6). При профілактичних медичних оглядах було виявлено лише 44,8% випадків [5].

Таким чином, проблема раку шкіри залишається актуальною в Україні і вимагає підвищення рівня раннього виявлення, а також створення комплексної програми діагностики, лікування та профілактики цієї групи злоякісних новоутворень і розробки освітніх програм для населення країни.

При побудові етіологічної моделі меланоми і немеланомного раку шкіри виділено низку причинних факторів, які або викликають злоякісне перетворення меланоцитів чи кератиноцитів, або сприяють цьому. Зазвичай їх називають факторами ризику та поділяють на екзогенні, що містяться в навколишньому

середовищі, та ендогенні, породжені самим організмом людини. Звичайно, подібний поділ є певною мірою умовним, оскільки існування будь-якого живого організму неможливе без постійної взаємодії з навколишнім середовищем. Тому при виникненні та розвитку раку шкіри відбувається поєднаний вплив пошкоджувальних факторів на людину [14].

Прийнято виділяти такі групи осіб із високим ризиком розвитку раку шкіри:

- особи, які мають родичів з раком шкіри;
- володарі світлого фенотипу: блондини або руді з блакитними очима, яким важко засмагнути і легко отримати сонячні опіки [10];
- особи, що часто перебувають на сонці;
- особи, що мають шкірні дисплазії та вроджені родимі плями;
- пацієнти з перенесеним раніше раком шкіри;
- особи, що контактують з хімічними канцерогенами (вуглець нафти і кам'яного вугілля, сполуки арсену та ін.);
- пацієнти з хронічними виразками, які довго не епітелізуються;
- пацієнти з рубцями, викликаними опіками і механічними ушкодженнями;
- особи після променевої терапії;
- особи, які щодня тривалий час перебувають на сонці або піддаються періодичному, але інтенсивному впливу сонячного випромінювання, входять до групи високого ризику розвитку немеланомного раку шкіри [8].

За даними дослідників (Katalinic A., 2014), наявність факторів ризику на момент скринінгу підвищує частоту виявлення меланоми та раку шкіри майже в 20 разів. При цьому найбільш значущим чинником є виникнення атипових пігментних невусів. У пацієнтів молодого віку (20–34 роки) ймовірність виявлення меланоми шкіри за наявності будь-яких факторів ризику зростає в 12,8 раза. Це може свідчити про необхідність проведення базового огляду населення в 20-річному віці з виділенням категорії осіб, які мають фактори ризику, та подальшим більш ретельним і частим їх обстеженням [3].

Клінічне обстеження шкіри — найбільш поширений скринінговий тест. Чутливість і специфічність цього методу досить високі (94 і 98% відповідно), якщо огляд проводить кваліфікований спеціаліст [4].

У 2014 р. A. Katalinic (Любек, Німеччина) на 10-му Конгресі Європейської асоціації дерматоонкологів (European Association of Dermatooncology — EADO) представив результати пілотного дослідження SCREEN, присвяченого ефективності скринінгової програми меланоми шкіри, реалізованої в 2003–2004 рр. на території Північної Німеччини. Протягом цього періоду обстежено близько 360 тис. осіб віком старше 20 років. Скринінг проводили 116 дерматологів і 1673 лікаря загальної практики, що пройшли 8-годинний тренінговий курс. У результаті ранньої діагностики та своєчасного лікування меланоми шкіри відзначено зниження смертності на 47% серед жіночого населення і на 49% — серед чоловічого [2]. Окрім цього, у ході дослідження вивчено такі фактори ризику, як наявність меланоми шкіри в особистому та сімейному (тільки у родичів першої лінії) анамнезі, наявність >40 пігментних невусів діаметром >2 мм, наявність ⩾1 атипового вродженого невуса [3].

Серед методів скринінгу розглядається самостійне обстеження шкіри. Серйозних побічних ефектів у цього методу не існує, проте процедура може бути незручною, а для деяких пацієнтів — складною для проведення. Серед інших методів — анкетування та опитування пацієнтів, яке здійснюють з метою виділення груп високого ризику [8].

