

Распространенность и возможности ранней диагностики меланомы кожи в Краснодарском крае

С.В. Шаров¹, М.Г. Леонов², Л.Г. Тесленко¹, О.В. Горяшко²

Адрес для переписки: Сергей Викторович Шаров, dr_sch@mail.ru

Проведен ретроспективный анализ заболеваемости и смертности вследствие меланомы кожи в Краснодарском крае в 2013–2017 гг., определены способы повышения выявляемости патологии на ранней стадии.

Ключевые слова: меланома кожи, заболеваемость, смертность, ранняя диагностика

Введение

Активное изучение меланомы кожи началось в 1970-х гг. Именно тогда стали проводиться международные симпозиумы и конференции по данной проблеме, организовываться профильные дерматоонкологические клиники. Меланома – злокачественная опухоль, плохо поддающаяся лечению. Данное новообразование характеризуется высоким потенциалом местного роста, регионарного метастазирования, способностью к диссеминации по коже, множественному метастазированию.

Последние годы отмечается увеличение заболеваемости меланомой. Максимальный уровень распространенности среди стран Европы зафиксирован в скандинавских странах, минимальный – в средиземноморских. Согласно результатам международного интерактивного проекта Globocan (2012), стандартизованные показатели заболеваемости среди населения разных стран варьируются, в частности среди мужчин – от 1,1 в Албании и 2,0 в Боснии и Герцеговине

до 14,4 в Дании и 19,0 в Норвегии (на 100 тыс. населения), среди женщин – от 0,8 в Албании и 1,8 в Боснии и Герцеговине до 19,0 в Норвегии и 22,1 в Дании (на 100 тыс. населения).

Среди этиологических факторов развития меланомы кожи лидируют избыточная инсоляция и генетическая предрасположенность [1–3]. Одним из основных пусковых механизмов заболевания считается увеличение суммарного времени воздействия ультрафиолетового спектра солнечного света на кожу. Избыточная инсоляция не только приводит к повреждению кератиноцитов и меланоцитов, но и вызывает специфическую иммуносупрессию, связанную с нарушением функции клеток-киллеров [4]. Среди других факторов риска выделяют первый и второй фототипы кожи, общее число доброкачественных меланоцитарных и атипичных меланоцитарных невусов, а также семейный анамнез в отношении меланомы. Течение меланомы непредсказуемо. С одной стороны, хирур-

гическое иссечение первичного очага опухоли на ранних стадиях приводит к клиническому выздоровлению в 70–80% случаев. С другой – операция по удалению локальной инвазивной меланомы далеко не всегда гарантирует длительный безрецидивный период, что объясняется особенностями опухоли [4].

Сказанное обуславливает медико-социальную значимость проблемы и необходимость создания эффективных алгоритмов ранней диагностики и лечения.

Показатели заболеваемости, запущенности процесса и смертности в России и Краснодарском крае

По данным А.Д. Каприна и соавт., ежегодно в Российской Федерации меланомой заболевают свыше 10 200 человек, умирают от нее – более 3600. В 2016 г. в структуре онкологических заболеваний у мужчин на меланому приходилось 1,5%, у женщин – 2,0%. По сравнению с 2011 г. цифры увеличились на 25,0% у мужчин и 5,3% у женщин. Темп прироста стандартизованного показателя заболеваемости меланомой в России составил 12,5%, уступив темпу прироста в отношении рака предстательной, щитовидной и поджелудочной желез, печени, полости рта и глотки [5].

В Краснодарском крае в период 2013–2017 гг. зафиксировано увели-

чение числа заболевших (табл. 1), новых случаев в 2017 г. – 551.

По данным Популяционного ракового регистра Краснодарского края, в 2017 г. в структуре злокачественных новообразований меланома составляла 2,1% (14-е место), у мужчин – 1,8%, у женщин – 2,3%. Среднегодовой темп прироста заболеваемости (стандартизованный показатель, мировой стандарт) достиг 6,0%. Наиболее высокий стандартизованный показатель заболеваемости отмечен в 2015 и 2017 гг. С 2013 по 2017 г. у мужчин он увеличился с 4,9 до 6,0 случаев на 100 тыс. населения, у женщин – с 5,2 до 6,4.

