

Малишевская Н.П.¹, Бакуров Е.В.¹, Берзин С.А.², Снигирев В.В.³

Заболеваемость злокачественными новообразованиями кожи в Свердловской области и медико-социальные последствия поздней диагностики

1 - ФГУ «Уральский научно-исследовательский институт дерматовенерологии и иммунопатологии» Минздравсоцразвития России, г. Екатеринбург; 2 - ГОУ ВПО УГМА Росздрава, г. Екатеринбург; 3 - Свердловский областной онкологический диспансер, г. Екатеринбург

Malishevskaya N.P., Bakurov E.V., Berzin S.A., Snigirev V.V.

The incidence of malignant skin neoplasms in the Sverdlovsk region, medical and social consequences of late diagnosis

Резюме

В статье представлены и обсуждаются данные о современном состоянии и основных тенденциях заболеваемости злокачественными новообразованиями кожи (меланомой и раком кожи) населения Свердловской области и г.Екатеринбурга, состоянии организации раннего выявления больных и медико-социальных последствиях поздней диагностики (впервые признанной инвалидности за 2001–2010 гг., годового летальности и смертности, обусловленной ЗНО кожи за 2000–2009 гг.).
Ключевые слова: злокачественные новообразования кожи, заболеваемость, инвалидность, годовая летальность, смертность, организация раннего выявления

Summary

The article presents the data about current condition and key trends of the incidence rate for skin malignant neoplasms (melanoma and nonmelanoma skin cancer) among the population of the Sverdlovsk region and Ekaterinburg, conditions of organization of early detection and medical-social consequences of late diagnosis (condition of first determined disability from 2001 to 2010, one year mortality and mortality rate of skin malignant neoplasms for 2000 to 2009).

Key words: malignant skin neoplasms, incidence, disability, one year mortality, mortality, organization of early detection

Введение

Повышенное внимание к онкологии обусловлено устойчивой тенденцией роста онкологической заболеваемости [1]. В настоящее время злокачественные новообразования (ЗНО) отнесены к социально значимым заболеваниям [2]. При существующем уровне заболеваемости населения и сохранении тенденций к ее росту прогнозируемый экономический ущерб от ЗНО в России может составить сотни миллиардов рублей [3].

По данным ФГУ МНИОИ им. П.А. Герцена [4], около 60% впервые в жизни регистрируемых случаев ЗНО выявляется на III-IV стадии, что приводит к смертности и значительной инвалидизации больных. Ежегодно в России более 200 тыс. больных признаются инвалидами вследствие онкологического заболевания (13,5% от общего числа инвалидов), при этом расходы на выплаты по инвалидности и лечению больных при III-IV стадии заболевания являются одной из наиболее затратных статей бюджета.

Рак кожи (РК) – одно из наиболее распространенных в мире онкологических заболеваний, в ряде стран (большинстве европейских, США) он выходит по частоте на

первое место, занимая лидирующие позиции в структуре всей онкопатологии. Рост заболеваемости РК назван «тихой эпидемией XX века» [5-11]. Особую тревогу вызывает неуклонный рост заболеваемости меланомой кожи (МК), ранняя диагностика и лечение которой до настоящего времени остаются актуальной проблемой онкологии [12].

Отечественные онкоэпидемиологические исследования указывают на значительную территориальную вариабельность заболеваемости ЗНО кожи в Российской Федерации (РФ) [13-18].

Цель работы - определение современных региональных тенденций заболеваемости ЗНО кожи населения Свердловской области и г.Екатеринбурга, состояния организации раннего выявления и медико-социальных последствий поздней диагностики.

