

УДК 616-006-082(470.43):616.5-006.81

**АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКОГО МЕТОДА ДИАГНОСТИКИ МЕЛАНОМЫ КОЖИ  
В САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ**

Е. Ю. НЕРЕТИН

*ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»*

**Аннотация.** В статье рассматривается одна из важных проблем – возможность клинической диагностики меланомы кожи. Актуальность исследования подтверждает тот факт, что за последнее время отмечается повсеместный рост заболеваемости меланомой кожи, которая относится к опухоли наружной локализации. Точность клинической диагностики составляет около 37%. Целью работы является изучение возможности клинической диагностики меланомы кожи в Самарской области как в лечебных учреждениях общего профиля, так и в специализированном лечебном учреждении ГБУЗ СОКОД. Для решения поставленной задачи использовались следующие материалы и методы – первичная учетная документация за 2006 год. Полученные результаты свидетельствуют о значительно более высокой чувствительности диагностики меланомы кожи в специализированном лечебном учреждении. Сделаны выводы о необходимости улучшения диагностики меланомы кожи.

**Ключевые слова:** меланома кожи, клиническая диагностика меланомы кожи, ошибки диагностики меланомы кожи, визуальная диагностика меланомы кожи.

**ANALYSIS OF CLINICAL METHOD IN DIAGNOSIS OF THE SKIN MELANOMA  
IN THE SAMARA REGION**

E. Y. NERETIN

*Samara Regional Clinical Oncology Center*

**Resume.** The paper deals with one of the important issues - the possibility of clinical diagnosis of melanoma. Relevance of research confirms the fact that the last time there is widespread increase in the incidence of melanoma of the skin, which refers to the outer tumor localization. Accuracy of clinical diagnosis is about 37%. The aim is to study the possibility of clinical diagnosis of melanoma in the Samara region in general hospitals and in specialized facility GBUZ Sokode. To solve this problem the author used the following materials and methods - the primary accounting records for the year 2006. The results indicate a significantly higher sensitivity of melanoma diagnosis in a specialized facility. It is necessary to improve the diagnosis of melanoma.

**Key words:** skin melanoma, clinical diagnosis of melanoma, error diagnosis of melanoma, visual diagnosis of melanoma.

**Актуальность исследования**

Несмотря на определенные успехи, достигнутые за последние годы в лечении меланом, общие показатели пятилетней выживаемости больных остаются невысокими и в значительной мере зависят от степени распространения опухолевого процесса на момент регистрации заболевания, т.е. от своевременной диагностики [1]. В настоящее время точность клинической диагностики первичных меланом у врачей общего профиля составляет только 37%. Врачебные ошибки связаны как с гипердиагностикой, так и с недооценкой клинических признаков заболевания, причем наибольшее число ошибочных диагнозов имеет место при поверхностно-распространяющихся опухолях [2]. За последние годы мнение о меланоме кожи, как об опухоли с непрямым фатальным исходом, начало меняться, при условии ее ранней и своевременной диагностики [3]. Так, при первом уровне инвазии первичной опухоли по W. H. Clark et al. (1969) результаты пятилетней выживаемости после радикального хирургического лечения составляют 100% [1]. По данным Чиссова В. И., Старинского В. В., и Петровой Г. В., (2012), заболеваемость меланомой кожи в период с 2000 по 2010 год увеличилась с 3,18 до 3,95 случаев на 100 тыс. населения. Среднегодовой темп прироста составил 1,99%, а общий прирост заболеваемости составил 21,81% [4]. Рост смертности от МК может быть связан со сравнительно низкой выявляемостью меланомы на профилактических осмотрах, а так же в связи с тем, что часто процесс диагностируется на поздних стадиях. Так, по данным Чиссова В. И. и соавторов (2012) в период с 1997 по 2010 годы доля случаев МК, выявленных на проф. осмотрах варьировала от 8 до 12%, а количество случаев, выявленных на ранних стадиях процесса (1-2 стадии) варьировало от 60 до 68% [4].

