

УДК 616-006.448:615.277.3015.46:616-092.4

*Т.Н. Солодянкина^{1,2}, В.И. Апанасевич²***ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ I СТАДИИ МЕЛАНОМЫ КОЖИ**¹Приморский краевой онкологический диспансер, Владивосток²Владивостокский государственный медицинский университет**Контактная информация:**

Солодянкина Татьяна Николаевна, врач-радиолог Приморского краевого онкологического диспансера, ассистент кафедры онкологии и лучевой терапии ГОУ ВПО.

Владивостокский государственный медицинский университет

адрес: Владивосток, проспект Острякова, 2; **тел.** +7(904)625-42-13**e-mail:** solotn@mail.ru

Статья поступила: 26.05.2009 г., принята к печати: 23.09.2009 г.

Резюме

Проведен анализ выживаемости пациентов с тонкими меланомами на основе данных канцер-регистра пациентов с I стадией, находящихся на диспансерном учете в Приморском краевом онкологическом диспансере с 1997 по 2005 гг. Оценивали правильность диагностики и соответствие гистологической и клинической стадии процесса. Неадекватное стадирование было выявлено в 53,7 % случаев.

Ключевые слова: меланома кожи, канцер-регистр, стадирование.*T.N. Solodyankina^{1,2}, V.I. Apanasevich²***THE PROBLEMS OF FALSE-POSITIVE DIAGNOSIS IN STAGE I MELANOMA**¹Regional Oncology Dispensary, Vladivostok²The Vladivostok State Medical University**Abstract**

We have analyzed the survival of patients with stage I of thin melanoma based on the cancer-register data treated at the Vladivostok Regional Oncology Dispensary from 1997 to 2005. We have evaluated the association of diagnosis with the histological and clinical stage of disease progression. 53,3 % of diagnosis were found as false diagnosis.

Key words: melanoma, cancer-register test, stage of disease.**Введение**

Рост заболеваемости и смертности от ЗНО является одной из глобальных мировых проблем. Прирост заболеваемости ЗНО всех локализаций в 1994–2003 гг. составляет 15,8 %. Несмотря на то, что заболеваемость меланомой составляет 4,8 на 100 000 населения, темп прироста очень высок – 47,1 % за 10 лет [2]. Меланома кожи составляет приблизительно 10 % от всех опухолей кожи, но на ее долю приходится до 80 % смертельных случаев от ЗНО этой локализации [1; 5]. Вероятность заболеть в течение жизни составляет до 1 % у белого населения [4]. Теоретически раннее обнаружение должно уменьшить заболеваемость и смертность, потому что эти образования относятся к визуальным локализациям; хорошо известны факторы риска, и тонкие опухоли коррелируют с хорошей 5-летней выживаемостью [3]. Однако, как свидетельствует статистика, несмотря на то, что меланома относится к визуальным локализациям, выявляется она, как правило, когда процесс носит уже распространенный характер на местном (уровень инвазии, толщина опухоли) или на системном (отдаленные метастазы) уровне. Это связано с низкой онкологической настороженностью врачей общей сети и с поздним обращением за медицинской помощью к специалистам. Цель исследования – анализ выживаемости пациентов с тонкими меланомами (T₁).

Материалы и методы

Произведен анализ данных канцер-регистра и амбулаторных карт у пациентов с I стадией, находя-

щихся на диспансером учете в Приморском краевом онкологическом диспансере с 1997 по 2005 г. На учет в этот период в ПКОД с I стадией меланомы было взято 90 человек. Нам удалось собрать сведения о состоянии 43 пациентов в течение 3 лет. Учитывалась общая и безрецидивная 3-летняя выживаемость. Анализировались данные о правильности стадирования на основании гистологического заключения. Оценивалась правильность диагностики и соответствия гистологической и клинической стадии процесса.

Результаты

В гистологическом заключении уровень инвазии оценен у всех 43 пациентов. Из них с истинно положительным диагнозом (то есть 1–3 уровень инвазии по Кларку и/или толщина опухоли по Бреслоу менее 1,5 мм) было 37. Ложно-положительных из них (т.е. тех, у кого уровень инвазии 4 и более и/или толщина опухоли больше 1,5 мм, но врачом выставлена I стадия) – 6 человек. Ложно-отрицательных (т.е. тех, у кого уровень инвазии и/или толщина опухоли соответствует I стадии, но отнесены они к другой стадии, и отсутствуют метастазы в лимфатических узлах) – 58 человек, из них статистической обработке для определения 3-летней выживаемости подлежат 37 человек (таблица, рис. 1; 2.). Как видно из таблицы и рис. 1, 3-летний рубеж пережили 36 из 37 пациентов, что составило 97,3±2,7 % от взятых на учет с истинно положительным диагнозом I стадии меланомы кожи. Эти больные не получали никакого дополнительного лечения кроме хирургического в соответствии со стандартами.

