

Главный редактор
В. М. Покровский
д.м.н., проф.,
ФГБОУ ВО КубГМУ им. С.Р.Ф.

Члены редколлегии:

И. Б. Зиболотских
д.м.н., проф.,
ФГБОУ ВО КубГМУ им. С.Р.Ф.
(Краснодар, Россия)

С. Г. Канорский
д.м.н., проф.,
ФГБОУ ВО КубГМУ им. С.Р.Ф.
(Краснодар, Россия)

А. Н. Курзанов
д.м.н., проф.,
ФГБОУ ВО КубГМУ им. С.Р.Ф.
(Краснодар, Россия)

И. И. Куценко
д.м.н., проф.,
ФГБОУ ВО КубГМУ им. С.Р.Ф.
(Краснодар, Россия)

В. А. Порханов
д.м.н., проф., акад. РАН,
ФГБОУ ВО КубГМУ им. С.Р.Ф.
(Краснодар, Россия)

Э. А. Почешкова
д.м.н., проф.,
ФГБОУ ВО КубГМУ им. С.Р.Ф.
(Краснодар, Россия)

А. Н. Редько
д.м.н., проф.,
ФГБОУ ВО КубГМУ им. С.Р.Ф.
(Краснодар, Россия)

Р. И. Сепиашвили
д.м.н., проф., чл.-корр. РАН,
акад. АН Грузии, РУДН
(Москва, Россия)

В. В. Скибицкий
д.м.н., проф.,
ФГБОУ ВО КубГМУ им. С.Р.Ф.
(Краснодар, Россия)

Фрэнк А. Червенок
проф.,
Корнельский университет
(Нью-Йорк, США)

Джан К. Ди Ренцо
проф.,
Университет Перуджи
(Перуджа, Италия)

Джованни Монни
проф.,
Госпиталь Misericordia
(Кальяри, Италия)

Олег Е. Освдчий
д.м.н., доц.,
Университет Ольборга
(Ольборг, Дания)

Филипп Б. Шёттле
проф., Мюнхенский
технический университет
(Мюнхен, Германия)

КУБАНСКИЙ НАУЧНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ВЕСТНИК '2018

том 25
№ 2

Журнал издаётся с 1920 г. Воссоздан в 1993 г.

СОДЕРЖАНИЕ

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

Алексеев И. В., Иванова Л. А.

Этиологическая структура и распространенность инфекций мочевыводящих путей у беременных с сахарным диабетом 1 типа 7

Афаунов А. А., Кузьменко А. В., Басанкин И. В., Агеев М. Ю.

Ортопедическая классификация посттравматических деформаций грудного и поясничного отделов позвоночника 16

Багдасарян Л. Ю., Пономарев В. В., Карахалис Л. Ю.,
Стебло Е. И., Пенжоян Г. А.

Факторы, влияющие на развитие полипов эндометрия 25

Безруков А. Г., Пономарев В. В., Пенжоян Г. А., Карахалис Л. Ю.,
Стебло Е. И., Донченко Е. А.

Причины бесплодия, ассоциированного с наружным генитальным эндометриозом и синдромом поликистозных яичников 29

Бейнарович С. В.

Исследование динамики состояния тревожности у пациентов с дислокациями суставных дисков височно-нижнечелюстных суставов и оценка эффективности ортопедического лечения этих пациентов 35

Бердников М. А., Антипов Н. В., Гульков Ю. К.

Новая экспериментальная патогенетически обоснованная модель варикоцеле 40

Бологов М. А., Пенжоян Г. А.

Исследование совокупности факторов, влияющих на развитие аномалий родовой деятельности 45

Бычкова Н. П., Скорикова Л. А., Доева Э. Т., Волков В. А.

Лечение хронического генерализованного пародонтита с применением бактериотоксической светотерапии и последующим хирургическим вмешательством с применением остеопластического материала Био-ген 52

Веревкин А. А., Славинский А. А., Космачева Е. Д., Ставенчук Т. В.

Экспрессия молекул клеточной адгезии и рецепторов комплемента в диагностике отторжения трансплантированного сердца 58

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МЕЛАНОМЫ КОЖИ И ВЫЖИВАЕМОСТЬ ОНКОБОЛЬНЫХ В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ

¹ Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Клинический онкологический диспансер №1» Министерства здравоохранения Краснодарского края, ул. Димитрова, д. 146, Краснодар, Россия, 350040.

² Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, ул. Седина, д. 4, Краснодар, Россия, 350063.

АННОТАЦИЯ

Цель. Оценить эффективность профилактической, диагностической и лечебной работы онкологической службы Краснодарского края проанализировать эпидемиологические особенности заболеваемости, смертности, показателей, отражающих диагностику (доля раннего выявления, запущенности) у пациентов с меланомой кожи за период 2007–2017 гг., и выживаемость онкобольных в Краснодарском крае за период 2007–2016 гг.

Материалы и методы. Объектом исследования явились больные с впервые выявленной меланомой кожи в Краснодарском крае за период 2007–2017 гг. С использованием автоматизированной информационно-аналитической системы Популяционный раковый регистр проведен анализ выживаемости 3961 случаев меланомы кожи, взятых на учет в 2007–2016 гг. Стандартизованные показатели заболеваемости и смертности вычислялись по принятому мировому стандарту с одинаковыми возрастными группировками. Статистическая обработка данных по изучаемым показателям проводилась с помощью прикладных пакетов статистических программ Statistica. Достоверность разности относительных показателей определялась по t критерию Стьюдента, уровень значимости был принят как $p < 0,05$.

