

числа), диагноз не был установлен прижизненно. Наиболее часто диагноз прижизненно не выставлялся у пациентов 80—89 лет — в 24,4% случаев, а также у 2 из 3 умерших старше 90 лет.

### Заключение

Таким образом очевидно, что наиболее серьезные дефекты наблюдения и лечения пациентов с онкологическими заболеваниями отмечаются при лечении (или отсутствии такого) пациентов пожилого возраста. Учитывая, что проблема обеспечения здоровья для пожилого человека становится непосильной, физические и материальные возможности его ограничены и не позволяют решать вопросы удовлетворения даже необходимого минимума потребностей, обусловленных заболеваниями и инвалидностью [4], на основании данного исследования и аналитических обзоров [5] целесообразно оптимизировать и рационализировать обслуживание прежде всего лиц пожилого и старческого возраста. Необходимо расширение объемов медицинской профилактики в России за счет специальных профилактических программ при условии адекватного финансирования системы здравоохранения [6].

### ЛИТЕРАТУРА

1. Максимова Т.М., Гаенко О.Н. Здоровье населения и социально-экономические проблемы общества. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2003; 1: 3—7.
2. Денисов И.Н. Медицинское образование: ситуация сегодня и пути совершенствования подготовки врачей. Врач. 2005; 4: 4—7.
3. Число умерших по основным классам и отдельным причинам смерти. Available at: <http://www.gks.ru/dbscripts/Cbsd/DBInet.cgi> (дата обращения: 10.02.2013).

4. Какорина Е.П. Состояние и перспективы развития медицинской помощи пожилым в Российской Федерации. Справочник фельдшера и акушерки. 2008; 8: 7—16.
5. Харченко В.И., Корякин М.В., Мишнев О.Д. Актуальность реорганизации медицинского обслуживания больных пожилого и старческого возраста в России (Аналитический обзор официальных данных Госкомстата, МЗСР и ВОЗ и экспертных оценок по проблеме). Клиническая геронтология. 2008; 5: 25—33.
6. Вялков А.И., Гундаров И.А., Кучеренко В.З., Полесский В.А., Кутумова О.Ю. Инновационная модель медицинской профилактики избыточной смертности от неинфекционных заболеваний. Проблемы управления здравоохранением. 2009; 1: 6—13.

### REFERENCES

1. Maksimova T.M., Gayenko O.N. Population health and socioeconomic problems of society. Problemy sotsialnoy gigiyeny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny. 2003; 1: 3—7 (in Russian).
2. Denisov I.N. Medical education: the situation today and ways to improve the training of doctors. Vrach. 2005; 4: 4—7 (in Russian).
3. The number of deaths by main classes and specific causes of death. Available at: <http://www.gks.ru/dbscripts/Cbsd/DBInet.cgi> (accessed 10 February 2013).
4. Kakorina E.P. State and prospects of the medical care of oldster in the Russian Federation. Spravochnik fel'dshera i akusherki. 2008; 8: 7—16 (in Russian).
5. Kharchenko V.I., Koryakin M.V., Mishnev O.D. Relevance of the reorganization of health care of elderly and senile patients in Russia (Analytical review of official data Goskomstat, Ministry of health and social development and, WHO and expert analysis on the problem). Klinicheskaya gerontologiya. 2008; 5: 25—33 (in Russian).
6. Vyalkov A.I., Kucherenko V.Z., Gundarov I.A., Poleskiy V.A., Kutumova O.Yu. An innovative model of medical prevention of excess mortality from non-communicable disease. Problemy upravleniya zdravookhraneniem. 2009; 1: 6—13 (in Russian).