Материалы и методы

Проведен сравнительный анализ заболеваемости ЗНО кожи (МК и РК) в Свердловской области, г.Екатеринбурге в сравнении с РФ за десятилетний период (2000–2009 гг.) по данным Свердловского област-

Таблица 1. Показатели заболеваемости МК в Свердловской области, Екатеринбурге и РФ в 2000-2009 гг. (число случаев на 100 тыс. населения)

Год	Грубый показатель заболеваемости		
	Свердловская область	Екатеринбург	Российская Федерация
2000	4,27	6,09	4,39
2001	4,43	6,00	4,55
2002	5,43	8,44	4,62
2003	5,66	7,12	4,82
2004	5,07	8,08	5,10
2005	6,20	8,16	5,10
2006	6,56	7,39	5,17
2007	6,28	8,17	5,44
2008	5,33	6,72	5,46
2009	6,37	8,65	5,65
Общий прирост, %	+49,18	+42,04	+36,39
Среднегодовой темп прироста, %	+4,54	+3,98	+3,15

ного онкологического диспансера. В качестве материала исследования использовалась отчетная форма №7 «Сведения о заболеваниях злокачественными новообразованиями» по Свердловской области и Екатеринбургу за 2000–2009 гг. Изучены показатели состояния организации раннего выявления ЗНО кожи (удельный вес пациентов, выявленных активно на всех видах профилактических осмотров; доля пациентов, выявленных на ранних (I-II) и поздних (III-IV) стадиях); показатели впервые признанной инвалидности, первогодичной летальности и смертности, обусловленной ЗНО кожи. В качестве материала исследования использованы отчетная форма №35 «Сведения о больных злокачественными новообразованиями» по Свердловской области и Екатеринбургу за 2000–2009 гг. и данные Бюро медико-социальной экспертизы по Свердловской области за 2001–2010 гг. Статистический анализ полученных данных проведен с использованием пакета прикладных программ «Statistica 6.0» с расчетом уравнений регрессии и коэффициентов корреляции Пирсона (r). Достоверность и статистическая значимость полученной зависимости оценивалась с помощью критерия Стьюдента (t).

Результаты и обсуждение

В Свердловской области в течение 2000–2009 гг. было выявлено 15 046 больных со ЗНО кожи, из них 2473 с МК (16,4%) и 12 573 (83,6%) – с другими ЗНО кожи. Ежегодно регистрировалось от 1331 (2001) до 1765 (2008) новых случаев ЗНО кожи. Средний удельный вес ЗНО кожи в структуре всех онкологических заболеваний за 2000-2009 гг. в Свердловской области составил 10,1±0,6%, варьируя в разные годы от 9,2% до 11,2%, в г.Екатеринбурге – 11,7±0,6% (10,9-12,5%).

Среди всех впервые выявленных больных ЗНО кожи, зарегистрированных в Свердловской области за 2000–2009 гг., каждый шестой (16,4%) страдал МК, в г.Екатеринбурге – каждый пятый (18,4%). Аналогичный показатель за 2000–2009 гг. в РФ был значительно ниже и составил 11,8%.

Современная эпидемиологическая ситуация по МК в Свердловской области характеризуется неуклонным ростом заболеваемости (табл.1). Общий прирост за десяти-

летний период в грубых показателях составил 49,2%, в стандартизованных – 34,0% (в РФ соответственно 36,4 и 17,9%). Среднегодовой темп прироста стандартизованных показателей заболеваемости МК в Свердловской области (3,3%) в 1,78 раза превысил аналогичный показатель в РФ (1,9%). С 2000 по 2009 г. грубый показатель заболеваемости МК в Свердловской области вырос с 4,27 до 6,37 и в отдельные годы (2006) достигал 6,6 случаев на 100 тыс. населения – рис.1. Стандартизованный показатель увеличился с 3,06 до 4,10, составляя в 2005-2007 гг. 4,48 - 4,56 случая на 100 тыс. населения. Статистический анализ показал, что в Свердловской области и РФ грубый показатель заболеваемости МК в течение анализируемого десятилетнего периода отличался статистически значимым неуклонным ростом ($r=0,75$, $t>$ табл, $p\leq 0,02$ и $r=0,99$, $t>$ табл, $p\leq 0,001$ соответственно).

В Екатеринбурге заболеваемость населения МК отличалась более высоким уровнем (6,00 – 8,65 случая на 100 тыс. населения) по сравнению со Свердловской областью (4,27– 6,56) и РФ в целом (4,39– 5,65). Но при этом среднегодовой темп прироста заболеваемости в г.Екатеринбурге был ниже (4,0%), чем в Свердловской области (4,5%). Корреляционный анализ показал, что уровень заболеваемости МК в г.Екатеринбурге находится на высоком, но стабильном уровне ($r=0,52$, $t<$ табл, $p\leq 0,001$).