Результаты. За период с 2007 по 2017 г. отмечается достоверная тенденция к росту заболеваемости меланомой кожи населения Краснодарского края. Заболеваемость меланомой кожи на территории Краснодарского края выше, чем в среднем по Российской Федерации, что может быть связано с наличием повышенного уровня инсоляции. За анализируемый период наблюдается снижение показателей запущенности. С увеличением стадии меланомы кожи показатели выживаемости как в целом среди всех заболевших, так и среди пациентов трудоспособного возраста снижаются. Наибольшими темпами показатели наблюдаемой и скорректированной выживаемости у пациентов с меланомой кожи снижаются в первые три года с момента установления диагноза. Показатели годичной наблюдаемой и скорректированной выживаемости мужчин трудоспособного возраста с меланомой кожи ниже, чем у женщин трудоспособного возраста. Показатели годичной наблюдаемой и скорректированной выживаемости женщин трудоспособного возраста с меланомой кожи выше, чем среди населения всех возрастных групп.

Заключение. Проведенное исследование показало высокий уровень ранней диагностики и качества проведенного лечения больным меланомой кожи в Краснодарском крае, так как отмечены положительные тенденции в показателях наблюдаемой и скорректированной выживаемости больных.

Ключевые слова: меланома кожи, выживаемость, ранняя диагностика.

Для цитирования: Шаров С.В., Мурашко Р.А., Тесленко Л.Г., Степанова Л.Л. Эпидемиологические особенности меланомы кожи и выживаемость онкобольных в Краснодарском крае. *Кубанский научный медицинский вестник*. 2018; 25(2): 140–148. DOI: 10.25207/1808-6228-2018-25-2-140-148

For citation: Sharov S.V., Murashko R.A., Teslenko L.G., Stepanova L.L. Epidemiological Features Of Melanoma Skin Cancer And Survival Of Oncology Patients in Krasnodar Region. *Kubanskij nauchnyj medicinskij vestnik*. 2018; 25(2): 140–148. (In Russ., English abstract). DOI: 10.25207/1808-6228-2018-25-2-140-148

S. V. SHAROV¹, R. A. MURASHKO^{1,2}, L. G. TESLENKO^{1,2}, L. L. STEPANOVA¹

EPIDEMIOLOGICAL FEATURES OF MELANOMA SKIN CANCER AND SURVIVAL OF ONCOLOGY PATIENTS IN KRASNODAR REGION

¹ State Budgetary Healthcare Institution "Clinical Oncology Center No. 1" of the Ministry of Healthcare of Krasnodar Region, Dimitrova str., 146, Krasnodar, Russia, 350040.

² Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Kuban State Medical University" of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Sedina str., 4, Krasnodar, Russia, 350063.

ABSTRACT

Aim. To assess the effectiveness of preventive, diagnostic and therapeutic work of the oncological service of Krasnodar Region, analyze the epidemiological features of morbidity, mortality, indicators reflecting the diagnosis (the proportion of early detection, neglect) in patients with melanoma skin cancer for the period 2007–2017, and the survival of cancer patients in Krasnodar Region for the period 2007–2016.

Materials and methods. Subjects of the study were patients with newly diagnosed melanoma skin cancer in Krasnodar Region for the period 2007–2017. Using an automated information and analytical system the Population Cancer Registry, survival of 3 961 patients with melanoma skin cancer for the period 2007–2016 was analyzed. Standardized rates of morbidity and mortality were calculated according to the accepted world standard with the same age groupings. Statistical processing of data according to the studied indicators was carried out using statistical software packages Statistica. The reliability of the difference in the relative indicators was determined by the t test of the Student, the significance level was adopted as $p < 0.05$.

Results. For the period from 2007 to 2017, there has been a significant trend towards an increase in the incidence of melanoma skin cancer of the population of Krasnodar Region. The incidence of melanoma skin cancer in Krasnodar Region is higher than the average for the Russian Federation, which may be due to the presence of an increased level of insolation. During the analyzed period there has been a decrease in the indicator of neglect. With the increase in the stage of melanoma skin cancer, the survival rates both in general among all the diseased and among patients of working age are decreasing. The highest rates of observed and adjusted survival in patients with melanoma skin cancer reduce in the first three years from the date of diagnosis. The indicators of the observed and corrected survival of men of working age with melanoma skin cancer are lower than in women of working age. The indicators of the observed and corrected survival of women of working age with melanoma skin cancer are higher than among the population of all age groups.

Conclusion. The study showed a high level of early diagnosis and quality of treatment for patients with melanoma skin cancer in the Krasnodar Region, as positive trends in the rates of observed and adjusted survival of patients were noted.

Keywords: melanoma skin cancer, survival, early diagnosis

Введение

Ранняя диагностика и эффективное лечение меланомы кожи (МК) остаются одной из актуальных проблем в Краснодарском крае (КК) в связи с сохраняющимся высоким уровнем заболеваемости и низким уровнем выживаемости при выявлении заболевания на поздних стадиях. Несмотря на визуальную доступность, выявление МК в I-II стадиях для специалистов общей лечебной сети, не обладающих соответствующим опытом, представляет трудную задачу. При обращении в неспециализированные лечебные учреждения правильный диагноз ставят лишь в 25% случаев, то есть у каждого четвертого больного.

Конечным показателем всей лечебной, диагностической и организационной работы, проводимой в онкологии, является показатель выживаемости, который более точно определяет степень эффективности всех противораковых мероприятий, чем смертность от онкологических заболеваний и показатель одногодичной летальности [1].

Цель исследования: оценить эффективность профилактической, диагностической и лечебной работы онкологической службы Краснодарского края проанализировать особенности заболеваемости, смертности, показателей, отражающих диагностику (доля ранних стадий, запущенность) у пациентов с меланомой кожи за период 2007–2017 гг., и выживаемость онкобольных в Краснодарском крае, выявленных за период 2007–2016 гг.

