

Муртузалиева А.А.¹, Парсаданян А.М.¹

УДК 616-006.81.04 (616.5-006.81)

DOI 10.25694/URMJ.2020.02.35

Меланома кожи: частота встречаемости на примере г.Сургута и Сургутского района

¹ Сургутский государственный университет, г. Сургут

Murtuzaliev A. A., Parsadanyan A.M.

Skin melanoma: frequency of occurrence on the example of Surgut and Surgut district

Резюме

Проведен ретроспективный анализ заболеваемости и смертности вследствие меланомы кожи в г.Сургуте и Сургутском районе за 3 года (2015 - 2017 гг.) в сравнении со среднероссийскими показателями и показателями по ХМАО-ЮГРЕ

Ключевые слова: меланома кожи, эпилуминесцентная микроскопия, дерматоскопия, конфокальная лазерная микроскопия

Summary

A retrospective analysis of morbidity and mortality due to cutaneous melanoma in the city of Surgut and the Surgut region within 3 years (2015-2017) was conducted in comparison with the average Russian and KhMAO-UGRA

Key words: skin melanoma, epiluminiscent microscopy, dermatoscopy, confocal laser microscopy

Введение

В настоящее время в связи с ростом заболеваемости меланомой кожи во всех регионах мира вопрос ранней диагностики становится высоко актуальным, учитывая, что чаще поражается данной формой рака молодое население в возрасте 40-50 лет [1]. Сроки выживания пациентов зависят от стадии заболевания. Так, 90% пациентов с меланомой кожи до 1 мм при своевременном и адекватном лечении имеют 5-летнюю выживаемость. У пациентов с меланомой в толщину 3,5 мм, без метастатического поражения внутренних органов и своевременном хирургическом лечении 5-летняя выживаемость составляет до 50 %. В случае метастазирующей меланомы выживаемость составляет до 5-9 месяцев [1; 2].

На территории России за период 2017-2017 гг. распространенность меланомы возросла на 20 на 100 тыс. населения (в 2007г. – 41,2 и в 2017 г. – 61,2 на 100 тыс. человек). Индекс накопления контингента за этот период имел тенденцию к увеличению, на 12,7%. Удельный вес больных с диагнозом меланома, подтвержденным морфологически, оставался высоким и составил на конец 2017 г. 98,7%. [3]. Удельный вес больных с данным видом рака, выявленных активно, увеличился на 19,5%. Впервые выявленных пациентов с I и II стадией стало больше на 11,2%, доля больных с запущенным опухолевым процессом (III и IV стадия) снизилась на 10,1%. Летальность больных в течение года с момента установления диагноза меланомы (из числа больных, впервые взятых на учет в предыдущем году) в России в 2007-2017 гг. снизилась с 14,2 до 9,9% [3]

На территории Ханты-Мансийского автономного округа-Югры в 2017 году было зарегистрировано 63 новых случая меланомы, подтвержденных в 100%. Из них имели I стадию заболевания 41,3%, II – 28,6%, III – 12,7%, IV – 17,5%. Летальность на первом году с момента установления диагноза составила 8,0%. Индекс накопления контингента по данному заболеванию составил в 2017 г. ХМАО-Югры 6,2, что незначительно выше, чем по Уральскому Федеральному округу (5,7%) и ниже, чем по России (8,9%) [3].

Низкая динамика роста индекса, опережающая рост заболеваемости меланомой, обусловлена как агрессивностью заболевания, так и недостаточно активным выявлением этого вида рака кожи. Несмотря на возможность визуального распознавания данного вида рака кожи, более половины процентов случаев являются запущенными формами. Морфологическое исследование иссеченной ткани опухоли позволит достоверно поставить диагноз меланомы. Однако риск диссеминации ракового процесса не позволяет при меланоме проводить как биопсию, так и пункцию с целью диагностики.

Цель: проанализировать случаи заболеваемости меланомы кожи в г.Сургуте и Сургутском районе.

Материалы и методы

За период 2015-2017 гг. был проведен ретроспективный анализ 51 амбулаторных карт пациентов, направленных в поликлиническое онкологическое отделение БУ «Сургутская окружная клиническая больница» (г.

Сургут) с подозрением на меланому кожи. Всем пациентам была проведена эпиллюминесцентной микроскопии с помощью дерматоскопа HEINE DELTA 20 (производство Германия). Меланома кожи была подтверждена у 29 пациентов (56,9%), средний возраст которых составил $54,1 \pm 1,45$ лет. Из них данный вид рака был выявлен у 19 (65,5%) женщин и 10 (34,5%) мужчин. Статистическая обработка материала проводилась с помощью программы Statistica 10.0, с использованием непараметрических методов анализа с помощью U критерий Манна-Уитни.

Результаты и обсуждение

Все пациенты получили хирургическое лечение методом широкого иссечения опухоли с окружающими тканями с последующим патогистологическим исследованием (ПГИ) материала. Получены следующие результаты ПГИ: меланома кожи – 29 (56,8%) случая, меланоцитарный невус – 10 (19,6%), диспластический невус – 7 (13,7%), шпиг-невус с признаками меланоци-

тарной дисплазии – 3 (5,9%), пигментсодержащая базалиома – 1 (2%), себорейный кератоз – 1 (2%). В таблице 1 представлен диагностический маршрут пациентов с меланомой кожи. Большинство пациентов самостоятельно обратились к врачу по месту жительства с жалобами на появление образования и (или) изменение характера уже имеющегося образования.

Наиболее частая локализация меланомой кожи пациенты отмечали на конечностях, практически с одинаковой частотой, что на нижних конечностях (24,1%), что и на верхних конечностях (27,6%) (табл.2). У женщин на нижних конечностях выявлено 6 (31,6%) случаев в области головы и 5 (26,3%) в области шеи. Среди мужчин меланома встречалась на нижних конечностях в случае 1 (10,0%), а в области головы и шеи - в 3 случаях (30,0%) (табл.2).