Поступила 10.04.13

© С.А. ЯРГУНИН, И.С. ДАВИДЕНКО, 2013

УДК 616.5-006.04-07:614.2

С.А. Яргунин, И.С. Давиденко

## КРИТЕРИИ ОКОНЧАТЕЛЬНОГО ДИАГНОЗА МЕЛАНОМЫ КОЖИ ПУТЕМ СОЗДАНИЯ ЕДИНОЙ УЧЕТНОЙ КАРТЫ

ГБУЗ "Клинический онкологический диспансер № 1" Департамента здравоохранения Краснодарского края, 350040, г. Краснодар

*Меланому кожи относят к одной из самых агрессивных опухолей с непредсказуемым прогнозом из-за высокой потенции местного роста, регионарного метастазирования, способности к диссеминации и отдаленному метастазированию. В связи с этим очень важным моментом является адекватное обследование пациентов и назначение терапии согласно стадии заболевания. Вариантом эффективного установления диагноза является создание единой учетной регистрационной карты и Единого российского реестра больных с меланомой кожи, что также поможет внедрить международные стандарты лечения с учетом распределения пациентов по стадиям и подстадиям.*

**Ключевые слова:** меланома кожи, ранняя диагностика, морфологическая оценка, злокачественные новообразования.

CRITERIA FOR THE DEFINITIVE DIAGNOSIS OF MELANOMA, BY CREATION OF A SCORECARD

S.A. Yargunin, I.S. Davidenko

Clinical Oncological Center No1 of Health Department of Krasnodar Region, 350040, Krasnodar, Russian Federation

*Melanoma of a skin is thought to be one of the most aggressive tumors with unpredictable prognosis because of a high potency of local growth, local and remote metastases, and dissemination. Regarding this point very important aspect is an adequate assessment of patients and proper therapy administration according to a disease stage.*

*Options for effective diagnosis is to create a single user registration card will allow to create the uniform Russian Federation register of patients with a skin melanoma and will help to introduce an international treatment standard with distribution of patients on stages and substages.*

**Key words:** *melanoma of a skin, morfo-statistical assessment, early diagnostics, malignant neoplasms.*

Меланома кожи относится к чрезвычайно злокачественным опухолям и составляет около 13% в структуре онкологических заболеваний кожи [1, 2]. Еще 30—40 лет назад в большинстве стран мира меланома считалась сравнительно редким заболеванием. Среднегодовой темп прироста заболеваемости меланомой в мире составляет 5% (в США —4%, в России — 3,9%) и может считаться одним из самых высоких среди злокачественных опухолей, кроме рака легкого [1, 3, 4]. Диагностика и лечение меланомы кожи были и остаются сложной проблемой онкологии. К началу лечения до 75% больных уже имеют регионарно-распространенный процесс, а 5-летняя выживаемость больных не превышает 50% [5—7]. Из-за высокой потенции местного роста, регионарного метастазирования, способности к диссеминации по коже и множественному отдаленному метастазированию меланому относят к одной из самых агрессивных опухолей с непредсказуемым прогнозом [8—10]. В связи с этим очень важным моментом является своевременное и адекватное обследование пациентов с подозрением на данную патологию.

В России с 2010 г. начал свою работу Российский экспертный совет по меланоме Международного комитета GMTF (Global Melanoma Task Force), в ходе работы которого выявлена озабоченность существующей ситуацией на сегодняшний день, включая неэффективность оказания медицинской помощи больным меланомой кожи. Проявлена насущная необходимость принятия многих мер, включая нормативные документы, регулирующие деятельность по оказанию медицинской помощи больным. Выявлено отсутствие единых стандартов оказания медицинской помощи пациентам с меланомой кожи. В европейских государствах достаточно давно функционируют подобные советы, существуют определенные алгоритмы диагностики и лечения меланомы кожи [3, 6, 10].

Цель — анализ степени распространенности заболевания у пациентов с первичной меланомой кожи на момент установления диагноза.

## Материал и методы

В 2011 г. в поликлинику ГБУЗ КОД № 1 ДЗ КК обратились 315 пациентов с первичной меланомой кожи: из них мужчин 108 (34,3%) человек, женщин 207 (65,7%). Средний возраст пациентов составил 56±17 лет. Окончательный диагноз формировался на основе разработанной нами гистологической карты, представляющей собой таблицу, которая включает в себя паспортные данные, макро- и микроописание препарата. В обязательном порядке в микроописание включены толщина опухоли, глубина инвазии, инвазия в лимфатические/кровеносные капилляры, периневральная инвазия, микросателлиты, митотическая активность опухоли, наличие изъязвления, лимфоидная инфильтрация. Итогом гистологического заключения является стадия и микростадия заболевания. Лечение пациентов назначалось с

учетом рекомендаций Европейского общества медицинских онкологов (ESMO), включая хирургическое, химио- и иммунотерапию.