Материалы и методы

Объектом исследования явились больные с впервые выявленной МК в КК за период 2007–

2017 гг. Статистический анализ полученных в ходе исследования данных заключался в расчете прямых и стандартизованных показателей заболеваемости и смертности, показателей частоты диагностики I-II (ранняя выявляемость) и III-IV стадий (запущенность) МК. При применении прямого метода вычисления показателей заболеваемости и смертности на 100 тысяч всего населения и отдельно мужского и женского, расчет проводился на среднегодовое население. Стандартизованный по возрасту показатель – это теоретический показатель, который может быть получен при использовании наблюдаемых возрастных показателей среди специальной группы населения, называемой стандартным населением. Стандартизованные показатели заболеваемости и смертности вычислялись по принятому мировому стандарту с одинаковыми возрастными группировками. В Государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Клинический онкологический диспансер №1» министерства здравоохранения Краснодарского края (ГБУЗ КОД №1) на основе пакета программ, разработанных отделом противораковой борьбы НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова (г. Санкт-Петербург), формируется электронная база данных о больных злокачественными новообразованиями (ЗНО) – Популяционный раковый регистр (ПРР). С использованием автоматизированной информационно-аналитической системы ПРР КК проведен анализ выживаемости 3961 случаев МК, выявленных за период 2007–2016 гг.

По данным автоматизированной информационно-аналитической системы ПРР был проведен расчет выживаемости (по состоянию на

**Динамика заболеваемости меланомой кожи в Краснодарском крае
и Российской Федерации в 2007–2017 гг. (на 100 тысяч населения)**

The dynamics of the incidence of melanoma skin cancer in the Krasnodar Region
and the Russian Federation in 2007–2017 (per 100 thousand of the population)

Показатели / годы	2007	2009	2011	2013	2015	2017	% прироста к 2007 г.
<i>Российская Федерация</i>							
Заболеваемость (грубые показатели):	5,4	5,7	6,1	6,3	7,0	7,1*	+31,5%
- мужчины	4,4	4,6	5,0	5,1	5,9	6,0*	+36,4%
- женщины	6,4	6,5	7,0	7,3	8,0	8,1*	+26,6%
Заболеваемость (стандартизованные показатели, мировой стандарт):	3,8	3,8	4,0	4,0	4,4	4,5*	+18,4%
- мужчины	3,5	3,6	3,8	3,8	4,2	4,3*	+22,6%
- женщины	4,1	4,0	4,2	4,3	4,6	4,7*	+14,6%
<i>Краснодарский край</i>							
Заболеваемость (грубые показатели):	6,9	6,7	8,2	8,0	10,2	9,9**	+43,5
- мужчины	5,9	5,2	6,2	7,1	9,0	8,9**	+50,8%
- женщины	7,8	8,1	9,9	8,8	11,2	10,7**	+37,2%
Заболеваемость (стандартизованные показатели, мировой стандарт):	4,8	4,6	5,4	5,0	6,3	5,5	+14,6%
- мужчины	4,5	4,0	4,5	4,9	6,1	5,4	+20%
- женщины	5,1	5,2	6,2	5,2	6,6	5,8	+13,7%

Примечание: * – данные по РФ за 2016 г., ** – расчет проведен на население на 01.01.2017.

Таблица 2 / Table 2

**Динамика смертности от меланомы кожи в Краснодарском крае
и Российской Федерации в 2007–2017 гг. (на 100 тысяч населения)**

The dynamics of mortality from melanoma skin cancer in the Krasnodar Region
and the Russian Federation in 2007–2017 (per 100 thousand of the population)

Показатели / годы	2007	2009	2011	2013	2015	2017	% прироста /убыли к 2007 г.
<i>Российская Федерация</i>							
Смертность (грубые показатели):	2,2	2,3	2,4	2,4	2,5	2,5*	+13,6%
- мужчины	2,2	2,4	2,4	2,4	2,5	2,5*	+13,6%
- женщины	2,3	2,3	2,4	2,4	2,6	2,5*	+8,7%
Смертность (стандартизованные показатели, мировой стандарт):	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5*	0
- мужчины	1,7	1,8	1,8	1,8	1,7	1,8*	+5,9%
- женщины	1,3	1,3	1,3	1,3	1,4	1,3*	0
<i>Краснодарский край</i>							
Смертность (грубые показатели):	2,3	2,4	2,6	2,4	2,7	2,3**	0
- мужчины	2,1	2,1	2,4	2,4	3,0	2,3**	+9,5%
- женщины	2,5	2,6	2,5	2,3	2,5	2,4**	-4%
Смертность (стандартизованные показатели, мировой стандарт):	1,5	1,5	1,7	1,5	1,6	1,5	0
- мужчины	1,5	1,5	1,7	1,7	2,1	1,7	+13,3%
- женщины	1,6	1,5	1,4	1,3	1,3	1,4	-12,5%

Примечание: * – данные по РФ за 2016 г., ** – расчет проведен на население на 01.01.2017.

**Динамика распределения впервые выявленной меланомы кожи
в Краснодарском крае и Российской Федерации по стадиям в 2007-2017 гг.
(на 100 тысяч населения)**

The dynamics of distribution of newly diagnosed melanoma skin cancer
in the Krasnodar Region and the Russian Federation by stages in 2007-2017
(per 100 thousand of the population)

Стадии/годы	2007	2009	2011	2013	2015	2017	% прироста /убыли к 2007 г.
<i>Российская Федерация</i>							
I-II	68,2	68,6	71,3	73,1	76,8	79,1*	+16%
III	19,6	19,0	16,8	15,0	12,8	11,0*	-43,9%
IV	9,5	9,6	9,0	8,8	8,5	7,9*	-16,8%
<i>Краснодарский край</i>							
I-II	81,1	81,0	77,8	83,3	79,8	87,5	+7,05%
III	10,1	8,0	7,3	5,4	13,2	7,6	-24,8%
IV	8,9	11,0	14,4	11,1	7,0	4,9	-44,9%

Примечание: * – данные по РФ за 2016 г.

