

**Пасхина В.А., Шубина А.С., Андреев Ю.Ю.
ПОДНОГТЕВАЯ МЕЛАНОМА КАК ВАРИАНТ РЕДКОЙ
КЛИНИЧЕСКОЙ ФОРМЫ**

Кафедра кожных и венерических болезней
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

**Pashina V.A., Shubina A.S., Andreyev Y.Y.
SUBUNGUAL MELANOMA – THE RARE CLINICAL FORM**

Department of dermatology and venereology
Ural state medical university
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: pashina2006@yandex.ru

Аннотация. В статье рассмотрен клинический случай пациента с подногтевой меланомой, как частной формы акраль-лентигинозной меланомы. Описана эпидемиологическая ситуация по заболеваемости меланомой в Свердловской области. Обосновывается необходимость разработки медико-организационных технологий по профилактике меланомы.

Annotation. The article deals with a clinical case of a patient with subungual melanoma, like a private form of an acral-lentiginous melanoma. An epidemiological situation is described in terms of the incidence of melanoma in the Sverdlovsk Region. The necessity of development of medical and organizational technologies for the prevention of melanoma is substantiated.

Ключевые слова: меланома, акральная меланома, подногтевая меланома, заболеваемость, клинический случай.

Key words: melanoma, acral melanoma, subungual melanoma, incidence, clinical case.

Введение

Меланома – злокачественная опухоль меланоцитарного происхождения, часто метастазирующая и составляющая 2,5-5% от всех новообразований кожи. Меланома является пятой по частоте встречаемости среди злокачественных опухолей у мужчин и шестой – у женщин. Заболевание резко увеличивается в возрастной группе от 30 до 60 лет. Доказано, что своевременная ранняя диагностика меланомы и адекватное ее лечение на ранних стадиях позволяет добиться излечения у 90% больных. Меланома является опухолью визуальной локализации, но почти половина пациентов обращается на поздних стадиях заболевания. Чаще всего заболеванию подвержены европеоиды со светлым фототипом кожи. Одним из клинико – морфологических типов заболевания является акраль – лентигинозная меланома (АЛМ), возникающая на коже ладоней, подошв,

пальцев и ногтевого ложа. Составляет до 8% всех меланом. У лиц с темной кожей (негроидной расы, азиатов и латиноамериканцев) на ее долю приходится 50-70%. Особое место в структуре АЛМ занимает подногтевая меланома [3].

Подногтевая меланома – достаточно редкая злокачественная опухоль, имеющая свои особенности. Особенность подногтевой меланомы – сложность первичной диагностики, длительный анамнез заболевания [1]. В 23 – 44% случаев подногтевая меланома развивается после травмы ногтевой фаланги, также пациенты с семейным синдромом диспалстических невусов имеют высокий риск [3].

В 1806г. французский профессор Рене Лаэннек первым описал меланому как самостоятельное заболевание. Подногтевую меланому впервые описал J. Hutchinson в 1886г под названием «меланотический панариций» [2]. Однако, только в 1967 году R.J. Reedk уже известным клинико – морфологическим подтипам меланомы – поверхностно распространяющейся меланоме, злокачественному лентиго и узловый меланоме, добавил отдельный клинико – морфологический тип – акральную лентигинозную меланому, что позднее было подтверждено рядом авторов [3].

В настоящее время тема злокачественных новообразований визуальной локализации является актуальной, так как отмечается постепенный рост заболеваемости, смертности, многообразии клинического течения онкопатологии кожи, многообразие методов диагностики заболеваний, частые ошибки диагностики, преобладание запущенных случаев.

Цель исследования – изучения современной эпидемиологической ситуации по заболеваемости меланомой кожи населения Свердловской области за период с 2000 г. по 2016 г, описание клинического случая пациента П., 65 лет с диагнозом подногтевая меланома IV пальца правой кисти.

Материалы и методы исследования

Анализ уровня и динамики заболеваемости меланомой осуществлялся на основании данных форм государственной статистической отчетности, утвержденных Приказом Росстата от 29 декабря 2011 г. №520: годовые формы отчетной документации – Форма №7 «Сведения о заболеваниях злокачественными новообразованиями», Форма №35 «Сведения о больных со злокачественными новообразованиями». Конъюнктурный отчет дерматовенерологической службы МО г. Екатеринбурге за 2016 год.

Описание клинического случая пациента П., 65 лет, обратившегося на прием в ГБУЗ Свердловский областной кожно-венерологический диспансер (ГБУЗ СО СОКВД).