В Свердловской области отмечается неуклонный рост заболеваемости населения раком кожи (C44). Грубый показатель заболеваемости за десятилетний период (2000-2009) увеличился на 16,2%, составив в 2009 г. 31,3 случая на 100 тыс. населения (табл. 2; рис. 2). Стандартизованный показатель вырос на 4,6% и составил 17,8 случая на 100 тыс. населения. В РФ за аналогичный период заболеваемость РК была в 1,4 раза выше и отличалась большим приростом как в грубых (+27,8%), так и в стандартизованных показателях (+17,4%), составив в 2009 г. в грубых показателях 42,4 случая на 100 тыс. населения, в стандартизованных – 24,4.

Показатели заболеваемости эпителиальными ЗНО кожи в г.Екатеринбурге в 2000-2005 гг. варьировали от 31,7 до 36,9 случая на 100 тыс. населения и были выше, чем по Свердловской области (24,8–28,3 случая на 100 тыс. населения), находясь на одном уровне с общерос-

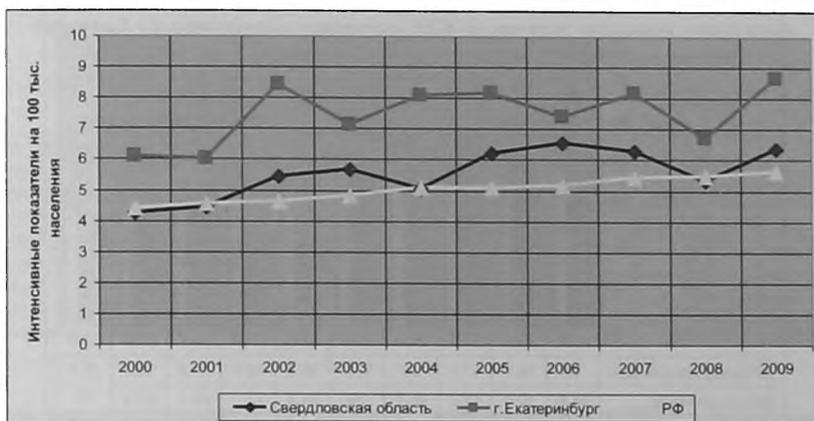


Рис.1. Заболеваемость МК населения Свердловской области и Екатеринбурга в сравнении с РФ в 2000-2009 гг. (грубые показатели на 100 тыс. населения)

Таблица 2. Заболеваемость раком кожи в Свердловской области, Екатеринбурге и РФ в 2000-2009 гг. (число случаев на 100 тыс. населения)

Год	Грубый показатель заболеваемости		
	Свердловская область	Екатеринбург	Российская Федерация
2000	26,92	36,86	33,15
2001	24,77	31,74	34,42
2002	25,07	34,85	35,14
2003	27,80	33,27	35,08
2004	28,25	35,86	38,04
2005	28,02	33,17	37,71
2006	26,99	31,57	39,54
2007	28,79	31,49	40,46
2008	34,90	31,38	40,53
2009	31,29	31,75	42,36
Общий прирост, %	+16,23	-13,86	+27,78
Среднегодовой темп прироста, %	+1,69	-1,64	+2,76