01.01.2018 г.). Выживаемость – это доля пациентов, живых на конец определенного периода, от числа пациентов, живых на начальную дату наблюдения. Соответственно достоверная однолетняя выживаемость пациентов с МК, взятых на учет в 2007 г. оценивалась по окончании 2008 г., достоверная десятилетняя – по окончании 2017 г., и так далее. Достоверная однолетняя выживаемость пациентов, взятых на учет в 2016 г., оценивалась по окончании последующего календарного года (2017 г.).

Наблюдаемый показатель выживаемости (НВ) учитывает все случаи смерти, независимо от причины. Скорректированная выживаемость (СВ) учитывает случаи смерти больных, умерших только от онкологического заболевания, и отражает динамику летальности при ЗНО лишь в исследуемой конкретной группе пациентов.

Статистическая обработка данных по изучаемым показателям проводилась с помощью прикладных пакетов статистических программ Statistica. Достоверность разности относительных показателей определялась по t критерию Стьюдента, уровень значимости был принят как $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Рост заболеваемости МК отмечен многими российскими и зарубежными исследователями [2], такая тенденция наблюдается повсеместно в мире. Среди европейских стран наибольшей заболеваемостью МК отличается Скандинавия (среди мужчин – 19,0 в Норвегии и 14,4 в Дании, на 100 тысяч мужчин, среди женщин – 19,0 в Норвегии и 22,1 в Дании, на 100 тысяч женщин, Globocan 2012 год).

В Российской Федерации (РФ), по данным А.Д. Каприна с соавторами, ежегодно МК заболевают свыше 10 тысяч человек и более 3600 человек умирают от нее. В 2016 году в РФ в структуре онкозаболеваемости доля МК у мужчин состави-

ла 1,5%, у женщин – 2,0%. По сравнению с 2007 годом (1,2% и 1,9% соответственно) эти цифры возросли на 25,0% у мужчин и 5,3% у женщин. В России темп прироста «грубого» показателя заболеваемости МК с 2007 по 2016 гг. составил 31,5%, стандартизованного показателя заболеваемости – 18,4% (табл. 1) [3, 4, 5, 6, 7, 8]. В КК в 2007-2017 гг. также наблюдается увеличение численности заболевших и показателей заболеваемости населения МК. В 2017 г. впервые выявлен в крае 551 случай МК. Показатели как «грубой», так и стандартизованной заболеваемости МК в КК выше, чем в целом по России.

С 2007 по 2017 гг. стандартизованный показатель заболеваемости МК увеличился как среди всего населения в целом (на 14,6%), так и среди мужского (на 20%) и женского населения женщин (на 13,7%). Среднегодовой темп прироста заболеваемости (стандартизованные показатели, мировой стандарт) данной опухолью в КК за рассматриваемый временной период составляет 1,6%.

Среди всех ЗНО кожи МК занимает особое место: составляя структурно 12,2% от всех форм онкопатологии кожи, она ответственна за 70% смертей, приходящихся на группу ЗНО кожи. Причина этого феномена заключается в том, что в отличие от базальноклеточного и плоскоклеточного рака кожи МК в значительно большей степени представляет собой агрессивную злокачественную опухоль, для которой характерны не только местный рецидив или появление регионарных лимфогенных метастазов, но и развитие отдаленных метастазов в различных тканях и внутренних органах. В 2017 году в структуре смертности от ЗНО доля МК составила 1,2%.

В Краснодарском крае в 2017 г. абсолютное число умерших от МК составило 130 человек. За период 2007–2017 гг. отмечается стабилизация как грубого, так и стандартизованного показателя

смертности (табл. 2) от МК среди населения края с тенденцией к росту в 2015 г. При этом как грубый, так и стандартизованный показатель смертности у мужчин увеличился (соответственно на 9,5% и 13,3%), а у женщин, наоборот, снизился (на 4% и 12,5% соответственно).

В 2017 г. у 87,5% пациентов выявлена I-II стадия, у 7,6% – III и у 4,9% – IV стадия заболевания. Показатель запущенности является одним из основных критериев оценки диагностического компонента помощи онкологическим больным в учреждениях общей лечебной сети. Он особенно актуален для МК – локализации, относящейся к визуально обозримым опухолям. Доля больных с МК, выявленной в запущенных стадиях (для МК такими считаются III-IV стадии), снизилась в 2017 г. по сравнению с 2007 г. на 34% (с 19,0% до 12,5%). Соответственно доля МК, выявленной в ранних (I-II) стадиях, увеличилась на 8% (с 81,1% до 87,5%). По Российской Федерации отмечаются аналогичные тенденции: снижение доли запущенных случаев и улучшение ранней выявляемости патологии (табл. 3).

Позитивная динамика показателей диагностики МК связана с реализацией в КК в течение последних лет целого ряда мероприятий в рамках профилактического проекта министерства здравоохранения Краснодарского края «Кубань против рака», направленного на раннюю диагностику онкозаболеваний, в том числе ЗНО кожи (выездные акции, дни открытых дверей). Цель данных мероприятий – ранняя диагностика предопухолевых заболеваний и своевременная диагностика злокачественных новообразований на ранних стадиях. Ежемесячно осуществляются выезды