Таблица

Общая и безрецидивная выживаемость у пациентов с I стадией меланомы кожи

№	Название	Абс число	Безрецидивная выживаемость		Общая выживаемость	
			абс	%	абс	%
1	Истинно положительные	37	30	81,1±6,4	36	97,3±2,7
2	Ложно положительные	6	2	33,3±19,3	3	50,0±20,4
3	Ложно отрицательные	37	27	73,0±7,3	33	89,2±5,1

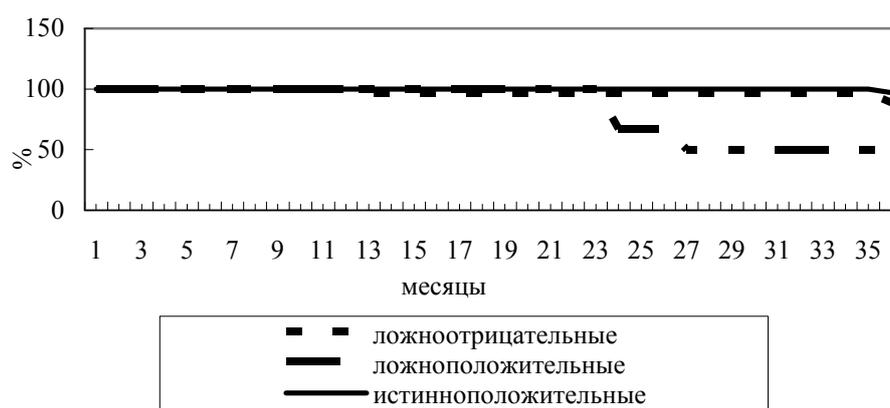


Рис. 1. Общая 3-летняя выживаемость больных с меланомой.

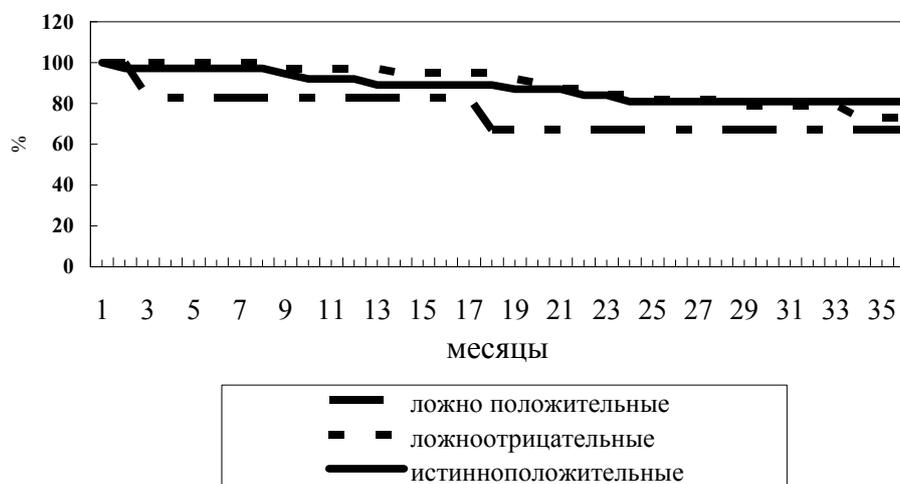


Рис. 2. 3-летняя безрецидивная выживаемость у больных с меланомой.

Литература

1. Демидов Л.В., Харкевич Г.Ю., Маркина И.Г. и др. Меланома и другие злокачественные новообразования кожи. – Энциклопедия клинической онкологии. – С. 123–134
2. Юдин С.В., Ткачева Е.Ф. Некоторый анализ онкоэпидемиологической ситуации в Приморском крае и финансовых ресурсов краевого онкологического диспансера // Вопросы диагностики и лечения злокачественных опухолей. – Материалы 7 Дальневосточной онкологической конференции, 2005. – С. 5–14.
3. Stolz W. Color Atlas of dermatoscopy, 2002. – 542 p.
4. Rhodes A. Risk factors for cutaneous melanoma. A practical method of recognizing predisposed individuals JAMA, 1987. – P. 213–215.
5. Koh H.K., Geller A.C., Miller D.R. et al. Who is being screened for melanoma/skin cancer? Characteristics of persons screened in Massachusetts // J. Am. Acad. Dermatol. – 1991. – Febc 24 (2 Pt 1). – P. 271–7.