Анализ показателей в зависимости от возраста больных позволил выявить пик заболеваемости у мужчин и женщин. Он приходится на возраст от 60 до 64 и от 75 до 79 лет. Если в 2013 г. пик заболеваемости у мужчин и женщин приходился на 50–59 лет и 70–74 года, то в 2017 г. – на 50–54 года, 60–69 и 75–79 лет. Наибольший прирост заболеваемости в 2017 г. по сравнению с 2013 г. отмечен у лиц 65–69 и 75–79 лет – на 145 и 156% соответственно. У лиц моложе 20 лет случаи развития меланомы кожи не зарегистрированы. В возрастной категории 80 лет и старше наблюдалось значительное сокращение заболеваемости как среди мужчин, так и среди женщин. Среди впервые заболевших преобладали лица пожилого возраста.

Установлено также, что изучаемая патология встречается у женщин чаще, чем у мужчин – 59,1 и 40,9%. У 79,8% пациентов выявлена меланома первой и второй стадии, у 13,2% – третьей, у 7,0% – четвертой. Необходимо отметить, что запущенность процесса является одним из основных критериев качества диагностического компонента помощи онкологическим больным в учреждениях общей лечебной сети. Это особенно актуально для визуально обозримых опухолей, каковой и является меланома кожи. Согласно результатам анализа, доля больных с меланомой третьей и четвертой

стадий в 2017 г. по сравнению с 2013 г. уменьшилась – 16,5 против 12,5%. Сократилась также односторонняя летальность – с 12,2% в 2013 г. до 6,5% в 2017 г.

Несмотря на то что меланома кожи составляет 12,2% всех злокачественных новообразований кожи, она ассоциируется с наибольшей частотой смертей.

Так, в структуре смертности от злокачественных новообразований на долю меланомы приходилось 70%. В 2017 г. заболевание стало причиной смерти 1,0% муж-

чин и 1,2% женщин. По сравнению с 2013 г. цифры увеличились на 8,7 и 7,2% соответственно.

В Краснодарском крае в 2017 г. абсолютное число умерших от меланомы достигло 130. Стандартизованный показатель смертности для мужчин составил 1,6 случая на 100 тыс. населения, для женщин – 1,2. Последние годы в крае отмечаются стабилизация стандартизованного показателя смертности от меланомы и его приближение к средним данным по России (табл. 2).

Таблица 1. Динамика заболеваемости меланомой кожи в России и Краснодарском крае с 2013 по 2017 г., случаев на 100 тыс. населения

Заболеваемость	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.	Процент прироста относительно значений 2013 г.
<i>Россия</i>						
Грубый показатель:	6,3	6,5	7,0	7,1	н/д	12,7
■ мужчины	5,1	5,3	5,9	6,0	н/д	17,6
■ женщины	7,3	7,6	8,0	8,1	н/д	11,0
Стандартизованный показатель:	4,0	4,1	4,4	4,5	н/д	12,5
■ мужчины	3,8	3,9	4,2	4,3	н/д	13,2
■ женщины	4,3	4,4	4,6	4,7	н/д	9,3
<i>Краснодарский край</i>						
Грубый показатель:	8,0	8,8	10,2	8,6	9,9	23,8
■ мужчины	7,1	8,3	9,0	7,8	8,9	25,4
■ женщины	8,8	9,3	11,2	9,3	10,7	21,6
Стандартизованный показатель:	5,0	5,4	6,3	5,4	6,2	24,0
■ мужчины	4,9	5,7	6,1	5,3	6,0	22,4
■ женщины	5,2	5,3	6,6	5,6	6,4	23,1

Примечание. Н/д – нет данных.

Таблица 2. Динамика смертности от меланомы кожи в России и Краснодарском крае с 2013 по 2017 г., случаев на 100 тыс. населения

Смертность	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.	Процент прироста/убыли относительно значений 2013 г.
<i>Россия</i>						
Грубый показатель:	2,4	2,5	2,5	2,5	н/д	4,2
■ мужчины	2,4	2,5	2,5	2,5	н/д	4,2
■ женщины	2,4	2,5	2,6	2,5	н/д	4,2
Стандартизованный показатель:	1,5	1,5	1,5	1,5	н/д	0
■ мужчины	1,8	1,8	1,7	1,8	н/д	0
■ женщины	1,3	1,3	1,4	1,3	н/д	0
<i>Краснодарский край</i>						
Грубый показатель:	2,4	2,9	2,7	2,7	2,3	-4,2
■ мужчины	2,4	3,7	3,0	2,6	2,5	4,2
■ женщины	2,3	2,2	2,5	2,7	2,3	0
Стандартизованный показатель:	1,5	1,7	1,6	1,5	1,3	-13,3
■ мужчины	1,7	2,5	2,1	1,7	1,6	-5,9
■ женщины	1,3	1,2	1,3	1,4	1,2	-7,7

Примечание. Н/д – нет данных.

