УДК 616.5–006.81:470.43 Оригинальная статья

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ МЕЛАНОМОЙ КОЖИ В САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 1999–2009 гг.

С.В. Козлов *— ГОУ ВПО Самарский ГМУ Минздравсоцразвития России, заведующий кафедрой онкологии, профессор, доктор медицинских наук;* ***Е.Ю. Неретин*** *— ГОУ ВПО Самарский ГМУ Минздравсоцразвития России, ГУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер», заочный аспирант кафедры онкологии, врач-онколог консультативно-поликлинического отдела ГУЗ «СОКОД».*

THE ANALYSIS OF A CASE RATE A SKIN MELANOMA IN THE SAMARA REGION FOR 1999–2009

S.V. Kozlov *— Samara State Medical University, the Professor, the Doctor of Medical Sciences;* ***E.J. Neretin*** *— Samara state medical university, Samara Regional Clinical Oncologic Dispensary, the Correspondence Post-graduate Student of Chair of Oncology, the Doctor the Oncologist of Advisory-polyclinic Department SOKOD.*

Дата поступления — 22.02.2011 г. Дата принятия в печать — 20.05.2011 г.

Козлов С.В., Неретин Е.Ю. **Анализ заболеваемости меланомой кожи в Самарской области за 1999–2009 гг. // Саратовский научно-медицинский журнал. 2011. Т. 7, № 2. С. 457–460.**

В статье рассматривается одна из проблем онкологии — меланома кожи. *Актуальность темы* подтверждается тем, что ежегодно заболеваемость больных с онкологической патологией постоянно увеличивается. Одной из проблем онкологии остается меланома кожи. *Целью работы* является изучение заболеваемости меланомой кожи в крупной промышленной области на примере Самарского региона за последние 10 лет. В статье рассматривается одна из проблем онкологии — меланома кожи. Для решения поставленной задачи использовались следующие *материалы и методы*: первичные учетные документы за 11 лет (1999–2009 гг.) о впервые выявленном заболевании «меланома кожи», годовые отчеты Самарского областного клинического онкологического диспансера, годовые статистические отчеты Государственного статистического комитета, годовые отчеты бюро МСЭ. При обработке и прогнозе результатов исследования использовались следующие статистические методы — метод экстраполяции, модель линейной регрессии. Достоверность выявленной закономерности динамики определялась с помощью ошибки регрессии с последующим определением t и p. Полученные *результаты* свидетельствуют о росте заболеваемости всего населения Самарской области за счет старших возрастных групп. По данным анализа, чаще болеет нетрудоспособное население. Сделаны **выводы** о значительном влиянии на возникновение этой патологии происходящих в организме инволютивных процессов, необходимости проведения санитарно-просветительной работы, проведения дополнительного углубленного обследования населения с высоким уровнем заболеваемости.

Ключевые слова: меланома кожи, заболеваемость, онкология, Самарская область.

Kozlov S.V., Neretin E.J. **The analysis of a case rate a skin melanoma in the Samara region for 1999–2009 // Saratov Journal of Medical Scientific Research. 2011. Vol. 7, № 2. P. 457–460.**

In article one of oncology problems — a skin melanoma is surveyed. The theme urgency proves to be true that annually the case rate of patients with an oncologic pathology is constantly enlarged. One of oncology problems still has a skin melanoma. The work purpose is studying of a case rate by a skin melanoma in large industrial area on an example of the Samara region over the last 10 years. In article one of oncology problems — a skin melanoma is surveyed. For the task in view decision following materials and methods were used: primary registration documentation for 11 years (1999-2009) About for the first time taped disease a skin melanoma, annual reports of the Samara regional clinical oncologic dispensary, annual statistical reports of the State statistical committee, bureau MSE annual reports. At processing and the forecast of results of research following statistical methods — an extrapolation method, model of linear regress were used. Reliability of the taped pattern of dynamics was defined by means of an error of regress with the subsequent definition t and p. The received results testify to growth of a case rate of all population of the Samara region at the expense of the senior age groups. According to the analysis the invalid population is more often is ill. Conclusions are drawn on appreciable influence on occurrence of this pathology occurring in an organism involutes processes, necessity of carrying out of sanitary-educational work, carrying out of additional profound inspection among the population with high level of a case rate.