Точность визуальной диагностики меланоцитарных новообразований кожи напрямую зависит от специализации врачей и от частоты встречаемости таких новообразований в их повседневной практике [5]. По данным разных исследований точность диагностики меланомы врачами общей практики колеблется от 46,8% до 72% против 88% у дерматологов [5]. Имеются данные, что после прохождения вра-

чами общей практики обучению критериям и алгоритмам дифференциальной диагностики меланокитарных новообразований их настороженность в отношении меланомы и точность ее диагностики возрастает до 76,2 - 84% [2, 5]. Со временем полученные навыки могут утрачиваться, если они не подкрепляются практикой [6].

#### **Цель исследования**

Оценить диагностические возможности клинического метода диагностики меланомы кожи у населения Самарской области.

#### **Материалы и методы исследования**

Для анализа была взята первичная учетная документация за 2006 год - (амбулаторная карта пациента - форма № 025/у-04, извещение о впервые выявленном злокачественном новообразовании – форма № 090/у, протокол запушенности – форма № 027-2/у, регистрационная карта больного со злокачественным образованием – форма № 030-6/ГРР, годовые формы отчетной документации - форма №7, форма №35).

В ходе ретроспективного анализа была проведена оценка качества диагностики МК врачами онкологами районных поликлиник и врачами онкологами ГБУЗ СОКОД и проанализированы возможности клинической диагностики всех новообразований кожи, которые могут давать симптоматику, схожую с проявлениями меланомы кожи. Качество клинической диагностики оценивалось на основании сравнения дооперационного диагноза с патоморфологическим и направительного диагноза с патоморфологическим. Врачами применялись осмотр пациента и новообразования, опрос, сбор жалоб и анамнеза.

#### **Результаты и их обсуждение**

Меланома кожи была диагностирована у 140, другие злокачественные новообразования кожи у 1427 и доброкачественные новообразования у 1966 пациентов. Данные, отражающие точность клинической диагностики меланомы кожи в зависимости от стадии заболевания приведены в табл. 1.

*Таблица 1*

**Точность клинической диагностики меланомы кожи в зависимости от категории pT на основании ретроспективного анализа**

Категория pT	Гистологически подтвержденный диагноз	Из них диагностировано клинически	Чувствительность (%)
pT1	52	3	5,77
pT2	56	19	33,93
pT3	18	17	94,44
pT4	14	13	92,86
Все категории	140	52	37,14

На начальном этапе исследования проводилась оценка качества диагностики МК врачами общей лечебной сети. Отмечалось, что чувствительность диагностики возрастала по мере увеличения стадии заболевания. Так, при 1 стадии она была крайне низкая, и составляла всего лишь 5,77% (3 пациента). Меланома на этой стадии диагностировалась чаще всего случайно, практически только если пигментное новообразование, диагностированное как доброкачественное, удалено, например, по косметическим соображениям и проведено его гистологическое исследование. По мере увеличения стадии точность клинической диагностики возрастала, и при 4 стадии достигала 92,86%. Как видно из полученных данных, наименьшее количество совпадений клинического и патогистологического диагноза наблюдается при наиболее грозном заболевании — меланоме кожи. Средняя точность диагностики составляла около 37% что соответствует данным различных авторов.

В табл. 2 приведены результаты патогистологического исследования новообразований у группы пациентов, которым диагноз меланома кожи был установлен ошибочно. Согласно им, из 1966 человек с установленными различными гистологически подтвержденными новообразованиями направительный диагноз меланома кожи был поставлен 1140 пациентам (58%) (табл. 2). Таким образом, общая специфичность диагностики меланомы кожи врачами общей лечебной сети составила только 42%.

Таблица 2

**Ранжирование патогистологических диагнозов у пациентов с подозрением на меланому кожи**

Окончательный (гистологический) диагноз	Количество	Частота встречаемости %
Пигментная базалиома	79	6,93
Диспластический невус	476	41,75
Кератоакантома	76	6,67
Гемангиома	175	15,35
Голубой невус	45	3,95
Пиогенная гранулема	5	0,44
Дерматофиброма	29	2,54
Себорейный кератоз	255	22,37
Итого	1140	100,00

Данное обстоятельство может быть обусловлено повышенной настороженностью в отношении меланомы кожи. Однако на практике это может приводить к неоправданно широкому, травмирующему пациента оперативному лечению.