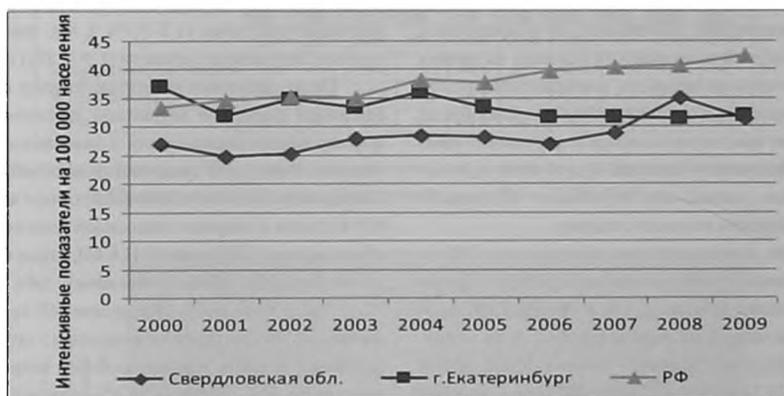


Рис. 2. Заболеваемость раком кожи в Свердловской области, Екатеринбурге и РФ в 2000-2009 гг. (грубые показатели на 100 тыс. населения)

сийскими (33,2–38,1 случая на 100 тыс. населения). Однако в течение последующих четырех лет (2006-2009 гг.) тренды заболеваемости приобрели диаметрально противоположную направленность: отмечено снижение показателей заболеваемости в г.Екатеринбурге (31,4–31,8 случая на 100 тыс. населения) по сравнению с их ро-

стом по РФ до 39,5–42,4 случая на 100 тыс. населения. В целом, заболеваемость эпителиальными ЗНО кожи в г.Екатеринбурге в течение имела тенденцию к снижению (-13,9%; $r = -0,66$, $t >$ табл, $p < 0,05$), в то время как в Свердловской области отмечался рост заболеваемости (+16,2%; $r = 0,77$, $t >$ табл, $p < 0,01$) со среднегодовым тем-

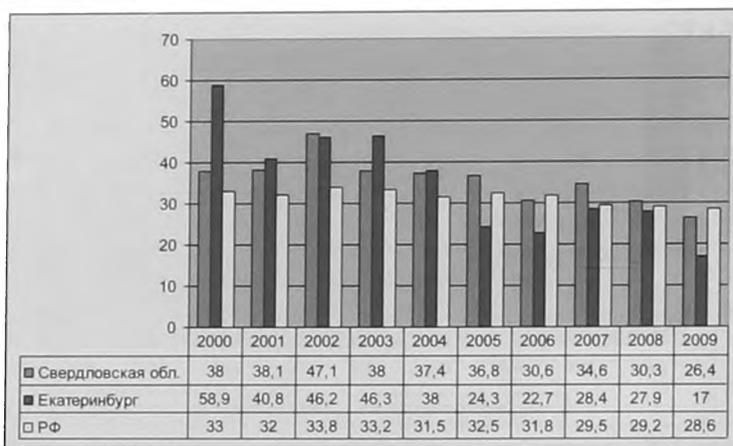


Рис. 3. Динамика доли больных (%) с запущенными (III-IV) стадиями меланомы среди всех впервые зарегистрированных в Свердловской области, Екатеринбурге и РФ в 2000-2009 гг.

пом прироста +1,7%. В РФ среднегодовой темп прироста был значительно выше (+2,8%; $r=0,98$, $t>t_{табл}$, $p\leq 0,001$).

В целях улучшения оказания специализированной онкологической помощи населению, совершенствования системы профилактики и лечения, уменьшения смертности и инвалидизации от злокачественных новообразований Постановлением Правительства Российской Федерации от 10 мая 2007 г. № 280 была утверждена Федеральная целевая программа «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007 – 2011 годы)», включающая в себя подпрограмму «Онкология». А в 2009 г. была сформирована и стартовала Национальная онкологическая программа [19]. Предусмотренные программой этапы реализации к 2012 и 2020 гг. направлены на обеспечение эпидемиологического мониторинга, позволяющего получать объективную информацию о заболеваемости и летальности вследствие онкологических заболеваний, их профилактику, увеличение показателей выявляемости больных на ранних стадиях злокачественного процесса, снижение смертности и инвалидности населения от злокачественных новообразований, увеличение продолжительности и улучшение качества жизни онкологических больных. Одной из ее задач является обеспечение диагностики опухолевых заболеваний визуальных локализаций на ранних стадиях.