Key words: melanoma leather, disease, oncology, Samara region.

Введение. Онкологические заболевания занимают ведущее место в здравоохранении не только в России, но и во всем мире. Ежегодно заболеваемость больных с онкологической патологией увеличивается на 20%. Одной из проблем онкологии остается заболеваемость меланомой кожи. Среди всех опухолей кожи она занимает особое положение. Составляя структурно не более 10% от всех форм рака кожи, она ответственна за 80% летальных исходов, приходящихся на эту группу опухолей [1].

Необходимость исследований меланоцитарных новообразований кожи в первую очередь связана с изучением злокачественной меланомы. Особую значимость проблема меланом приобретает потому, что новообразования кожи, под клинической маской которых может скрываться меланома, встречаются приблизительно у 80% населения [2]. Меланома кожи является уникальной опухолью, способной демонстрировать редкое многообразие клинического течения. Из-за высокой потенции местного роста, регионального и множе-

Ответственный автор — Неретин Евгений Юрьевич.
Адрес: Самара, ул. Демократическая 30 кв. 290.
Тел.: 8-905-301-18-39, 8 (846) 994-76-57 добавочный 1349.
E-mail:

ственного отдаленного метастазирования, способности к диссеминации по коже меланому относят к одной из самых агрессивных форм злокачественных опухолей с непредсказуемым прогнозом [3]. Кроме того, прогноз и исход заболевания у пациентов зависят от многочисленных факторов, характеризующих как первичную опухоль, так и организм больного [4, 5].

За последние годы частота возникновения меланомы кожи значительно увеличилась и продолжает неуклонно возрастать. Среднегодовой темп прироста заболеваемости меланомой в мире составляет около 5% (в США — 4%, в России — 4,95%) и может считаться одним из самых высоких среди всех злокачественных опухолей, кроме рака легкого [6]. И если для родившихся в 1990 г. она составляла 1 случай на 100 человек, а в 2000 г. — 1 на 75 человек, то в 2011 г. случаев возникновения меланомы кожи ожидается значительно больше. Средний показатель пятилетней выживаемости больных меланомой в России в 2000 г. составил 51,2%,в то время как в США в 1992–1997 гг. — 89,0% [7].

В России удельный вес меланомы в структуре заболеваемости злокачественными опухолями с 2002 по 2005 г. составил 2,1–2,2% всех злокачественных опухолевых заболеваний [7, 8]. По литературным данным, имеется тенденция к увеличению показателей заболеваемости во всем мире.

Несмотря на определенные успехи, достигнутые в последние годы в лечении меланомы кожи, результаты 5-летней выживаемости остаются невысокими и в значительной мере зависят от степени распространения опухолевого процесса, т.е. от своевременной и адекватной диагностики [9].

Чаще меланому диагностируют уже на поздних стадиях развития, несмотря на то что она имеет наружную локализацию. В то же время ее ранняя диагностика и своевременно начатое лечение дают 100%-ную выживаемость [10–13].

Цель работы — изучение заболеваемости меланомой кожи в крупной промышленной области на примере Самарского региона с трехмиллионным населением и континентальным климатом с периодами значительной солнечной активности.

Методы. Исходными материалами для исследования явились первичные учетные документы за 11 лет (1999–2009 гг.) о впервые выявленном заболевании меланомы кожи, годовые отчеты Самарского областного клинического онкологического диспансера, годовые статистические отчеты Государственного статистического комитета, годовые отчеты бюро МСЭ.