Так, J.-J. Grob (Марсель, Франція) бачить покращення ранньої діагностики меланоми в проведенні Дня меланоми, регулярних профілактичних оглядах усього шкірного покриву дерматологами або лікарями загальної практики, популяризації самоогляду серед населення. За даними багатьох досліджень, меланому шкіри в 44,0% випадків виявляє сам пацієнт, в 25,4% — лікар, а в 15,6% — члени сім'ї хворого. За результатами анкетування стало відомо, що в рутинній практиці 50–75% лікарів не оглядають шкіру пацієнта повністю [2].

Вважається, що у пацієнтів з облігатними попередниками раку шкіри (пігментна ксеродерма, диспластичні невуси та ін.) огляд дерматологом слід проводити 2–4 рази на рік, з факультативними попередниками (актинічний кератоз, лейкоплакія, кератоакантома, шкірний ріг та ін.) — 2 рази на рік [4].

Методика скринінгу включає огляд дерматологом всієї поверхні тіла пацієнта, включаючи шкіру волосистої частини голови, а також сідниць, статевих органів і стоп. Скринінг, проведений кваліфікованими лікарями, дозволяє виявити пухлини шкіри на більш ранніх стадіях порівняно з пухлинами, які пацієнти виявляють при самостійних оглядах. Лікарі при обстеженні шкіри значно частіше виявляють поверхневі меланоми (більш небезпечний вид раку шкіри), ніж пацієнти самостійно, що підвищує ймовірність успішного лікування [7].

Подальші заходи включають обов'язкове дерматоскопічне дослідження всіх підозрілих на рак шкірних утворень, виявлених при візуальному огляді. До змін, що свідчать про високу ймовірність його переродження в злоякісну пухлину, відносять: асиметрію, нерівність краю, нерівномірне забарвлення, виникнення на поверхні гіперкератозу чи папіломатозних розростань, тріщин, виразок, кровоточивості, ущільнення, появу суб'єктивних відчуттів (свербіж, печіння, хворобливість) [7].

Згідно з даними літератури кількість пацієнтів із підозрою на меланому шкіри у випадковій вибірці варіює від 0 до 9 осіб (у середньому 1–3) на 100 обстежених. Патогістологічне підтвердження меланоми чи меланоми *in situ* отримують в 1–4 випадках на 1000 обстежених осіб. У 1–5% пацієнтів підтверджується діагноз немеланомного раку шкіри [11].

Зарубіжні фахівці пропонують з метою виявлення меланоми та інших форм раку шкіри проводити візуальні профілактичні огляди шкірного покриву кожні 3 роки в осіб віком 20–40 років і щорічно — в осіб старше 40 років [7, 11].

Скринінг раку шкіри може бути економічно ефективним, оскільки шкіра — одна зі сприятливих локалізацій, що зумовлює ранню діагностику та успішне лікування пухлинної хвороби. У деяких випадках хибнопозитивні результати скринінгу призводять до збільшення витрат на лікування [6].

Профілактика раку шкіри полягає в своєчасній діагностиці та активному лікуванні передракових дерматозів, ознайомленні населення з небезпечними наслідками інсоляції та способами захисту від шкідливої дії сонячного випромінювання, а також ранніми клінічними ознаками хвороби. Консультації лікарів мають першочергове значення [12].

V. del Marmol (Брюссель, Бельгія) на 8-му Конгресі Європейської асоціації дерматоонкологів підкреслила велику роль у первинній профілактиці меланоми шкіри засобів масової інформації. Однак, як правило, інформування населення відбувається нерегулярно, інформаційний пік припадає на травень (49%) і липень (35%). Заходами вторинної профілактики є підвищення інформованості населення, в тому числі медичних працівників, про ранні ознаки захворювання, навчання самообстеженню, спостереження за групами ризику, впровадження національних скринінгових програм [2].

