

II. МАТЕРИАЛЫ НАУЧНЫХ РАБОТ СТУДЕНТОВ, МАГИСТРАНТОВ, АСПИРАНТОВ И МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ

СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ ТИПОВ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ КОЖИ К ДЕЙСТВИЮ УЛЬТРАФИОЛЕТОВОГО ИЗЛУЧЕНИЯ И РИСКА РАКА КОЖИ У СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ

Альховик В. Д., Янковская М. В.

студенты 2 курса лечебного факультета

УО «Гродненский государственный медицинский университет»
Научный руководитель – доцент кафедры лучевой диагностики и
лучевой терапии, к.б.н., доцент Зиматкина Т. И.

Актуальность. Рак кожи – одно из самых распространенных онкологических заболеваний. Следует отметить большую вариабельность в заболеваемости раком кожи в различных странах и даже в пределах одной страны в различных географических зонах. Число случаев рака кожи, включая меланому, удвоилось за последнее десятилетие. Наиболее высокую заболеваемость раком кожи отмечают в Австралии – 50% от числа всех злокачественных новообразований. Само заболевание является приоритетной формой злокачественного новообразования в мире и в Республике Беларусь. У женщин оно занимает первое место среди онкопатологий, а у мужчин – третье. В большинстве случаев заболевают лица среднего возраста (40-45 лет), однако в последнее время все чаще заболевание встречается у людей молодого возраста (от 20 до 30 лет). При этом рак кожи одинаково поражает людей обоих полов. В 90% случаев рак кожи возникает на открытых участках кожи, в 70% – на лице [1].

На данный момент оказывать стимулирующее влияние на злокачественные новообразования могут факторы окружающей среды и образа жизни (нарушение целостности озоносферы, ультрафиолетовое излучение), ионизирующее излучение, пренебрежение правилами индивидуальной защиты, вредные привычки (курение), химическое воздействие канцерогенов, наследственная предрасположенность и ряд факторов, таких как тип чувствительности кожи, количество родимых пятен, цвет глаз и волос, которые прямо или косвенно могут влиять на развитие данной онкопатологии, поэтому медицинский персонал обязан владеть достаточным количеством информации о каждом из факторов риска [3].

Продолжение изучения этого заболевания имеет большое значение для своевременной диагностики и проведения профилактических мероприятий, направленных на снижение нарастающей динамики (ежегодный прирост заболеваемости составляет 5%) [6].

Также немаловажное значение имеет популяризация этой темы, прежде всего, среди молодежи, так как в погоне за современными стандартами красоты (использование соляриев, чрезмерное пребывание на солнце с целью получения загара) значительно возрастают риски развития данной патологии.

Цель исследования: Сравнительное изучение типов чувствительности кожи к действию ультрафиолетового излучения (УФИ) и риска рака кожи у студенческой молодежи. Анализ и обоснования путей первичной и вторичной профилактики данного заболевания.

Материалы и методы исследования. В ходе исследования использовались экспериментальный, сравнительно-оценочный и аналитический методы, а также метод статистического анализа. Определение типов чувствительности кожи к УФИ и риска рака кожи проводили по известным методикам [7]. При определении типа чувствительности кожи учитывался цвет незагорелой кожи, волос, глаз, наличие веснушек, реакцию кожи на загар. При оценке риска развития рака кожи учитывался тип чувствительности кожи, наличие родимых пятен и наследственность. Респондентами являлись 50 студентов медицинского университета в возрасте 19-21 год, в том числе 32 девушки (64%) и 18 (36%) юношей.

Результаты и их обсуждение. Рак кожи – общее название распространенных злокачественных заболеваний (неоплазий). Их можно разделить на две большие группы: немеланомный рак кожи и меланома. Самые распространенные немеланомные виды рака кожи:

1) плоскоклеточный рак развивается при перерождении клеток верхнего слоя эпителия (приблизительно 20% злокачественных дерматологических заболеваний);

2) базальноклеточный рак (базалиома, базальноклеточная карцинома) – развивается из базальных клеток эпидермиса, которые расположены в его нижней части. Около 75–80% злокачественных кожных заболеваний относятся к этому типу.

Меланома – это разновидность злокачественной опухоли кожи. Данный вид опухоли чрезвычайно быстро метастазирует и способен в течение недолгого времени прорасти сквозь несколько кожных слоев, разрушая их. Через лимфатические и кровеносные сосуды рак проникает во внутренние органы (печень, легкие, головной мозг), образуя в них локальные очаги опухоли.