Было также проведено исследование качества диагностики врачами консультативно-диагностического отделения ГБУЗ СОКОД. В ходе исследования получены следующие данные, которые отражены в табл. 3.

Таблица 3

**Частота совпадений клинического диагноза с патоморфологическим**

Форма новообразования кожи	Частота совпадений клинического диагноза с патоморфологическим диагнозом (%%)
Меланома кожи	77,3
Доброкачественные новообразования кожи	60,2
Базалиома, плоскоклеточный рак и другие злокачественные новообразования кожи	42,3

Как видно из полученных данных чувствительность диагностики меланомы кожи врачей специализированного онкологического центра значительно превышает аналогичный показатель врачей общей лечебной сети. Недостаточно высокие показатели диагностики МК врачами первичного контакта обусловлены как редкой встречаемостью данного вида опухоли так и неготовностью специалистов диагностировать меланому кожи.

Для улучшения качества диагностики на этапе квалифицированного уровня необходимо внедрение в этих учреждениях экспертных систем диагностики, повышение квалификации врачей первичного контакта.

Улучшить качество диагностики меланомы кожи можно также путем применения комплекса современных диагностических методов. Но они трудоемкие, затратные и поэтому должны использоваться в специализированных лечебных учреждениях (консультативно-диагностических отделениях онкологических диспансеров) для уточняющей диагностики. Поэтому представляется актуальным дополнительный путь улучшения результатов клинической диагностики меланомы кожи, именно на этапе врача «первой встречи» именно за счет применения простой консультативно-диагностической экспертной системы.

**Выводы**

1. Чувствительность клинической диагностики меланомы кожи у населения Самарской области врачами общей лечебной сети составила 37,14%. Отмечалась корреляция показателя в зависимости от стадии процесса.

2. Специфичность диагностики меланомы кожи врачами общей лечебной сети составила 42%. Среди ошибочных диагнозов преобладали диспластический невус, себорейный кератоз, гемангиома.

3. Качество диагностики меланомы кожи врачами специализированного онкологического центра в исследуемой группе значительно превосходит аналогичные показатели диагностики врачей общей лечебной сети.

Литература

1. *Анисимов, В.В.* Стандартное обследование пациентов с подозрением на меланому. Современная клиническая классификация / В.В. Анисимов // Практическая онкология. – 2001. – № 4 (8). – С.12–22.
2. *Carli, P.* Campagna per la diagnosi precoce del melanoma. Quantoe efficacelazione di «filtro» del medico di fanuglia? / P. Carli // G. Ital. Dermatol. Venerol, 1998. – Vol. 133. – No. 6. – P. 405–410.
3. *Демидов, Л.В.* Меланома кожи. Микростадирование и клиничко - гистологическая классификация / Л.В. Демидов // Российский журнал кожно-венерологический бюллетень. – 1998. – № 4. – С.12–17.
4. *Чиссов, В.И.* Злокачественные новообразования в России в 2010 г. (заболеваемость и смертность) / В.И. Чиссов, В.В. Старинский, Г.В. Петрова. – М., 2012. – С.20–22.
5. *Brochez, L.* Diagnostic ability of general practitioners and dermatologists in discriminating pigmented skin lesions / L. Brochez, E. Verhaeghe, L. Bleyen, J.M. Naeyaert. – J Am Acad Dermatol, 2001.– Jun;44(6): 979–986.
6. *Baade, P.D.* Clinical diagnosis and management of suspicious pigmented skin lesions—a survey of GPs / P.D. Baade, C.B. Del Mar, J.B. Lowe, W.R. Stanton, K.P. Balanda. Aust Fam Physician. – 2005.– Jan-Feb;34(1-2):79–83.