Прогноз у пациентов с меланомой кожи прежде всего зависит от стадии, формы роста и локализации опухоли. По данным Популяционного ракового регистра Краснодарского края, в 2017 г. пятилетняя выживаемость составляла 57,8% (от 85,6% при первой стадии заболевания до 5,3% при четвертой). В целом в Краснодарском крае отмечается позитивная динамика показателей диагностики меланомы: снижение запущенности процесса и увеличение доли пациентов с активным выявлением онкопатологии.

Мероприятия, направленные на раннее выявление патологии

В течение последних лет для выявления онкологических заболеваний на ранней стадии в регионе реализуются следующие проекты: выездные акции, дни открытых дверей, профилактические осмотры, проведение семинаров по повышению уровня знаний медицинских работников в отношении методов ранней диагностики. Базой для проведения осмотров с целью ранней диагностики рака и предраковых заболеваний кожи в амбулаторно-поликлинической сети края стали смотровые каби-

неты. При подозрении на онкологическое заболевание пациент направляется на консультацию к врачу-онкологу.

Особая роль в выявлении меланомы отводится врачам-дерматовенерологам. Известно, что на месте пигментных невусов меланома развивается в 25–50% случаев. Именно поэтому каждое пигментное образование у лиц старше 30 лет должно обследоваться на меланому.

Обязательны физикальный осмотр и дерматоскопия. При осмотре пигментные новообразования кожи должны анализироваться по одной из общепринятых систем, в частности по правилам ABCD (А – асимметрия, В – неровность границ, С – неравномерность окраски, D – диаметр более 6 мм) или ФИГАРО (Ф – форма выпуклая, И – изменение размеров, Г – границы неправильные, А – асимметрия, Р – размеры крупные, О – окраска неравномерная). На ранних стадиях, когда кожный рисунок над опухолью не изменен, волосяной покров сохранен, опухоль симметричная, не всегда разнородна по окраске и характеризуется неправильностью границ или на поверхности кожи наблюдаются

множественные диспластические невусы, применяется эпилюминесцентная дерматоскопия.

При удалении пигментных образований кожи и слизистых оболочек обязательно проведение гистологического исследования.

Для повышения уровня знаний медицинских работников края проводятся семинары по меланоме, вебинары, научно-практические конференции, стажировка работников смотровых кабинетов в онкологических диспансерах, издаются методические рекомендации.

Заключение

Несмотря на положительную динамику статистических показателей, достигнутые результаты нельзя признать удовлетворительными. Необходимо дальнейшее совершенствование вторичной профилактики и ранней диагностики меланомы. Полагаем, что для этого надо специализированные программы по данной проблеме включить в программу циклов повышения квалификации специалистов общей лечебной сети и дерматовенерологов, создать основы мотивации для улучшения ранней диагностики и снижения частоты смертей от меланомы. ☺

Литература

1. Albrecht K., Droll H., Giesler J.M. et al. Self-efficacy for coping with cancer in melanoma patients: its association with physical fatigue and depression // *Psychooncology*. 2013. Vol. 22. № 9. P. 1972–1978.
2. Griewank K.G., Ugurel S., Schadendorf D., Paschen A. New developments in biomarkers for melanoma // *Curr. Opin. Oncol.* 2013. Vol. 25. № 2. P. 145–151.
3. Read J. Recent advances in cutaneous melanoma: towards a molecular model and targeted treatment // *Australas. J. Dermatol.* 2013. Vol. 54. № 3. P. 163–172.
4. Демидов Л.В., Харкевич Г.Ю. Меланома кожи: стадирование, диагностика и лечение // *Русский медицинский журнал*. 2003. № 11. С. 658–664.
5. Злокачественные новообразования в России в 2016 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, 2017.

Prevalence and Possibilities of Skin Melanoma Early Diagnosis in Krasnodar Region

S.V. Sharov¹, M.G. Leonov², L.G. Teslenko¹, O.V. Goryashko²

¹ Clinical Oncology Center № 1, Krasnodar

² Oncology Center № 3, Novorossiysk

Contact person: Sergey Viktorovich Sharov, dr_sch@mail.ru

Conducted the retrospective analysis of morbidity and mortality due to skin melanoma in the Krasnodar Region in 2013-2017 years, identified ways of improvement the detection of the pathology at the early stage.

Key words: skin melanoma, morbidity, mortality, early diagnosis