врачей-онкологов в муниципальные образования края, в том числе и врачей-дерматоонкологов. В онкологических диспансерах края несколько раз в год проводятся дни открытых дверей с участием врачей онкологов разных направлений, в том числе и тематические «Дни диагностики злокачественных новообразований кожи» при участии врачей – дерматоонкологов. Помимо этого, проводятся масштабные онкопрофилактические акции «Недели мужского и женского здоровья» и «Онкодиагностика в отдаленные населенные пункты». Только за 2017 год в рамках всех онкопрофилактических акций было обследовано более 151 тысячи населения, злокачественные новообразования диагностированы у 934 пациентов, из них у 28 человек – МК. Показатель активной диагностики МК врачами всех специальностей и средними медицинскими работниками (при профилактических акциях, в смотровых кабинетах поликлиник, при целевых медицинских осмотрах, диспансеризации отдельных групп взрослого населения) составил в крае в 2017 году – 33,9% (для сравнения РФ 2016 год – 25,8%), увеличившись с 2007 года (в крае 6,2%, РФ – 10,2%). При этом доля пациентов, выявленных при профилактических мероприятиях с ранними (I-II) стадиями МК, увеличилась с 71,4% в 2007 г. до 87,5% в 2017 г. Это свидетельствует о необходимости активной профилактической и диагностической деятельности среди населения с целью увеличения процента диагностики заболеваний в ранних стадиях развития опухолевого процесса.

В то же время больший прирост «грубого» показателя заболеваемости в сравнении со стандартизованным отражает тенденцию к «постарению»

Таблица 4 / Table 4

Показатели наблюдаемой (НВ) и скорректированной (СВ) выживаемости больных меланомой кожи I стадии опухолевого процесса в Краснодарском крае (БД ПРР КК, %)

The parameters of the observed (OS) and corrected (CS) survival of melanoma skin cancer patients with the I stage in the Krasnodar Region (DB PRD KK, %)

Годы наблюдения		2007				2016			
Пол		мужчины		женщины		мужчины		женщины	
Выживаемость		Наблюдаемая	Скорректированная	Наблюдаемая	Скорректированная	Наблюдаемая	Скорректированная	Наблюдаемая	Скорректированная
Период наблюдения (годы)	1	95,8±2,0	95,8±2,0	96,8±1,9	97,3±1,8	97,3±1,8	98,4±1,9	97,7±1,8	98,5±1,9
	2	88,3±3,1	90,0±3,0	95,2±2,0	95,7±1,9	97,3±1,8	98,4±1,9	–	–
	3	86,7±3,3	87,5±3,4	94,1±2,1	94,1±2,1	–	–	–	–
	4	85,0±3,6	85,8±3,7	93,1±2,3	93,6±2,1	–	–	–	–
	5	83,3±3,7	85,8±3,7	89,9±2,6	90,4±2,3	–	–	–	–
	6	81,7±3,8	85,0±3,9	87,8±2,8	88,3±2,5	–	–	–	–
	7	79,2±3,9	83,3±3,7	86,7±2,9	87,2±2,7	–	–	–	–
	8	79,2±4,0	83,3±3,7	86,2±3,1	86,7±2,9	–	–	–	–
	9	77,5±4,0	81,7±3,8	84,0±3,3	84,6±3,0	–	–	–	–
	10	75,8±4,1	80,8±4,2	83,5±3,5	84,0±3,3	–	–	–	–

**Показатели наблюдаемой (НВ) и скорректированной (СВ) выживаемости
больных меланомой кожи II стадии опухолевого процесса
в Краснодарском крае (БД ПРР КК, %)**

The parameters of the observed (OS) and corrected (CS) survival of melanoma skin cancer patients with the II stage in the Krasnodar Region (DB PRD KK, %).

Годы наблюдения		2007				2016			
Пол		мужчины		женщины		мужчины		женщины	
Выживаемость		Наблюдаемая	Скорректированная	Наблюдаемая	Скорректированная	Наблюдаемая	Скорректированная	Наблюдаемая	Скорректированная
Период наблюдения (годы)	1	82,0±2,5	91,8±2,6	96,1±2,6	98,1±2,8	90,8±2,2	93,9±2,3	92,0±2,1	92,0±2,1
	2	80,3±2,7	80,3±2,7	94,2±2,7	96,1±2,9	—	—	—	—
	3	78,7±2,9	80,3±3,0	87,5±2,8	89,4±3,0	—	—	—	—
	4	75,4±3,2	78,7±3,3	85,6±2,8	88,5±3,1	—	—	—	—
	5	70,5±3,4	72,1±3,5	80,8±3,1	81,7±3,1	—	—	—	—
	6	67,2±3,5	70,5±3,7	74,0±3,5	78,8±3,3	—	—	—	—
	7	63,9±3,6	65,6±3,7	72,1±3,7	77,9±3,5	—	—	—	—
	8	62,3±3,9	63,9±3,9	70,2±3,9	72,1±3,7	—	—	—	—
	9	57,4±4,0	62,3±4,2	69,2±4,0	69,2±4,5	—	—	—	—
	10	54,1±4,1	57,4±4,3	67,3±4,2	67,3±4,8	—	—	—	—

населения с увеличением риска развития ЗНО кожи в старших возрастных группах. Это подтверждается и повышением среди впервые заболевших МК доли лиц старше трудоспособного возраста (в 2007 г. – 49,9%, в 2017 г. – 61,1%). Окончание трудовой деятельности в связи с выходом на пенсию зачастую приводит к выпадению гражданина из системы регулярных медицинских осмотров, переход его в так называемую группу «неорганизованного» населения. Развитие либо обострение хронических заболеваний внутренних органов у лиц пожилого и старческого возраста приводит к увеличению кратности посещения им лечебных учреждений, становится актуальной организация онкопрофилактических (скрининговых) осмотров в первичных медицинских организациях. В КК в амбулаторно-поликлинической сети базой для проведения осмотров с целью ранней диагностики ЗНО и предопухолевых заболеваний кожи являются смотровые кабинеты. Пациенты с подозрением на онкопатологию направляются к врачу-онкологу. Также в раннем выявлении МК ведущая роль принадлежит врачам-дерматоневрологам. На фоне предшествующих пигментных невусов развивается около 50% МК. Каждое пигментное образование у людей старше 30 лет должно обследоваться как подозрительное на меланому. При медицинском осмотре все пигментные новообразования кожи осматриваются по одной из общепринятых систем (правила ABCD, ФИГАРО и др.). Обязательными методами для диагностики МК являются: физикальный осмотр, дерматоскопия, рентгенография органов грудной клетки, УЗИ всех групп лимфоузлов, морфологическая верификация.