Слід також інформувати пацієнтів про шкоду інсоляції та ефективні заходи щодо захисту шкіри від ультрафіолетового випромінювання [13], які включають:

- носіння захисного одягу. Використовують спеціальний захисний одяг, у тому числі головні убори, широкополі капелюхи, а також сонячні окуляри, які захищають від ультрафіолетового випромінювання. Проте ефективність носіння одягу для попередження раку шкіри досі статистично не доведена;

- перебування в тіні або приміщенні — ефективний метод. Рекомендують проводити час з 11-ї до 15-ї години дня, уникаючи сонячних променів, особливо в тропічних і субтропічних зонах;
- застосування сонцезахисних кремів. Немає достовірних статистичних даних про попередження раку шкіри, у тому числі меланоми. Щоденне використання сонцезахисного крему на руках та обличчі знижує частоту захворювання на плоскоклітинний рак, але не впливає на частоту базальноклітинного раку. У дітей з високою ймовірністю розвитку раку шкіри застосування сонцезахисних засобів сприяє зниженню інтенсивності появи родимих плям, ніж у дітей з контрольної групи.

До інших методів профілактики відносять [4]:

- зменшення впливу канцерогенних речовин. Необхідно дотримуватися техніки безпеки на виробництві, пов'язаному з такими речовинами;
- захист від променевих ушкоджень. Захисні заходи (екранування) при застосуванні променевої терапії дозволяють знизити ризик розвитку раку шкіри.

Важливим елементом профілактики є санітарно-просвітницька робота. Пацієнтів із груп ризику слід інформувати про те, що засмага — реакція організму на ушкодження шкіри ультрафіолетовим випромінюванням, а рак зазвичай розвивається через багато років після впливу сонячного світла, тому для попередження захворювання варто дотримуватися заходів захисту шкіри від надмірної інсоляції. Пацієнту необхідно надати інформацію про кумулятивний ефект сонячного випромінювання: кожна доза підсумовується до раніше отриманої, що призводить до виникнення на шкірі зморшок, депігментації, сонячного кератозу (найбільш частого передракового ураження шкіри) і зрештою — раку шкіри [9].

Також слід роз'яснити можливий ризик користування штучними соляріями. У 6 з 19 досліджень виявлено позитивний зв'язок між штучною інсоляцією та ймовірністю розвитку меланоми, хоча в більшості цих робіт не було виключено впливу такого фактора, як перебування на сонці, а також не зафіксовано час експозиції та дози штучного випромінювання [13].

V. del Marmol також зазначила, що частота виникнення меланоми шкіри достовірно корелює з частотою прийому сонячних ванн і отриманими сонячними опіками у віці до 35 років. Тривогу онкологів викликає кількість людей, що користуються соляріями: у Великобританії це 6,8% населення, у Німеччині — 13,4%, у Швеції — 35,0%. Відповідно до результатів одного з останніх оглядів солярії відвідують в основному жінки віком від 17 до 30 років. Останніми роками в деяких європейських країнах (Німеччина, Великобританія) введено заборону на користування послугами соляріїв для осіб <18 років, а в Австралії ця заборона поширюється до 30-річного віку [2].

На жаль, немає переконливих даних на підтвердження того, що лікарі можуть ефективно змінити поведінку пацієнтів з метою попередження раку шкіри. Можливо, консультації з лікарем спонукають батьків використовувати сонцезахисний крем для своєї дитини, проте стосовно інших заходів (носіння сонцезахисного одягу, дотримання режиму засмаги, обмеження перебування на сонці) інформація відсутня.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Коровин С.И., Кукушкина М.Н., Паливец А.Ю. и др. (2014) Дерматоскопия в предоперационной диагностике меланомы кожи. Здоров'я України, Тематичний номер, 36–37.

2. Кукушкина М.Н., Коровин С.И., Паливец А.Ю. (2012) Меланома кожи: современный взгляд на скрининг, диагностику и лечение (по материалам 8-го конгресса Европейской ассоциации дерматоонкологов и 6-го Всемирного заседания междисциплинарных центров по лечению меланомы и рака кожи). Клин. онкол., 8 (4): 24–27.