К сожалению, в последние два десятилетия в РФ отмечается ослабление профилактической работы. Проведенные исследования показали, что в среднем на профилактических осмотрах в Свердловской области за анализируемый период был выявлен лишь каждый пятый пациент с МК (21,7±6,4%), в г.Екатеринбурге – каждый четвертый (26,0±9,5%), но тем не менее, эти показатели были значительно выше, чем в целом по РФ (8,9-12,1%).

Анализ структуры больных с впервые выявленной МК по стадиям заболевания показал, что в Свердловской области и г.Екатеринбурге в среднем каждый третий пациент (35,4±5,7 и 33,4±13,1% соответственно) был выявлен в запущенных (III-IV) стадиях опухолевого процесса. В различные годы этот показатель варьировал в Свердловской области от 26,4 до 47,1%, в г.Екатеринбурге – в преде-

лах 17,0–58,9% – рис. 3. Но при этом, в целом за 10 лет в г.Екатеринбурге удельный вес больных МК, выявленных в запущенных стадиях, снизился на 71,2% – с 58,9% (2000) до 17,0% (2009) и, начиная с 2005 г., стал ниже показателя по РФ (2009 г. – 28,6%). Аналогичная, но в меньшей степени выраженная положительная тенденция, зарегистрирована и в целом по Свердловской области, где среднее значение доли больных МК, выявленных в запущенных стадиях, снизилось с 39,9±4,1% (2000–2004) до 31,7±4,1% (2005–2009).

Средний удельный вес пациентов с эпителиальными ЗНО кожи, выявленных в запущенных (III-IV) стадиях в 2000–2009 гг. в Свердловской области составил лишь 5,3±1,4%, в Екатеринбурге – 3,3±1,9% (по РФ данный показатель находился в диапазоне 4,2–6,8%). В г.Екатеринбурге в течение 2005-2009 гг. отмечалось уменьшение удельного веса больных с запущенными формами рака кожи (1,2–3,7%), что значительно ниже, чем по Свердловской области (2,9–6,3%) и РФ (4,2–6,8%).

Несвоевременное выявление больных со ЗНО кожи, являющихся опухолями визуальной локализации, приводит к формированию инвалидности у значительного контингента больных, в том числе среди лиц трудоспособного возраста. В Свердловской области в 2001-2010 гг. было зарегистрировано 898 больных с впервые признанной инвалидностью (ВПИ), обусловленной ЗНО кожи (С43,С44), из них 678 (75,5%) – меланомой и 220 (24,5%) – раком кожи – табл. 3.

Среди инвалидов по причине МК преобладали женщины (58,7%), по причине рака кожи – мужчины (53,2%). Удельный вес лиц трудоспособного возраста с инвалидностью по МК составил 51,8%, каждый пятый (20,6%) был в молодом возрасте. Среди впервые признанных инвалидов по РК удельный вес больных трудоспособного возраста также достаточно высок (37,7%). Интенсивный показатель ВПИ по причине МК и РК в течение анализируемого десятилетнего периода находился на стабильном уровне ($r=0,03$; $t<t_{табл}$, $p\leq 0,5$ и $r=-0,27$; $t<t_{табл}$, $p\leq 0,2$ соответственно), при этом средний показатель ВПИ, обусловленной МК (1,55±0,27) был в 3 раза выше, чем другими ЗНО кожи (0,5±0,12).

Таблица 3. Сравнительные параметры ВПИ по причине меланомы и рака кожи среди больных Свердловской области за период 2001-2010 гг. (n=898).

Анализируемые параметры	Меланома кожи (С43)	Рак кожи (С44)
Абсолютное число случаев	678	220
Удельный вес, %	75,5	24,5
Среднее значение числа случаев в год (диапазон)	68 (57-94)	22 (13-30)
Удельный вес детей (0–17 лет), %	0,44	0
Удельный вес лиц молодого возраста (18–44 лет), %	20,6	10,0
Удельный вес лиц трудоспособного возраста (18–54(59) лет), %	51,8	37,7
Удельный вес женщин, %	58,7	46,8
Удельный вес мужчин, %	41,3	53,2
Средний интенсивный показатель ВПИ на 100 тыс. населения за 2001-2010 гг. (M±δ)	1,55±0,27	0,50±0,12