При ранних формах МК, когда кожный рисунок

над опухолью не изменен, волосистой покров сохранен, опухоль симметрична, не всегда разнообразна по окраске и характеризуется неправильностью границ, или при наличии на поверхности кожи множественных диспластических невусов в ГБУЗ КОД №1 применяется эпидиоскопическая дерматоскопия. При использовании любого хирургического метода лечения (в том числе электрокоагуляции, лазерной вапоризации и криодеструкции) при пигментных образованиях кожи и слизистых оболочек обязательно гистологическое исследование удаленных тканей.

Прогноз при МК серьезен и зависит, прежде всего, от стадии заболевания, формы роста и локализации опухоли [9, 10]. По данным ПРР КК показатель 10-летней НВ больных с МК, взятых на учет в 2007 г., составил 53,6±2,5%, при I стадии заболевания – 81,8±4,1%, при II – 61,4±4,2%, при III – 22,3±7,2%, а при IV стадии – 6,9±7,0%.

Существуют достоверные отличия ($p < 0,05$) показателя СВ при различных стадиях заболевания. С увеличением стадии МК показатели выживаемости снижаются. Чем большую давность имеет заболевание, тем ниже уровень как наблюдаемой, так и скорректированной выживаемости, при этом наибольшими темпами снижение выживаемости происходит в первые три года от момента установления заболевания. Так, скорректированная выживаемость за первый трехлетний период наблюдения снижается на 15-17%, а за последующий трехлетний интервал – на 3-4%.

Показатель однолетней НВ вырос за последнее 10-летие с учетом всех стадий. Однако, если анализировать данные при I, II, III стадиях заболевания отдельно для мужчин и женщин, то наблюдаются различия в динамике значения

**Показатели наблюдаемой (НВ) и скорректированной (СВ) выживаемости
больных меланомой кожи III стадии опухолевого процесса
в Краснодарском крае (БД РРР КК, %)**

The parameters of the observed (OS) and corrected (CS) survival of melanoma
skin cancer patients with the III stage in the Krasnodar Region (DB PRD KK, %)

Годы наблюдения		2007				2016			
Пол		мужчины		женщины		мужчины		женщины	
Выживаемость		Наблю- даемая	Скорректи- рованная	Наблю- даемая	Скорректи- рованная	Наблю- даемая	Скорректи- рованная	Наблю- даемая	Скорректи- рованная
Период наблюдения (годы)	1	62,5±7,2	68,8±7,3	73,3±7,0	80,0±7,1	60,7±6,5	64,3±7,1	75,0±6,7	81,3±7,4
	2	56,3±7,0	62,5±7,2	66,7±7,4	73,3±7,0	—	—	—	—
	3	56,3±7,0	62,5±7,2	66,7±7,4	73,3±7,0	—	—	—	—
	4	50,0±7,1	56,3±7,5	60,0±7,2	66,7±7,4	—	—	—	—
	5	43,8±7,2	50,0±7,1	60,0±7,2	66,7±7,4	—	—	—	—
	6	31,2±7,3	31,2±7,3	53,3±7,5	60,0±7,2	—	—	—	—
	7	31,2±7,3	31,2±7,3	46,7±7,7	46,7±7,7	—	—	—	—
	8	31,2±7,3	31,2±7,3	40,0±8,0	46,7±7,7	—	—	—	—
	9	25,0±7,1	25,0±7,1	33,3±7,9	33,3±7,9	—	—	—	—
	10	18,8±7,0	18,8±7,1	26,7±7,4	33,3±7,9	—	—	—	—

анализируемых показателей (для пациентов с диагнозом, установленным в 2007 г. и 2016 г. соответственно: при I стадии – 95,8±2,0% у мужчин, 96,8±1,8% у женщин в 2007 г., и 97,3±1,8% у мужчин, 97,7±1,8% у женщин в 2016 г., со II стадией – 82,0±2,5% у мужчин, 96,1±2,6% у женщин в 2007 г., и 90,8±2,2% у мужчин, 92,0±2,1% у женщин в 2016 г., с III – 62,5±7,2% у мужчин, 73,3±7,0% у женщин в 2007 г., и 60,7±6,5% у мужчин, 75,0±6,7% у женщин в 2016 г.).

Показатель однолетней НВ достоверно выше (соответственно на 1,6% у мужчин и 0,9% у женщин) у пациентов, взятых на учет с МК I стадии в 2016 г. в сравнении со взятыми на учет в 2007 г. Усредненный показатель однолетней НВ пациентов с МК I стадии составил 96,0% среди мужчин и 97,0% среди женщин.

Показатель однолетней НВ достоверно выше у мужчин на 10,7%, взятых на учет с МК II стадии в 2016 г. в сравнении со взятыми на учет в 2007 г. У женщин отмечается снижение однолетней НВ – на 4,3%. Усредненный показатель однолетней НВ пациентов с МК II стадии составил 86,0% среди мужчин и 94,0% среди женщин.

Показатель однолетней НВ среди пациентов, взятых на учет с МК III стадии в 2016 г., достоверно выше у женщин, взятых на учет с в 2007 г., на 2,3%. У мужчин, наоборот, показатель однолетней НВ снижается с 2007 по 2016 гг. на 2,9%. Усредненный показатель однолетней НВ пациентов с МК III стадии составил 61,0% среди мужчин и 74,0% среди женщин.