Результаты исследования и их обсуждение

Заболеваемость меланомой кожи в Свердловской области характеризуется ростом интенсивного показателя (на 100 тыс. населения) с 4,2 в 2000 г. до 6,3 в 2014 г., достигая максимальных цифр за изучаемый период в 2015 г. – 7,9 (рис. 1). В Российской Федерации (РФ) также отмечается постепенный рост заболеваемости меланомой с 34,3 на 100 тыс. населения в 2000 г. до 57,0 – в 2015 г.

В соответствии с Распоряжением Управления Здравоохранения от 01.07.2015 г. №348/46/35 «О проведении ежемесячных рабочих суббот «Субботник против рака» в поликлиниках г. Екатеринбурга» врачи-дерматовенерологи участвовали в данном

мероприятии, однако учитывая особенности течения ранних форм злокачественных опухолей кожи, характеризующихся отсутствием субъективных жалоб и малосимптомной клиникой, число обратившихся больных злокачественными опухолями кожи крайне низкое (26 человек), что требует разработки методов профилактики, направленных на работу с населением (3,6% от выявленных больных ЗОК) а также повышающих междисциплинарную преемственность.

Клинический случай: Пациент П., 65 лет, водитель маршрутного автобуса, предъявляет жалобы на изменение ногтевой пластины IV пальца правой руки, без субъективных ощущений. Отмечает изменение ногтевой пластины в течение 5 лет. Наследственность не отягощена.

Status specialis: На ногтевой пластине безымянного пальца правой руки атипичные продольные параллельные пигментные линии различной толщины, окраски и с промежутками между линиями, расположенные на фоне пигментации ногтевой пластины коричневого цвета. Переход пигмента на окологтевой валик (Рис. 1). Результаты проведенной дерматоскопии: признак Гетчинсона (пигментированный участок распространяется до проксимального края ногтя), переход пигмента на окологтевой валик, продольные пигментные параллельные линии различной толщины, окраски, от светлого до темно – коричневого цвета.

Пациент П. направлен на консультацию к онкологу для выработки тактик лечения.



Рис.1. Изменение IV пальца правой кисти

Диагноз подногтевой меланомы на поздних стадиях устанавливается без труда. Диагностика на ранних стадиях весьма затруднена. Подногтевую меланому необходимо дифференцировать в большинстве случаев с грибковым поражением ногтевого ложа (онихомикозом), панарицием, подногтевой и подэпидермальной гематомой, бородавкой, кавернозной тромбированной гемангиомой, невусом. Наиболее часто дифференциальную диагностику проводят с подногтевой гематомой (рис.2). Подногтевая меланнома отличается от подногтевой гематомы по следующим признакам: во-первых, возраст (меланнома встречается чаще после 40 лет, в то время как гематома в любом возрасте; во-вторых, прогноз (при подногтевой гематоме всегда благоприятный, а при подногтевой меланоме неблагоприятный, вследствие наличия быстрого метастазирования опухоли; в-

третьих, распространение при гематоме – ногтевая пластина служит своеобразным клапаном, удерживающим кровь в ногтевом ложе, при меланоме происходит распространение пигмента в саму пластину ногтя, в кутикулу, на дорсальную поверхность пальца; в-четвертых, форма и цвет очага в случае с гематомы выглядят как диффузные пятна, типа клякс, точки, глобулы и полосы красно – синего цвета, при меланоме наблюдаются пигментированные полосы, положительный признак Гетчинсона, цвет коричнево – черный.



Рис. 2. Подногтевая гематома

Выводы:

1. В периоды с 2010 г. по 2015 г. в Российской Федерации, в частности в Свердловской области заболеваемость меланомой имеет тенденцию к постепенному росту.

2. Поздняя диагностика меланомы свидетельствует о низком уровне противораковой пропаганды среди населения и недостаточной онкологической грамотности медицинских работников общей лечебной сети.

3. Результаты эпидемиологического исследования обуславливают необходимость разработки медико-организационных технологий по раннему выявлению меланомы в Свердловской области.

ЛИТЕРАТУРА

1. Борисова Т.Н. Акральная меланома кожи. Клинико-диагностические особенности и результаты лечения / Т.Н. Борисова, Г.Т. Кудрявцева // Вестник дерматологии и венерологии. – 2006. – №1. – С. 43-45.

2. Ламоткин И.А. Меланоцитарные и меланиновые поражения кожи: Учебное пособие. Атлас. М.: Издательство «БИНОМ», 2014. – 248 с.

3. Мяснянкин М.Ю. Подногтевая меланома. Особенности клиники, диагностики и лечения / М.Ю. Мяснянкин, В.В. Анисимов // Вопросы онкологии. – 2016. – №3. – С. 474-479.