3. Кукушкина М.Н., Коровин С.И., Паливец А.Ю. и др. (2014) Меланома и рак кожи: современные подходы к диагностике и лечению (по материалам 10-го Конгресса Европейской ассоциации дерматоонкологов). Клин. онкол., 2(14): 4–8.

4. Оганова Р.Г., Хальфина Р.А. (ред.) (2007) Руководство по медицинской профилактике. ГЭОТАР-Медиа, Москва, 464.

5. Федоренко З.П., Гулак Л.О., Михайлович Ю.Й. та ін. (2014) Рак в Україні, 2012–2013. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби. Бюл. Нац. канцер-реєстру України № 15. Київ, 124 с.

6. Aitken J.F., Youl P.H., Janda M. et al. (2006) Increase in skin cancer screening during a community-based randomized intervention trial. Int. J. Cancer, 118(4): 1010.

7. Euvrard S., Morelon E., Rostaing L. et al. (2012) Sirolimus and secondary skin-cancer prevention in kidney transplantation. N. Engl. J. Med., 367: 329–339.

8. Gandini S., Sera F., Cattaruzza M.S. et al. (2005) Meta-analysis of risk factors for cutaneous melanoma: II. Sun exposure. Eur. J. Cancer, 41: 45–60.

9. Gates T.J. (2001) Screening for cancer: evaluating the evidence. Am. Fam. Physician, 63(3): 513–523.

10. Jablonski N.G. (2012) The evolution of human skin colouration and its relevance to health in the modern world. J. R. Coll. Physicians Edinb., 42(1): 58–63.

11. Leiter U., Garbe C. (2008) Epidemiology of melanoma and non-melanoma skin cancer — the role of sunlight. Adv. Exp. Med. Biol., 624: 89–103.

12. McMath B.F., Prentice-Dunn S. (2005). Protection motivation theory and skin cancer risk: the role of individual differences in responses to persuasive appeals. J. Appl. Soc. Psychol., 35: 621–635.

13. Thomas K., Hevey D., Pertl M. et al. (2011) Appearance matters: The frame and focus of health messages influences beliefs about skin cancer. Brit. J. Health Psychol., 16: doi: 10.1348/135910710X520088.

14. Williams J.D., Jacobson E.L., Kim H. et al. (2012) Folate in skin cancer prevention. Subcell Biochem., 56: 181–197.

Профилактика рака кожи

Е.А. Ошивалова

Государственное научное учреждение «Научно-практический центр профилактической и клинической медицины» Государственного управления делами, Киев

Резюме. Повышенное внимание врачей всех специальностей к новообразованиям кожи объясняется большой распространенностью и поздней диагностикой злокачественных форм этого заболевания. Таким образом, абсолютно логичными и понятными являются мероприятия, направленные на поиск путей ранней диагностики и профилактики злокачественных новообразований кожи. В Украине дерматологическая служба в тесном сотрудничестве с онкологической службой в течение последних лет (2008–2014 гг.) проводят организованные массовые осмотры населения на предмет наличия новообразований кожи с их верификацией и определением дальнейшей тактики ведения таких больных. Все пациенты должны обладать информацией о новообразованиях кожи, правилах самостоятельного осмотра, рекомендациями по профилактике злокачественного перерождения новообразований кожи.

Ключевые слова: дерматоонкология, рак кожи, группы риска, скрининг, профилактика рака кожи, фотозащита кожи.

Skin cancer prevention

O.O. Oshyvalova

State Scientific Institution «Scientific and Practical Center of Preventive and Clinical Medicine» of the State Administration, Kyiv

Summary. Increased attention of doctors of all specialties to tumors of the skin is explained by their large prevalence, late diagnosis of malignant forms. Thereby, developing ways of prevention and early diagnosis of malignant tumors of the skin are logical and clear. In recent years (2008–2014) in Ukraine dermatological service in close collaboration with the oncology service examines population for the presence of tumors of the skin in their variety and determines the way of further treatment of these patients. All patients should be informed about skin tumors, rules of self-examinations, recommendations for prevention of malignant transformation of skin tumors.

Key words: dermatooncology, skin cancer, risk groups, screening, skin cancer prevention, sunprotection.