При проведении дескриптивного эпидемиологического исследования в Самарской области были использованы методы расчета показателей заболеваемости, приведенные в книге «Злокачественные новообразования в России в 2009 году» под редакцией В.И. Чиссова, В.В. Старинского (М., 2009) [9], а также методики «Статистическая оценка особенностей распространения и динамики заболеваемости злокачественными новообразованиями» (В.В. Двойрин, Е.М. Аксель, 1990) [10], «Компонентный анализ динамики заболеваемости злокачественными новообразованиями» (В.В. Двойрин, Е.М. Аксель, 1987) [11], «Расчет вероятности заболеть злокачественными новообразованиями на протяжении предстоящей жизни» (В.В. Двойрин, Е.М. Аксель, 1988) [12].

При анализе использовалась модель линейной регрессии. При изучении возрастных особенностей заболеваемости использовались общепринятые возрастные группы с десятилетними интервалами: до 30 лет, 30–39, 40–49, 50–59, 60–69, 70 и старше.

Определение основной тенденции заболеваемости меланомой кожи (тренда) за 11-летний период достигалось с помощью аналитического выравнивания первоначальной динамической кривой с использованием линейного типа аппроксимации, достоверность выявленной закономерности динамики определялась с помощью ошибки регрессии с последующим определением t и p.

При прогнозировании уровней нарушения здоровья использовался метод экстраполяции. Каждая экстраполяция основывалась на предположении, что закономерность развития, найденная внутри динамического ряда, сохранится и вне этого ряда, в дальнейшем развитии, а период предыстории, на базе которого делается прогноз, должен быть наиболее характерен для рассматриваемого явления.

Для процесса статистического анализа использовалась ПЭВМ класса Pentium-IV с тактовой частотой 2,4 Ггц., ОЗУ 4 Гб и операционной системой Windows-Vista.

Анализ проводился при помощи современных пакетов статистического анализа: Statgraphics Plus for Windows версии 4.0, Statistica for Windows версии 8.0. Для оформления результатов исследований применялись пакеты из системы Microsoft Office-2010 и CorelDraw-13.

Результаты. Уровень заболеваемости всего населения области за изучаемый период колеблется в пределах 5,7 (1999 г.) — 6,7 (2009 г.). Наиболее низкий показатель (4,9 на 100000 населения) был зарегистрирован в 2002, наиболее высокий (6,9) — в 2006 г. По мере увеличения возраста уровень заболеваемости становится выше: в среднем за 11-летний период в возрастных группах до 30 лет, 30–39, 40–49, 50–59,60–69,70 и старше соответственно 0,9; 3,5; 6,3; 10,7; 15,3; 15,4 на 100000 населения соответствующего возраста (рис. 1–3). Трудоспособное население, по данным анализа, болеет реже нетрудоспособного. У женщин меланома кожи регистрируется чаще, чем у мужчин.

Анализ возрастных трендов заболеваемости меланомой показал ряд особенностей в отдельных возрастных группах. На фоне статистически достоверного роста заболеваемости всего населения региона ($t=2,4$; $p<0,05$) (рис. 3) в отдельных возрастных группах рост является не достоверным.

К их числу относятся самые молодые группы: до 30 лет ($t=0,75$; $p>0,05$), пациенты в возрасте 30–39 лет ($t=1,0$; $p>0,05$) и лица в возрасте 50–59 лет ($t=0,06$; $p>0,05$) (рис. 1). Рост заболеваемости всего населения идет в основном за счет самых старших возрастных групп: 60–69 ($t=2,76$; $p<0,05$) и 70 и старше, а также за счет лиц в возрасте 40–49 лет ($t=2,2$; $p<0,05$) (рис. 2).

Обсуждение. Результаты проведенного исследования подтверждают общую закономерность — рост заболеваемости среди всего населения Самарской области, что также характерно и для России в целом [6–9]. В связи с этим можно считать, что уровень заболеваемости определяется общими неблагоприятными факторами, действующими повсеместно [1–3].