Одним из ключей к лечению заболевания является его своевременная диагностика. Несмотря на то, что рак кожи является поверхностной

формой злокачественного образования, возникают некоторые проблемы с его диагностикой. Как правило, его диагностируют и на 2-й, и на 3-й стадиях развития. Обследование начинают с общего клинического осмотра. Если врач заподозрит онкологическую природу проблемы, он дает направление на дополнительные обследования:

1) биопсия (гистологическое исследование) – один из главных методов диагностики. Во многих случаях это единственный необходимый тест для постановки диагноза и определения стадии рака. Во время биопсии от предполагаемой опухоли отрезают небольшой участок и исследуют его под микроскопом. Если у врача есть основания считать, что измененный участок точно является опухолью, ее могут удалить, и уже из операционного материала отобрать кусочек для анализа;

2) цитологическое исследование – назначают в основном пациентам с плоскоклеточным раком для выявления метастазов в лимфатических узлах. Для этого специальной иглой отсасывается содержимое лимфоузла, которое врач изучает под микроскопом.

Немеланомные виды кожных новообразований растут медленно и дают метастазы редко, поэтому необходимость профилактических обследований подвергается сомнению даже для тех людей в группах риска. Но если возникают шрамовидные либо шелушащиеся пятна, а также незаживающие раны и язвы, необходимо показаться дерматологу. Полезно регулярно проводить самообследование:

План лечения определяют для каждого пациента индивидуально. В 9 случаях из 10 терапия эффективна. Возможны следующие варианты:

1) операция при раке кожи – основной способ лечения. Во время хирургического вмешательства удаляется само новообразование вместе с прилегающей визуально здоровой областью. Так снижают риск оставить в зоне шва отдельные раковые клетки, из которых сформируется новая опухоль. При обширном оперативном вмешательстве может понадобиться пересадка кожи.

Разновидность хирургического лечения – микрографическая хирургия Мооса: опухоль удаляется слоями. Каждый из них исследуют под микроскопом. Слои убирают до тех пор, пока в образцах наблюдаются патологически измененные ткани;

2) лучевая терапия (радиотерапия) – применяется, когда область поражения очень обширна или не поддается хирургическому лечению. Иногда радиотерапию проводят после операции. Ее цель – уничтожить оставшиеся раковые клетки (адьювантная радиотерапия);

3) современные методы: криодеструкция, лазерная коагуляция, и фотодинамическая терапия, при которой наносится специальный крем, повышающий чувствительность клеток опухоли к свету;

4) лекарства и препараты назначают только при раке, который затрагивает верхние слои кожи. Существует два типа антираковых кремов: химиотерапевтические и иммуностимулирующие.

Так называемые народные способы лечения рака кожи – это надежный путь к осложнениям и запущенным случаям болезни. Поэтому к ним прибегать не стоит.

Рак кожи имеет наилучший прогноз среди всех злокачественных опухолей. Особенно хороший прогноз при базалиоме – 95% излечения. При плоскоклеточном раке прогноз зависит от стадии, формы роста и локализации опухоли. Так, пятилетняя выживаемость при обнаружении рака кожи начальной стадии составляет 95–97%, а на 4 стадии – 15–20%. При отсутствии метастазов в регионарные лимфатические узлы пятилетняя выживаемость составляет 75–80%. Говоря о меланоме, следует отметить, что если она не распространилась на глубокие слои кожи, не пустила метастазы в другие участки кожи или лимфатические узлы, то шансы на полное излечение отличные. Но при 4 стадии меланомы кожи дольше пяти лет живут только 15–20% больных [2].

Учитывая тенденцию развития рака кожи за последние годы, осведомление студентов об их предрасположенности к данному заболеванию более чем целесообразно. Ввиду этого было проведено исследование для подбора эффективных рекомендаций людям с индивидуальными анатомическими и физиологическими особенностями кожного покрова

В результате проведенного исследования у 7% респондентов выявлен 1-й тип чувствительности кожи (голубой или зеленый цвет глаз, наличие веснушек, рыжий цвет волос, природные блондины), у 57% – 2-й тип (голубой, зеленый или серый цвет глаз, светло-русые или каштановые волосы), у 21% – 3-й (темно-русые, каштановые волосы, глаза серые или светло-карие), а у 15% – 4-й тип (смуглая кожа, темные глаза и темный цвет волос). Полученные данные свидетельствуют о том, что значительная часть студентов подвержена риску рака кожи в большей степени, так как их кожа обладает повышенной чувствительностью к УФ-излучению. Риск развития рака кожи ниже среднего уровня установлен у 23% респондентов, средний уровень – у 54%, высокий – у 23%. Исходя из полученных данных, определены соответствующие мероприятия по профилактике данного заболевания для каждой группы респондентов.

Данные, полученные в ходе исследования, показали, что респонденты-студенты, как и большая часть населения Республики Беларусь, подвержены риску развития рака кожи. Особенно эта проблема актуальна для людей, у которых в роду встречались случаи заболевания раком кожи родственников, так как, наряду с факторами образа жизни, врожденная предрасположенность является одним из основных факторов возникновения любого онкологического заболевания. Людям с различным риском

возникновения кожной онкопатологии можно дать следующие рекомендации: рекомендуется избегать солнечных ожогов, проводить регулярное самообследование кожных покровов и периферических лимфоузлов и своевременно обращаться к врачу при выявлении каких-либо отклонений, соблюдать оптимальное время для загара, использовать качественные кремы, укреплять защитные системы организма. Основываясь на рисках возникновения болезни, рекомендуется следующий график обследований:

1. Наблюдение за пациентами с очень низким риском прогрессирования заболевания (стадия 0): рекомендованы ежегодные физикальные осмотры с тщательной оценкой состояния кожных покровов.