Десятилетняя СВ при МК, взятых на учет в 2007 г., несколько выше (при I стадии: НВ 75,8±4,1% у мужчин, 83,5±3,5% у женщин, СВ 80,8±4,2% у мужчин, 84,0±3,3% у женщин, со II стадией НВ 54,1±4,1% у мужчин, 67,3±4,2% у жен-

щин, СВ 57,4±4,3% у мужчин, 67,3±4,8% у женщин, с III – НВ 26,7±7,4% и СВ 33,3±7,9% у женщин), чем наблюдаемая (при I-II стадиях обоих полов и III стадии у женщин), что связано с устранением при расчете влиянием неонкологических причин, которые учитываются при оценке НВ.

Высокую социальную значимость имеет проблема изучения выживаемости у пациентов трудоспособного возраста (ТВ). У лиц трудоспособного возраста также отмечается зависимость показателя СВ от стадии заболевания. Максимальная (100%) однолетняя выживаемость отмечается у лиц с I стадии заболевания (независимо от пола), минимальная (14-20%) у лиц с IV стадией. Чем выше стадия заболевания, тем показатели и 5-летней, и 10-летней как наблюдаемой, так и скорректированной выживаемости ниже. Исключение составили мужчины ТВ, поставленные на учет с МК в 2007 г. У них пятилетняя и десятилетняя выживаемость в III стадии оказалась ниже, чем у пациентов в IV стадии, что связано с высокой смертностью пациентов с III стадией в первые два года от момента выявления заболевания, и может быть связано с неправильной оценкой распространенности процесса, и соответственно стадированием заболевания.

У пациенток ТВ показатели как НВ, так и СВ при МК (всех стадий) при сопоставимых рассматриваемых периодах наблюдения выше, чем среди всей когорты пациентов с данной патологии. Отмечены достоверные более высокие показатели как НВ, а в ряде случаев и СВ за 1-й, 2-й, 3-й, 4-й, 5-й, 6-й, 7-й годы наблюдения у женщин ТВ с МК (все стадии) в сравнении со всеми пациентами с МК (все стадии), начиная с 2009 г. как года установления диагноза. При этом при сравнении выживаемости по стадиям при общих более высоких показателях

**Показатели наблюдаемой (НВ) и скорректированной (СВ) выживаемости
больных меланомой кожи IV стадии опухолевого процесса
в Краснодарском крае (БД ПРР КК, %)**

The parameters of the observed (OS) and corrected (CS) survival of melanoma skin cancer patients with the IV stage in the Krasnodar Region (DB PRD KK, %)

Годы наблюдения		2007				2016			
Пол		мужчины		женщины		мужчины		женщины	
Выживаемость		Наблюдаемая	Скорректированная	Наблюдаемая	Скорректированная	Наблюдаемая	Скорректированная	Наблюдаемая	Скорректированная
Период наблюдения (годы)	1	33,3±8,7	33,3±8,7	35,7±8,9	35,7±9,0	21,4±6,5	21,4±10,7	25,0±6,7	33,3±11,2
	2	20,0±7,9	20,0±7,9	21,4±8,1	21,4±8,1	—	—	—	—
	3	20,0±7,9	20,0±7,9	21,4±8,1	21,4±8,1	—	—	—	—
	4	20,0±7,9	20,0±7,9	21,4±8,1	21,4±8,1	—	—	—	—
	5	6,7±7,1	6,7±7,1	14,3±7,4	14,3±7,4	—	—	—	—
	6	6,7±7,1	6,7±7,1	14,3±7,4	14,3±7,4	—	—	—	—
	7	6,7±7,1	6,7±7,1	14,3±7,4	14,3±7,4	—	—	—	—
	8	6,7±7,1	6,7±7,1	14,3±7,4	14,3±7,4	—	—	—	—
	9	6,7±7,1	6,7±7,1	7,1±6,9	7,1±6,9	—	—	—	—
	10	6,7±7,1	6,7±7,1	7,1±6,9	7,1±6,9	—	—	—	—

у женщин в ТВ, достоверные отличия имеются только по отдельным стадиям и годам установления диагноза. Причины таких изолированных отличий требуют более детального анализа, который не входил в задачи данного исследования. У мужчин ТВ с МК как в ранних, так и запущенных стадиях показатель существенно не отличается от соответствующих показателя выживаемости всех пациентов в целом. В тоже время отмечены достоверно более низкие показатели как НВ, а в ряде случаев и СВ за 1-й, 2-й, 3-й, 4-й, 5-й, 6-й, 7-й годы наблюдения у мужчин ТВ с МК (все стадии) в сравнении со женщинами с МК (все стадии).

Десятилетняя НВ в целом у женщин ТВ была на 7-8% выше, чем у мужчин трудоспособного возраста, что связано с более высокой долей пациентов, выявленных на ранних стадиях (I-II) среди женщин (81%), чем среди мужчин (68,8%). При всех стадиях заболевания (за исключением IV) у лиц ТВ пятилетняя и десятилетняя выживаемость была также выше у женщин, чем у мужчин. Таким образом, женский пол, возраст выявления заболевания (менее 55 лет) и ранняя (I и II) стадия могут служить факторами более благоприятного прогноза по выживаемости.

Заключение

1. За период с 2007 по 2017 г. отмечается достоверная тенденция к росту заболеваемости МК населения КК.
2. Заболеваемость МК на территории КК выше, чем в среднем по Российской Федерации, что может быть связано с наличием повышенного уровня инсоляции.
3. Снижение показателей запущенности и увеличение ранней выявляемости свидетельствует о

повышении эффективности мероприятий по борьбе с МК и улучшении качества ранней диагностики заболевания.

4. С увеличением стадии МК показатели выживаемости по аналогичным периодам наблюдения (в годах от момента установления диагноза) как в целом среди всех заболевших, так и среди пациентов трудоспособного возраста снижаются.