В структуре смертности населения от всех онкологических заболеваний ЗНО кожи занимают незначительный удельный вес (в среднем по РФ за 2000–2009 гг. – 1,6±0,1%). Основной причиной смертности от ЗНО кожи является меланома. В Свердловской области в 2000–2009 гг. от ЗНО кожи (С43,44) умерло 1883 человек, из них 1093 больные с меланомой (58,0%). В г.Екатеринбурге причиной смертности от всех ЗНО кожи в 78,0% случаев была меланома. Из всех больных МК, умерших в течение 2000–2009 гг. в Свердловской области, 38,1% умерли в течение первого года с момента уста-

новления диагноза. Показатель первогодичной летальности больных МК г.Екатеринбурга был ниже (13,7±2,8%), чем в целом по области и в среднем по РФ (14,7±0,9%).

Статистический анализ грубых показателей смертности от МК в Свердловской области в течение 2000–2009 гг. показал их стабильность ($r=0,13$, $t<t_{табл}$, $p\leq 0,05$), в г.Екатеринбурге отмечена тенденция к снижению ($-8,33\%$, $r=-0,65$, $t>t_{табл}$, $p\leq 0,05$), в то время как в целом по РФ данный показатель характеризуется выраженным (+33,7%) статистически значимым ростом ($r=0,99$, $t>t_{табл}$, $p\leq 0,001$) – рис.5.

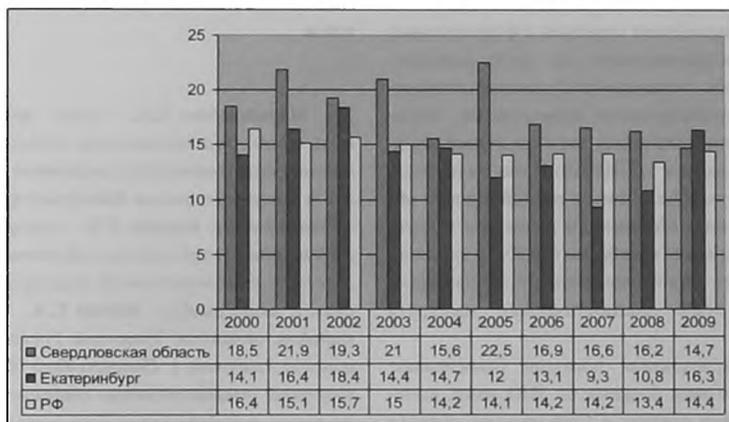


Рис. 4. Доля больных МК, умерших в течение года с момента установления диагноза, в Свердловской области, Екатеринбурге и РФ в 2000-2009 гг. %.

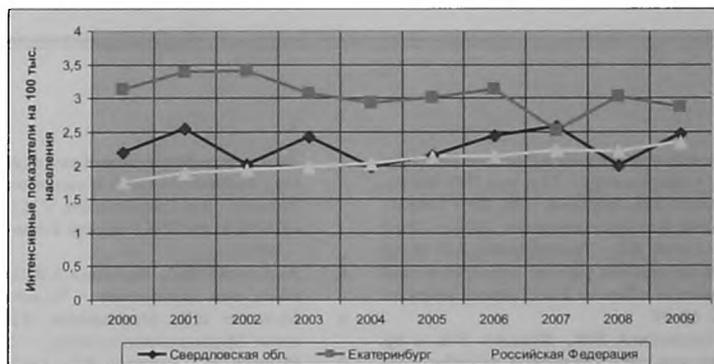


Рис. 5. Грубые показатели смертности от меланомы (число случаев на 100 тыс. населения) в Свердловской области, Екатеринбурге и РФ в 2000-2009 гг.

Смертность от эпителиальных ЗНО кожи в подавляющем большинстве случаев обусловлена высокоинвазивным и способным к метастазированию плоскоклеточным РК. В Свердловской области в течение анализируемого периода регистрируется стойкое снижение показателя смертности от РК, который за десять лет снизился на 71,2% (в грубых показателях) при среднегодовом темпе снижения 12,9% ($r = -0,75, t > \text{табл.}, p \leq 0,02$).