Рост общей заболеваемости за счет в основном лиц пожилого возраста (старше 60 лет) свидетельствует о значительном влиянии на возникновение этой патологии происходящих в организме инволютивных процессов, связанных с угасанием защитной функции гомеостатических систем, а также накоплением и реализацией канцерогенного эффекта комплекса факторов. Большую роль играют экзо- и

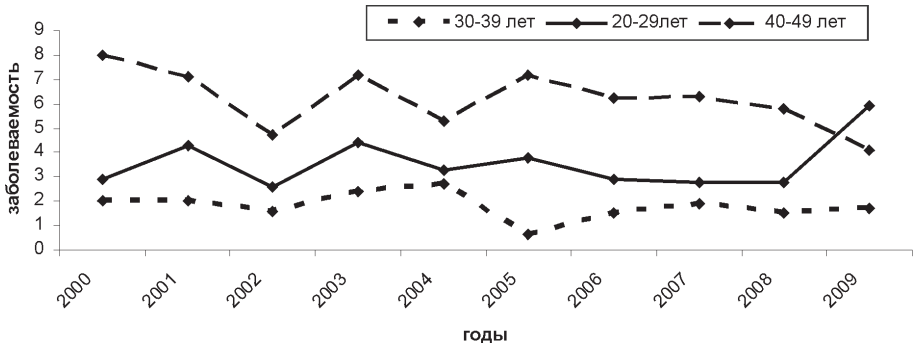

Рис. 1. Динамика заболеваемости меланомой кожи населения Самарской области за 2000–2009 гг. Грубые показатели. Возрастные интервалы 20–29 лет, 30–39 лет, 40–49 лет

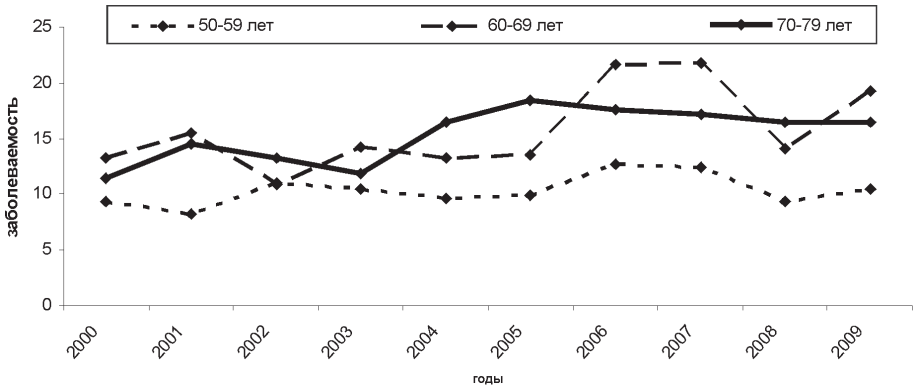

Рис. 2. Динамика заболеваемости меланомой кожи населения Самарской области за 2000–2009 гг. Грубые показатели. Возрастные интервалы 50–59 лет, 60–69 лет, 70лет и старше

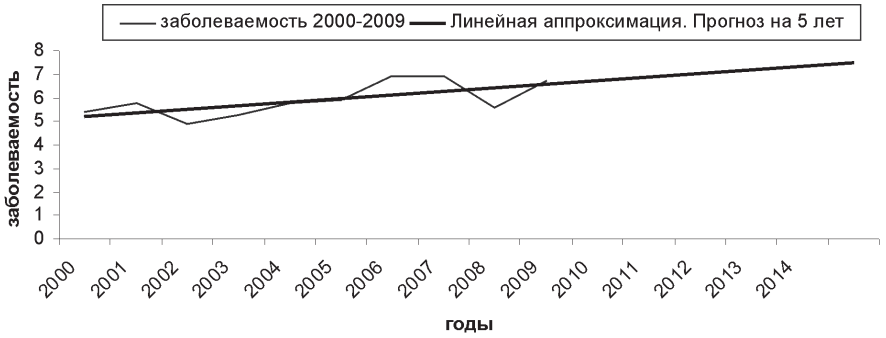

Рис. 3. Динамика заболеваемости меланомой кожи населения Самарской области за 1999–2009 гг. Грубые показатели. Оба пола

эндогенные факторы, действующие на данное население и приводящие к росту заболеваемости, которыми являются солнечные ожоги и отсутствие солнцезащитных кремов, воздействие электромагнитного излучения, особенности труда и отдыха (доступность отдыха в местах с жарким климатом), особенности питания [6].