## Результаты и обсуждение

Нами разработана и внедрена для использования в нашей клинике карта морфологической оценки первичной меланомы кожи, в которую введены все критерии морфологической оценки опухоли (табл. 1).

С учетом разработанного алгоритма нами проанализированы все пациенты с первичной меланомой кожи за 2011 г. и составлена таблица их распределения, из которой следует, что пик заболеваемости пришелся на лиц трудоспособного возраста (40—65 лет). Наибольшее количество пациентов было с I—II стадией — 262 (83,1%), тогда как на III—IV стадию пришлось всего 25 (7,9%) больных, еще у 28 (8,9%) пациентов точная стадия не определена по различным причинам (табл. 2).

Лечение пациентов назначалось с учетом рекомендаций ESMO. Пациентам проведены следующие варианты лечения: 16 (5%) пациентов были направлены для проведения химиотерапии на 1-м этапе лечения, 2 (0,6%) человека отказались от предложенного лечения. В хирургическое отделение Краевого онкологического диспансера были направлены 287 (88,2%) пациентов для проведения оперативного лечения. Им были произведены следующие операции: иссечение с первичной кожной пластикой (257 пациентов), иссечение с регионарной лимфаденэктомией (19), экзартикуляция (1), паллиативное иссечение (3), открытая биопсия (4) с целью верификации диагноза. Также были выполнены широкие иссечения послеоперационных рубцов после нерадикального оперативного лечения в других лечебных учреждениях (3 человека). Осложнений после выполненных вмешательств не зарегистрировано ни в одном случае. Средний койко-день составил 7,4. Средняя толщина опухоли (СТО) как показатель запущенности за 2011 г. составила 4,51 мм, что не отличается от среднероссийского показателя. После оперативного вмешательства и уточнения стадии процесса 92 (29,2%) больных с IВ и IIВ стадией были направлены на иммунотерапию, 9 (2,8%) пациентов с IIIС и IV стадией — на химиоиммунотерапию, а 10 (3,2%) пациентов не подлежали специальным методам лечения ввиду распространенности заболевания или тяжести общего состояния и были направлены для симптоматического лечения (пациенты с IV клинической группой).

## Выводы

1. Введение новой регистрационной карты морфостатистической оценки позволяет оценить распространенность опухолевого процесса у пациентов с первичной меланомой кожи с учетом стадии и микростадии.

2. Необходимо внедрить международные стандарты лечения с учетом распределения пациентов по стадиям и подстадиям с использованием диагностической карты.

3. Карта может быть рекомендована как компонент создания Единого российского реестра пациентов с меланомой кожи.

Для корреспонденции: Ярунин Сергей Анатольевич — канд. мед. наук, зав. отд-нием хирургии опухолей кожи и мягких тканей; 350040, г. Краснодар, ул. Димитрова, д. 146; e-mail: sdocer@rambler.ru.

Таблица 1

## Направление на патогистологическое исследование лоскута кожи

Ф.И.О. больного			Возраст		Пол	
Из	отделения	больницы		и/б №		
Материал взят		20 г.	Доставлен в ПАО		20 г.	
Оперировал		Принял				
<b>Тип биопсии</b>		Экцизионная	Широкое иссечение		Неуточненная	
<b>Регионарная клетчатка</b>					Есть	Нет
<b>Клинический диагноз</b>						