2. Пациенты с низким риском прогрессирования (I–II стадии): рекомендованы физикальные осмотры с тщательной оценкой состояния кожных покровов и периферических лимфатических узлов каждые 6 месяцев в течение 5 лет, затем ежегодно. Проведение инструментального обследования только по показаниям.

3. Пациенты с высоким риском прогрессирования заболевания (иммуносупрессия, наследственные синдромы, опухоль более 2 см с факторами неблагоприятного прогноза, первично-множественные синхронные или метакронные опухоли кожи, предопухолевые заболевания кожи).

Наблюдение за данной группой пациентов, не имеющих клинических признаков заболевания, рекомендовано не реже 1 раза в 3 месяца в течение 2 лет, затем каждые 6 месяцев в течение 3 лет, затем ежегодно. Обследование включает в себя:

- физикальные осмотры с тщательной оценкой состояния кожных покровов и периферических лимфатических узлов;

- инструментальное обследование (УЗИ периферических); по показаниям: рентгенография или КТ органов грудной клетки, УЗИ/КТ/МРТ органов брюшной полости.

Задачей наблюдения является раннее выявление прогрессирования заболевания с целью раннего начала химиотерапии или хирургического лечения резектабельных метастатических очагов, рецидивных опухолей, а также выявление метакронных опухолей кожи.

Выводы. В результате анализа используемой литературы установлено, что рак кожи занимает высокую ранговую позицию среди других онкопатологий, ему подвержены люди как зрелого, так и более молодого возраста, поэтому можно сказать, что рак кожи молодеет как заболевание.

При сравнительном изучении факторов риска рака кожи установлены различные типы кожи и различная степень риска данной онкопатологии. Исходя из опроса респондентов, у 78% девушек выявлен 2-й тип чувствительности кожи, у 11% – 3-й тип, у 11% – 4-й тип. У юношей картина отличается: 20% респондентов со 2-м типом чувствительности кожи, 40% – с 3-м, 20% – с 4-м. Особенного внимания заслуживают студенты

с высокой чувствительностью кожи к ультрафиолетовому излучению (девушки с таким типом чувствительности кожи отсутствуют, а среди юношей – 20%). Стоит взять во внимание тот факт, что, несмотря на внешнее расположение, рак кожи является тяжелой патологией, которая дает рецидивы как после хирургического лечения, так и после лучевой терапии, поэтому своевременное предупреждение его развития является залогом предотвращения необратимых последствий. Высоко злокачественной формой рака кожи является меланома. Стоит обратить внимание на проблему риска возникновения онкологического заболевания кожи студентам, которые имеют значительное количество родимых пятен и родинок на квадратный сантиметр кожного покрова.

Во всей стране необходимы проведение профилактических мероприятий, направленных на выявление риска возникновения рака кожи. Такие мероприятия приоритетно важны для гарантии безопасности здоровья населения любых возрастов.

Таким образом, в результате проведенного исследования выявлена значительная вариабельность чувствительности кожи к действию УФИ и рисков рака кожи у студенческой молодежи.

Литература:

1. Ламоткин, И. А. Опухоли и опухолеподобные поражения кожи: атлас / И. А. Ламоткин. – М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2006. – 166 с.
2. Алгоритмы диагностики и лечения злокачественных новообразований: сб. науч. статей / под ред. О. Г. Суконко, С. А. Красного. – Минск : Профессиональные издания, 2012. – Вып. 32. – С. 210–211.
3. Радиационная и экологическая медицина. Лабораторный практикум: учеб. пособие для студентов учреждений высшего образования по медицинским специальностям / А. Н. Стожаров [и др.]; под ред. А. Н. Стожарова. – Минск : ИВЦ Минфина, 2012. – 130 с.
4. Борщеговская, П. Ю. Введение в радиобиологию / П. Ю. Борщеговская, В. В. Розанов, Ф. Р. Студеникин. – Москва : Моск. гос. ун-т, 2019. – 34 с.
5. Министерство здравоохранения Республики Беларусь [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://minzdrav.gov.by/ru/novoe-na-sayte/respublikanskiy-den-profilaktiki-melanomy/>. – Дата доступа: 11.12.2019.
6. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2009 г. / под ред. М. И. Давыдова, Е. М. Аксель. – Вестник РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН. – 2011. – Т. 22, № 3. – (Приложение № 1).
7. Радиационная медицина: учебник / А. Н. Стожаров [и др.]; под ред. А. Н. Стожарова. – Минск : ИВЦ Минфина, 2010. – 93 с.