Отсутствие достоверного роста в молодых группах свидетельствует о достаточно развитых механизмах защиты организма от повреждающих факторов, и возможном их кумулятивном накоплении, реализацией генотоксического эффекта с манифестацией заболевания в более позднем возрасте.

Заключение. Учитывая тенденцию роста заболеваемости меланомой кожи в Самарской области, необходимо проводить первичную и вторичную профилактику.

В качестве мер первичной профилактики, предусматривающих устранение или ослабления воздействия канцерогенных факторов на организм, необходимо уменьшить их роль, особенно для лиц, имеющих врожденные или приобретенные невусы. Необходимо повышать показатели ранней диагностики меланомы кожи — проводить широкую санитарно-просветительную работу среди населения Самарской области о необходимости самообследования с использованием соответствующих брошюр, памяток и обязательного обращения к врачу при появлении или росте новообразований на коже.

Необходимо повышение качества профилактических осмотров в общей лечебной сети. Учитывая повсеместный рост показателей заболеваемости, необходимо повышать квалификацию врачей первичного контакта в плане ранней диагностики меланомы кожи. Учитывая значительный рост среди населения старше 60 лет, необходимо проводить углубленное регулярное обследование этих пациентов в кабинете дерматолога с использованием, при

необходимости, комплекса методов преинвазивной диагностики.

Необходимо более частое обследование у лиц, имеющих генетическую предрасположенность и конституциональные особенности, определенный характер пигментации организма.

Библиографический список

1. Демидов Л.В., Харкевич Г.Ю. Меланома кожи: стадирование, диагностика и лечение // РМЖ. 2003. Т. 11, № 11. С. 22.

2. Фрадкин С.З., Залуцкий И.В. Меланома кожи: практическое пособие для врачей. Минск: Беларусь, 2000. 221 с.

3. Анисимов В.В., Барчук А.С., Петров Н.Н. Актуальные вопросы диагностики первичной меланомы кожи // Амбулаторная хирургия. 2001. №1 (1). С. 21–22.

4. Анисимов В.В. Меланома кожи (перспективы улучшения диагностики и лечения): автореф. дис. … д-ра мед. наук. СПб., 2000. 47 с.

5. Демидов Л.В., Мартынова Е.В. Ретроспективная оценка безопасного уменьшения границ резекции для меланомы кожи туловища и конечностей // Вопросы онкологии. 2002. Т. 48, № 1. С.68–73.

6. Лемехов В.Г. Эпидемиология, факторы риска, скрининг меланомы кожи // Практическая онкология. 2001. № 4 (8). С. 30–31.

7. Давыдов М.И., Аксель Е.М. Злокачественные новообразования в России и странах СНГ в 2000 году. М.: РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, 2002. 281 с.

8. Чиссов В.И., Старинский В.В., Ременник Л.В. Злокачественные новообразования в России в 2005 г. (заболеваемость и смертность). М., 2006. С. 25–26.

9. Чиссов В.И., Старинский В.В., Ременник Л.В. Злокачественные новообразования в России в 2007 г. (заболеваемость и смертность). М., 2008. С. 26–27.

10. Двойрин В.В., Аксель Е.М. Статистическая оценка особенностей распространения и динамики заболеваемости злокачественными новообразованиями (Методические рекомендации). М., 1990. 30 с

11. Двойрин В.В., Аксель Е.М. Компонентный анализ динамики заболеваемости злокачественными новообразованиями: методические рекомендации. М., 1987. 11 с

12. Двойрин В.В., Аксель Е.М. Расчет вероятности заболеть злокачественными новообразованиями на протяжении предстоящей жизни: методические рекомендации. М., 1988. 13 с.

13. Tron Y.A., Bamyill R.L., Mihm Ir.M. C. Malignant melanoma in situ // Human Pathol. 2000. Vol. 21, № 12. P. 1202–1205.