**Макроописание:**

<b>Лоскут кожи</b> размерами:	ширина, mm		длина, mm		толщина ПЖК, mm	
<b>Границы резекции</b>	Периферическая, mm				Блоки №	
	Глубокая в mm					
<b>Образование</b>	Узловое		Пятно		Блоки №	
	<b>Максимальный диаметр</b>		mm			
	<b>Высота</b>		mm			
	Границы		Четкие	Нечеткие		
	Пигментация		Есть	Нет		
Сателлиты	Есть		Нет		Количество	

**Микроописание:**

<b>Тип роста</b>	Лентиго меланома		Поверхностно-распространяющийся			Узловой			
	Акральное-лентигинозное		Десмопластический			Нейротропический			
Основной компонент		<i>in situ</i>		Инвазивный					
<b>Breslow</b>	mm		<b>Klark level</b>	<b>I</b>	<b>II</b>	<b>III</b>	<b>IV</b>	<b>V</b>	
Изъязвление	Есть (максимальный диаметр)		mm			mm			
Инвазия в лимфатические/кровеносные капилляры				Есть		Нет			
Периневральная инвазия				Есть		Нет			
Регрессия				Есть		Нет			
Микросателлиты				Есть		Нет			
Предшествующий невус		Есть	Нет	Сомнительно	Диспластический невус		Есть	Нет	
Митотическая активность							на mm <sup>2</sup>		
Лимфоидная инфильтрация		Отсутствует			Слабовыраженная		Выраженная		
<b>Тип клеток</b>		Эпителиоидные			Веретенообразные		Невусообразные		
					Баллонообразные		Гигантские		
Границы резекции									
Периферическая		Опухолевого роста			Нет	Есть ( <i>in situ</i> /инвазивный)			
Глубокая		Опухолевого роста			Нет	Есть ( <i>in situ</i> /инвазивный)			
В клетчатке обнаружено					Лимфоузлов, максимальный размер, из них с mts		Блоки №		
					Прорастание в капсулу узла				
Патогистологическая стадия				T	N	M	Микростадия pT		

Врач

Дата

20 г.

Таблица 2

## Распределение пролеченных больных по стадиям

Стадия									
IA	IB	IIA	IIB	IC	IIIA	IIIB	IIIC	IV	Не определена
66 (20,9)	39 (12,3)	40 (12,7)	82 (26)	35 (11,1)	6 (1,9)	10 (3,1)	3 (0,9)	6 (1,9)	28 (8,9)
105 (33,3)		157 (49,8)			25 (7,9)			28 (8,9)	
315 (100)									
СТО 4,51 мм									

Примечание. В скобках — проценты. СТО — средняя толщина опухоли

## ЛИТЕРАТУРА

1. Давыдов М.И., Аксель Е.М. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2007 г. Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина. 2009; 20(3): 2.
2. Мерабишвили В.М., Чепик О.Ф. Анализ выживаемости и годичной летальности больных злокачественной меланомой кожи на популяционном уровне. Вопросы онкологии. 2006; 52(4): 385—91.
3. Allen D.C. Histopathology reporting. 2-nd Ed. ; 2006: 200—9.
4. Balch C.M. Cutaneous melanoma: prognosis and treatment results worldwide. Semin. Surg. Oncol. 1992; 8: 400—14.
5. Balch C.M., Soong S.J., Murad T.M. et al. A multifactorial analysis of melanoma: III. Prognostic factors in melanoma patients with lymph node metastases (stage II). Ann. Surg. 1981; 193: 377—88.
6. Batistatou A., Cook M.G., Massi D. Histopathology report of cutaneous melanoma and sentinel lymph node in Europe: a web-based survey by the Dermatopathology Working Group of the European Society of Pathology. Virchows Arch. 2009; 454(5): 505—11.
7. Buzaid A.C., Ross M.I., Balch C.M. et al. Critical analysis of the current American Joint Committee on Cancer staging system for cutaneous melanoma and proposal of a new staging system. J. Clin. Oncol. 1997; 15: 1039—51.
8. Carli P. et al. Campagna per la diagnosis precode del melanoma. Quanto e efficace lazione di "filtro" del medico di famiglia? G. Ital. Dermatol. Venereol. 1998; 133(6): 405—10.
9. Clark W.H., Elder D.E., Guerry D. et al. Model predicting survival in stage I melanoma based on tumor progression. J. Natl. Cancer Inst. 1989; 81: 1893—904.
10. Compton C.C., Barbill R., Wick M.R., Balch C. Protocol for the examination of specimen from patients with melanoma of the skin. Arch. Pathol. Lab. Med. 2003; 127: 1253—60.
11. Rivers J.K. Melanoma. Lancet. 1996; 347: 803—7.