5. Показатели годичной наблюдаемой и скорректированной выживаемости мужчин трудоспособного возраста с МК ниже, чем у женщин трудоспособного возраста с данным онкозаболеванием.

6. Показатели годичной наблюдаемой и скорректированной выживаемости женщин трудоспособного возраста с МК выше, чем среди населения с МК обоих полов всех возрастных групп.

7. Необходимо дальнейшее совершенствование профилактики и ранней диагностики МК путем повышения квалификации и создания соответствующей мотивирующей основы для специалистов общей лечебной сети и врачей дерматовенерологов, активизации онкопрофилактических (скрининговых) осмотров в первичных медицинских организациях, особенно неорганизованной части населения.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Мерабишвили В.М. Онкологическая статистика (традиционные методы, новые информационные технологии): Руководство для врачей. СПб.: ООО «Издательско-полиграфическая компания «КОСТА», 2011, ч. II [Merabishvili V.M. *Oncological statistics (traditional methods, new information technologies): A guide for doctors*. SPb.: ООО "Publishing and Printing Company" COSTA, 2011, Part II].
2. Гарин А.М., Базин И.С. Заболеваемость, смертность, отдаленные результаты и последствия лечения онкологических

больных в разных странах мира. Российский онкологический журнал. 2016; 21(1-2): 11-17. [Garin A.M., Bazin I.S. Morbidity, mortality, long-term results and consequences of treatment of cancer patients in different countries of the world. *Russian Oncological Journal*. 2016; 21(1-2): 11-17.].

3. Злокачественные новообразования в России в 2007 году (заболеваемость и смертность). Под ред. В.И. Чиссова, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. М.: ФГУ «МНИОИ им. П.А. Герцена Росмедтехнологий»; 2009. 244 с. [Malignant neoplasms in Russia in 2007 (morbidity and mortality). Ed. by Chissov, V.I. Starinsky, V.V., Petrova G.V. Moscow: FGU "MNIO named after P.A. Herzen Rosmedtechnology"; 2009. 244 p.].

4. Злокачественные новообразования в России в 2009 году (заболеваемость и смертность). Под ред. В.И. Чиссова, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. М.: ФГУ «МНИОИ им. П.А. Герцена Росмедтехнологий»; 2011. 260 с. [Malignant neoplasms in Russia in 2009 (morbidity and mortality). Ed. by Chissov, V.I. Starinsky, V.V., Petrova G.V. – Moscow: FGU "MNIO named after P.A. Herzen Rosmedtechnology"; 2011. 260 p.].

5. Злокачественные новообразования в России в 2011 году (заболеваемость и смертность). Под ред. В.И. Чиссова, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. М.: ФГБУ «МНИОИ им. П.А. Герцена» Минздрава России; 2013. 289 с. [Malignant neoplasms in Russia in 2011 (morbidity and mortality). Ed. by Chissov, V.I. Starinsky, V.V., Petrova G.V. Moscow: FGBU "MNIOI named after P.A. Herzen of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation"; 2013. 289 p.].

6. Злокачественные новообразования в России в 2013 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. 250 с. [Malignant neoplasms in Russia in 2013 (morbidity and mortality). Ed. by O.V. Kaprin, V.V. Starinsky, G.V. Petrova. Moscow: MNIOI named after P.A. Herzen, branch of the NWIRTC of the Ministry of Healthcare of

the Russian Federation, 2015. 250 p.].

7. Злокачественные новообразования в России в 2015 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, 2016 г. 250 с. [Malignant neoplasms in Russia in 2015 (morbidity and mortality). Ed. by Kaprin, O.V. Starinsky, V.V., Petrova G.V. Moscow: MNIOI named after P.A. Herzen, branch of the NWIRTC of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, 2016. 250 p.].

8. 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, 2018 г. 250 с. [Malignant neoplasms in Russia in 2016 (morbidity and mortality). Ed. by Kaprin, O.V., Starinsky, V.V., Petrova G.V. Moscow: MNIOI named after P.A. Herzen, branch of the NWIRTC of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, 2018. 250 p.].

9. Гилязутдинов И.А. Злокачественные опухоли мягких тканей и меланома кожи/ И.А. Гилязутдинов, Р.Ш. Хасанов, И.Р.Сафин, В.Н.Моисеев. М., Практическая медицина; 2010. 203 с. [Gilyazutdinov I.A. Malignant soft tissue tumors and melanoma skin cancer. I.A. Gilyazutdinov, R.Sh. Khasanov, I.R. Safin, V.N. Moiseev. Moscow: Practical medicine; 2010. 203 p.].

10. Демидов Л.В., Булавина И.С., Гладков О.А., Зинкевич М.В., Марочко А.Ю., Новик А.В. и соавт. Практические рекомендации по лекарственному лечению меланомы кожи. Злокачественные опухоли. 2015; 4(специальный выпуск): 162-170. [Demidov L.V., Bulavina I.S., Gladkov O.A., Zinkevich M.V., Marochko A.Yu., Novik A.V. et al. Practical recommendations on the medicinal treatment of melanoma skin cancer. *Malignant tumors*. 2015; 4(special issue): 162-170.].

Поступила / Received 04.02.2018

Принята в печать / Accepted 15.04.2018

Авторы заявили об отсутствии конфликта интересов / The authors declare no conflict of interest

Контактная информация: Тесленко Лада Геннадиевна; тел.: (861) 2336498, +7 (988) 3882801; e-mail: teslenko@kkod.ru; Россия, 350040, Краснодар, ул. Димитрова, 146.

Corresponding author: Lada G. Teslenko; tel.: (861) 2336498, +7 (988) 3882801; e-mail: teslenko@kkod.ru; 146, Dimitrov St., Krasnodar, Russia, 350040.