По результатам обследования распределение меланомы кожи по стадии представлено в таблице 3. Постановка диагноза T2AN2cM0 явилась самой распро-

Таблица 1. Диагностический маршрут пациентов с выявленной меланомой кожи (абс.,%)

Профилактический осмотр	Самообращение в поликлинику по месту жительства	Активное выявление на приемах
2 (6,9%)	21 (72,4%)	6 (20,5%)

Таблица 2. Наиболее частые локализации меланомы кожи у обследованных пациентов (абс., %)

Локализация	Количество случаев, n=29	%
Голова, шея	8	27,6
Спина	5	17,2
Передняя брюшная стенка	4	13,8
Верхняя конечность	4	13,8
Нижняя конечность	7	24,1
Грудная клетка	1	3,5

Таблица 3. Распределение меланомы кожи по стадии заболевания согласно международной TNM классификации (VIII пересмотр от 01.01.2018г.), абс., %

TNM	Количество случаев, n=29	%
T0N0M0	1	3,4
TxN0M0	1	3,4
T1N0M0	2	6,9
T1AN0M0	5	17,3
T1BN0M0	2	6,9
T2N0M0	2	6,9
T2AN0M0	2	6,9
T2AN2cM0	9	31,1
T2BN0M0	2	6,9
T3N0M0	1	3,4
T3AN0M0	1	3,4
T3AN1M0	1	3,4

странённой и встречалась у 31,1% всех пациентов с меланомой кожи и выявленных пораженных регионарных лимфатических узлов в зависимости от количества пораженных лимфоузлов, без отдаленных метастазов в другие органы. Отмечено более частое поражение подмышечных и паховых лимфатических узлов у пациентов с меланомой кожи.

Высокая заболеваемость и смертность при меланоме кожи является важным пусковым моментом ранней диагностики данного рака кожи. Выбор метода определяется техническим оснащением кабинета врача онколога и опытом его работы. Так, известно, что эпилюминесцентная микроскопия (дерматоскопия) и конфокальная лазерная микроскопия (КФСМ) обладают высокой чувствительностью – 90%, но отличаются разной специфичностью – 42% при дерматоскопии и 82% при КФСМ [4; 5].

Большое внимание следует уделять всем меланоцитарным новообразованиям, в том числе ее беспигментных форм [6].

Результаты многих зарубежных исследований свидетельствуют о том, что для диагностики меланомы достаточно использовать только КФСМ на основании внешних изменений: нечеткие границы шиповатых клеток, яркие

серые частицы, распространенных внутри эпидермиса, плеоморфные яркие клетки внутри эпидермиса и дермы [6]. Однако тотальная эксцизионная биопсия с последующим гистологическим исследованием является основным «золотым» стандартом в диагностике меланомы [1].

Заключение

При анализе распространенности меланомы среди обследованных пациентов представлена высокая частота заболеваемости – 56,8% с частым поражением конечностей. Локализация на нижних и верхних конечностях чаще встречается среди женского населения. Для мужчин более характерно поражение головы и шеи. В настоящее время остается низкая активная выявляемость данного заболевания. Пациенты в большинстве случаев (72,4%) обращаются самостоятельно в поликлинику уже со II и III стадией заболевания. Поиск эффективных методов ранней диагностики при активном выявлении врачом онкологического заболевания кожи позволит снизить частоту поздних стадий заболеваний и продлить жизнь пациентам с начальными стадиями рака кожи. ■

Муртузалиева Алена Азетовна, Парсаданян Арарат Микичевич, Сургутский государственный университет

Литература:

1. Алиев, М.Д. Клинические рекомендации по диагностике и лечению больных меланомой кожи / М.Д. Алиев, Б.Ю. Бохян, Л.В. Демидов и др. // Москва, 2014. - С. 3.
2. Демидов Л.В., Харкевич Г.Ю., Маркина И.Т. Меланома и другие злокачественные новообразования кожи // Энциклопедия клинической онкологии: руководство для практических врачей. М.: РЛС, 2005. С. 341-364.
3. Злокачественные новообразования в России в 2017 году (заболеваемость и смертность) / Под ред. О.В. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. - М.: МНИОИ им. П.А. Герцена - филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России, 2018 г. - 236 с.
4. Мальшев А.С. Применение дерматоскопии для оптимизации ранней диагностики меланомы кожи / А.С. Мальшев, Т.Г. Рукша // Сибирский онкологический журнал. - 2009. - № 1. - С.80.
5. Соколова А.В. Конфокальная лазерная сканирующая микроскопия для диагностики меланоцитарных новообразований кожи // Ежегодная конференция «Меланома и опухоли кожи». Москва, 2018.
6. Fernandes N.C. The risk of cutaneous melanoma melanocytic nevi // An. Bras. Dermatol. 2013. Vol. 88. №2. P. 314-315. <https://www.cochranelibrary.com/collections/doi/SC000033/full>
7. ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ОНКОМАРКЕРОВ S100, CD44 У ПАЦИЕНТОВ С ПОДЗОЗРЕНИЕМ НА МЕЛАНОМУ КОЖИ В СЛУЧАЯХ СЛОЖНОЙ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ. Соколова А.В. Уральский медицинский журнал. 2018. № 5 (160). С. 119-121.
8. ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ МЕЛАНОМОЙ КОЖИ НАСЕЛЕНИЯ УРАЛЬСКОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА. Малишевская Н.П., Соколова А.В., Петкау В.В., Пазина М.В. Уральский медицинский журнал. 2018. № 1 (156). С. 90-94.