## REFERENCES

1. Davydov M.I., Axel E.M. Cancer statistics in Russia and CIS countries in 2007. Bulletin of RCRC. NN Blokhin 2009; 20(3): 2 (in Russian).
2. Merabishvili V.M., Chepik O.F. Survival analysis and annual mortality patients with malignant melanoma of the skin at the population level. Problems of Oncology 2006; 52(4): 385—91 (in Russian).
3. Allen D.C. Histopathology Reporting Second Edition 2006: 200—9.
4. Balch C.M. Cutaneous melanoma: prognosis and treatment results worldwide. Semin. Surg. Oncol. 1992; 8: 400—14.
5. Balch C.M., Soong S.J., Murad T.M. et al. A multifactorial analysis of melanoma: III. Prognostic factors in melanoma patients with lymph node metastases (stage II). Ann. Surg. 1981; 193: 377—88.
6. Batistatou A., Cook M.G., Massi D. Histopathology report of cutaneous melanoma and sentinel lymph node in Europe: a web-based survey by the Dermatopathology Working Group of the European Society of Pathology. Virchows Arch. 2009; 454(5): 505—11.
7. Buzaid A.C., Ross M.I., Balch C.M. et al. Critical analysis of the current American Joint Committee on Cancer staging system for cutaneous melanoma and proposal of a new staging system. J. Clin. Oncol. 1997; 15: 1039—51.
8. Carli P. et al. Campagna per la diagnosis precode del melanoma. Quanto e efficace lazione di "filtro" del medico di famiglia? G. Ital. Dermatol. Venereol. 1998; 133(6): 405—10.
9. Clark W.H., Elder D.E., Guerry D. et al. Model predicting survival in stage I melanoma based on tumor progression. J. Natl. Cancer Inst. 1989; 81: 1893—904.
10. Compton C.C., Barbill R., Wick M.R., Balch C. Protocol for the examination of specimen from patients with melanoma of the skin. Arch. Pathol. Lab. Med. 2003; 127: 1253—60.
11. Rivers J.K. Melanoma. Lancet. 1996; 347: 803—7.

Поступила 28.02.13

## ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2013

УДК 616.441-006.04-055.5/7

М.Ю. Юкина, Е.А. Трошина, Д.Г. Бельцевич, П.О. Румянцев

## НАСЛЕДСТВЕННЫЙ МЕДУЛЛЯРНЫЙ РАК ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ, ДИАГНОСТИКА (часть I)

ФГБУ "Эндокринологический научный центр" Минздрава России, 117036, г. Москва

Медулярный рак щитовидной железы (МРЩЖ) составляет 2—8% злокачественных новообразований органа. МРЩЖ представлен главным образом спорадическим вариантом, однако 20—30% — это семейные случаи, причиной которых является герминальная точечная мутация гена RET с аутосомно-доминантным типом наследования. Имеются четкие генотип-фенотип-корреляции между локализацией RET-мутации (генотип) и возрастом манифестации опухоли, агрессивностью МРЩЖ, присутствием опухолей других эндокринных органов в составе синдромов множественной эндокринной неоплазии Па и Пб типов (фенотип). МРЩЖ считается опухолью с тенденцией к медленному росту, но рано метастазирующей. Регионарными метастазами чаще всего поражаются лимфатические узлы шеи и средостения, отдаленными — легкие, печень, кости. Кальцитонин — высокочувствительный биомаркер медулярной карциномы как первичной так и рецидива.

Ключевые слова: медулярный рак щитовидной железы, спорадический, наследственный, RET-мутация, кальцитонин.