Таким образом, современная эпидемиологическая ситуация по ЗНО кожи в Свердловской области характеризуется неуклонным статистически значимым ростом заболеваемости меланомой и эпителиальными ЗНО кожи.

Нозологическая структура больных со ЗНО кожи на Среднем Урале по сравнению с РФ отличается более высоким удельным весом меланомы (16,4% – в Свердловской области, 18,4% – в г.Екатеринбурге, 11,8% – в РФ). Заболеваемость МК населения г.Екатеринбурга отличается стабильно высокими показателями, превышающими областные и среднероссийские.

Показатели запущенности, инвалидности, первогодичной летальности и смертности по причине МК и РК свидетельствуют о крайне негативных медико-социальных последствиях поздней диагностики ЗНО кожи, значительную часть которых можно предотвратить за счет активного своевременного выявления больных на всех видах профилактических осмотров и формирования онкологической настороженности как среди медицинских работников всех специальностей неонкологического профиля (дерматовенерологов, косметологов, хирургов, врачей общей практики и др.), так и среди населения.

Проведенный ранее в УрНИИДВИИ анализ показал, что запущенные случаи меланомы в равной степени обусловлены как поздним обращением пациентов к врачу (49,5%), так и врачебными ошибками (50,5%) в клинической диагностике на «доонкологическом» амбулаторно-поликлиническом этапе диагностического маршрута больных [18].

Результаты исследования показали значительное снижение удельного веса больных со ЗНО кожи, выявленных в запущенных стадиях в Свердловской области и г.Екатеринбурге, что в определенной степени обусловлено активным внедрением «Организационной техноло-

гии взаимодействия кожно-венерологической и онкологической служб по оказанию специализированной помощи больным с предопухоловой и злокачественной патологией кожи» (методические указания Минздрава России №2003/60), разработанной по инициативе ФГУ «УрНИИДВИИ» совместно со Свердловским областным онкологическим диспансером, кафедрой онкологии УрГМА и МНИОИ им. П.А. Герцена [20]. Кроме того, в УрНИИДВИИ разработана и реализуется программа тематического усовершенствования врачей по дерматоонкологии (72 учебных часа), а вопросы дерматоонкологии в достаточном объеме включены во все программы последипломной подготовки врачей-дерматовенерологов и косметологов.

Выводы

К сожалению, до настоящего времени нерешенной проблемой дерматоонкологии является отсутствие диспансерного наблюдения больных с предраковыми состояниями кожи, несмотря на то, что своевременное выявление больных с предопухоловой патологией кожи, их лечение и реабилитация в значительной степени снижают или предотвращают риск дальнейшей злокачественной трансформации, что является одним из важнейших элементов профилактики злокачественных новообразований. ■

Малишевская Н.П. – д.м.н., профессор, руководитель научно-организационного отдела ФГУ «Уральский научно-исследовательский институт дерматовенерологии и иммунопатологии Минздрава России», г.Екатеринбург; *Бакуров Е.В.* – аспирант ФГУ «Уральский научно-исследовательский институт дерматовенерологии и иммунопатологии Минздрава России», г. Екатеринбург; *Берзин С.А.* – д.м.н., профессор кафедры онкологии Уральской Государственной Медицинской Академии, г. Екатеринбург; *Снизирев В.В.* – заведующий статистическим отделом Свердловского областного онкологического диспансера, г. Екатеринбург; Автор, ответственный за переписку – Малишевская Нина Петровна, e.mail: orgotdel_2008@mail.ru

Литература:

1. Злокачественные новообразования в России в 2008 году (заболеваемость и смертность) / Под ред. В.И. Чиссова, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. – М.: ФГУ «МНИОИ им. П.А. Герцена Росмедтехнологий», 2010. – 256 с.
2. Важенин А.В., Дисов Д.В., Доможирова А.С. и др. Повышение эффективности работы онкологической службы Челябинской области Росс. онкол. журн. – 2007. – № 5. – С. 42-44
3. Чиссов В.И., Старинский В.В., Ковалев Б.Н. и др. Стратегия и тактика онкологической службы России на современном этапе Рос. онкол. журн. – 2006. – №3. – С. 4-7.
4. Злокачественные новообразования в России в 2009 году (заболеваемость и смертность) / Под ред. В.И. Чиссова, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. – М.: ФГУ «МНИОИ им. П.А. Герцена Росмедтехнологий», 2011. – 259 с.
5. Анищенко И.С., Важенин А.В. Плоскоклеточный рак кожи: рук для врачей – Челябинск, 2000. – 125 с.
6. Шенталь В.В., Пустынский И.Н., Малаев С.Г. Рак кожи Медицинская помощь. – 2000. – №4. – С.6-10.
7. Bulliard JL, Panizzon RG, Levi F. Epidemiology of epithelial skin cancers Rev Med Suisse. 2009, Apr 22;5(200):882, 884-8 [Article in French].

8. Stang A, Ziegler S, Buchner U, Ziegler B, Jockel KH, Ziegler V. Malignant melanoma and nonmelanoma skin cancers in Northrhine-Westphalia, Germany: a patient- vs. diagnosis-based incidence approach. *Int J Dermatol.* 2007, Jun;46(6):564-70.
9. Staples MP, Elwood M, Burton RC, Williams JL, Marks R, Giles GG. Non-melanoma skin cancer in Australia: the 2002 national survey and trends since 1985. *Med. J. Aust.* 2006, Jun 2; 184 (1):6-10.
10. Stern RS. Prevalence of a history of skin cancer in 2007: results of an incidence-based model. *Arch Dermatol.* 2010, Mar;146(3):279-82.
11. Vries E, Nijsten T, Louwman MW, Coebergh JW. Skin cancer epidemic in the Netherlands. *Ned Tijdschr Geneesk.* 2009;153:A768. [Article in Dutch].
12. Шенталь В.В., С.Г. Малаев, И.Н. Пустынский. Меланома кожи Мед.помощь. – 2001. - №3. – С.33-35.
13. Малишевская Н.П. Клинико-эпидемиологические особенности злокачественных новообразований кожи на Среднем Урале (Влияние экологических факторов, предопухолевый фон, организация раннего выявления и профилактики): дисс. ... докт. мед. наук. – Екатеринбург, 1999. – 308 с.
14. Петрова Г.В., Старинский В.В., Грецова О.П., Харченко Н.В. Эпидемиология и состояние онкологической помощи больным с меланомой кожи в России Организация здравоохранения. – 2006. - №1. – с. 41-44.
15. Кубанова А.А., Мартынов А.А. Место злокачественных новообразований кожи в структуре онкологической заболеваемости населения Российской Федерации Вестник дерматологии и венерологии. – 2007. - №6. – С. 19-24.
16. Давыдов М.И., Аксель Е.М. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2006 г. Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. – 2008. – Том 19, № 2 (прил. 1). – 154 с.
17. Огрызко Е.В., Иванова М.А., Волгин В.Н., Ялхороева Р.М. Эпидемиологическая ситуация по заболеваемости новообразованиями кожи в Российской Федерации в 2000-2006 гг. *Рос. жур. кож. вен. бол.* – 2008. - №6. – С.4-8.
18. Злокачественные новообразования кожи: заболеваемость, ошибки диагностики, организация раннего выявления, профилактика / Н.В. Кунгуров, Н.П. Малишевская, М.М. Кохан, В.А. Игликов. – Курган: Зауралье, 2010. – 232 с.
19. Чиссов В.И., Старинский В.В., Гнатюк А.П. и др. Национальная онкологическая программа оказания специализированной медицинской помощи онкологическим больным и этапы ее реализации *Росс. онкол. журн.* – 2009. - №6. – С. 43 – 45.
20. Организационная технология взаимодействия кожно-венерологической и онкологической служб по оказанию специализированной помощи больным с предопухолевой и злокачественной патологией кожи / Н.П. Малишевская, М.М. Кохан, В.А. Молочков и соавт. // Методические указания №2003 / 60. – М., 2003. – 23 с.