

## ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ МЕЛАНОЦИТАРНЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ КОЖИ

Соколова А. В.<sup>1</sup>, Малишевская Н.П.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Клиника «Уральская», Екатеринбург, e-mail: baden-ekb@yandex.ru;

<sup>2</sup>Государственное бюджетное учреждение Свердловской области «Уральский научно-исследовательский институт дерматовенерологии и иммунопатологии», Екатеринбург, e-mail: orgotdel\_2008@mail.ru

В России в течение последних 15 лет отмечается рост заболеваемости меланомой кожи (МК) на 70%. Наиболее неблагоприятны по своим последствиям ошибки в диагностике МК. Проведено клиническое и дерматоскопическое исследование 1030 новообразований кожи у 800 пациентов, последовательно обратившихся на прием к дерматологу. В выборку включены все пациенты с новообразованиями кожи, после удаления которых было произведено гистологическое исследование материала и получено патоморфологическое заключение (n=441). Из 441 гистологического исследования новообразований кожи совпадение с клинически установленным диагнозом было в 355 случаях (80,5%), расхождение - в 86 случаях (19,5%). Из 86 случаев расхождения диагнозов установлено 24 (27,9%) случая гиподиагностики диспластических невусов и меланомы кожи, 34 (39,5%) случая гипердиагностики диспластических невусов и меланомы кожи. Проанализированы причины расхождения клинического и дерматоскопического с патоморфологическим диагнозом в случаях сложной дифференциальной диагностики новообразований кожи, к которым относятся больные с диспластическими невусами и меланомой кожи, особенно на ранних стадиях. Основными причинами гиподиагностики меланоцитарных новообразований кожи являются малый размер новообразования, визуальная однородность цвета, беспигментные или мало пигментированные новообразования, визуально и дерматоскопически определяемые ровные и четкие контуры.

Ключевые слова: меланома кожи, диспластический невус, ошибки в диагностике меланомы, гиподиагностика меланомы кожи.

## ERRORS IN DIAGNOSIS OF MELANOCYTNARY NEOPLAZMS

Sokolova A.V.<sup>1</sup>, Malishevskaya N.P.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>"Uralskaya" clinic, Yekaterinburg, e-mail: baden-ekb@yandex.ru

<sup>2</sup>State Budget Institution of Sverdlovsk region "Ural Research Institute of Dermatovenereology and immunopathology", Yekaterinburg, e-mail: orgotdel\_2008@mail.ru

During the last 15 years, the incidence of skin melanoma in Russia, has increased by 70%. The most unfavorable in their consequences are errors in the diagnosis of skin melanoma. A clinical and dermatoscopic study of 1030 skin lesions was performed in 800 patients who subsequently applied for admission to a dermatologist. The sample includes all patients with skin lesions, after the removal of which a histological examination of the material was made and a pathomorphological conclusion was obtained (n = 441). Of the 441 histological studies of the skin tumors, the coincidence with the clinically established diagnosis was in 355 cases (80.5%), the discrepancy in 86 cases (19.5%). Of the 86 cases of discrepancy, 24 (27.9%) cases of hypodiagnosis of dysplastic nevi and melanoma of the skin, 34 (39.5%) of the case of overdiagnosis of dysplastic nevi and skin melanoma were established. The causes of clinical and dermatoscopic discrepancy with pathomorphological diagnosis are analyzed in cases of complex differential diagnosis of skin lesions, which include patients with dysplastic nevi and melanoma of the skin, especially at the early stages. The main causes of hypodiagnosis of melanocytic neoplasms of the skin are small size of the tumor, visual uniformity of color, pigmentless or little pigmented neoplasms, visually and dermatoscopically determined smooth and precise contours.

Keywords: skin melanoma, dysplastic nevus, melanoma diagnosis errors, hypodiagnosis of skin melanoma.

В России в течение последних 15 лет отмечается рост заболеваемости меланомой кожи (МК) на 70% [1-4]. Наиболее неблагоприятны по своим последствиям ошибки в диагностике МК. О значительном количестве диагностических ошибок на разных уровнях оказания медицинской помощи пациентам свидетельствует сохраняющийся высокий удельный вес больных с МК, выявленной на поздних стадиях опухолевого процесса [5]. За

период с 2006 по 2016 год в РФ показатели запущенности по меланоме кожи значительно снизились (-40,6%), однако они по-прежнему остаются на недопустимо высоком уровне (18,9%) для опухолей визуальных локализаций [6]. Следует отметить, что гипердиагностика МК не влечет столь трагических последствий, как гиподиагностика, которая всегда связана с ухудшением прогноза течения заболевания и риском для жизни больного.

Цель исследования - установить причины расхождения результатов клинического и стандартного дерматоскопического обследования с патоморфологическим диагнозом в случаях сложной дифференциальной диагностики НОК. Проведено клиническое и дерматоскопическое исследование 1030 новообразований кожи (НОК) у 800 пациентов, последовательно обратившихся на прием к дерматологу. Из них в 441 (42,8%) случае выполнено удаление НОК радиоволновым или хирургическим методом с последующим гистологическим исследованием. Показаниями для удаления новообразований кожи явились подозрение на МК и диспластические невусы, все случаи сложной дифференциальной диагностики, а также все меланоцитарные новообразования, находящиеся в местах постоянного травмирования или имеющие большие размеры (>6 мм). В случаях подозрения на МК пациенты направлялись в Государственное бюджетное учреждение Свердловской области «Свердловский областной онкологический диспансер» для хирургического иссечения НОК и последующего лечения. В выборку включены все пациенты с верифицированными диагнозами НОК, в том числе пациенты с меланомой кожи на ранних (I-II) стадиях и диспластическими невусами, когда правильная и своевременная диагностика наиболее важна для дальнейшего прогноза течения заболевания (табл. 1).

Таблица 1

Структура новообразований кожи (n=441)

Меланоцитарные новообразования кожи	Число больных с правильно установленным диагнозом, абс. (%)	
	визуальный осмотр с использованием дерматоскопии	гистологическое заключение
Доброкачественные НОК	349 (79,1%)	361 (81,9%)
Диспластические невусы кожи	82 (18,6%)	67 (15,2%)
Меланома кожи на ранних стадиях	10 (2,3%)	13 (2,9%)

Группу доброкачественных новообразований кожи составили меланоцитарные невусы без признаков дисплазии (n=263), себорейный кератоз (n=74) и гемангиомы кожи (n=12) в случаях их травмирования, с наличием геморрагических корочек на поверхности новообразований, затрудняющих визуальную и дерматоскопическую диагностику.

Таким образом, в данной выборке достоверных различий в правильности постановки диагноза при клиническом осмотре дерматолога с применением рутинной дерматоскопии и результатом гистологии не выявлено (табл. 1).

Из 441 гистологического исследования НОК совпадение с клинически установленным диагнозом было в 355 случаях (80,5%), расхождение - в 86 случаях (19,5%). Совпадение клинического дерматоскопического и гистологического диагнозов (n=355) выявлено в случаях доброкачественных новообразований кожи (n=305), диспластических невусов (n=45) и меланомы кожи (n=6). Из 86 случаев расхождения диагнозов установлено 24 (27,9%) случая гиподиагностики диспластических невусов и меланомы кожи, 34 (39,5%) случая их гипердиагностики.

Проанализированы причины расхождения клинического и стандартного дерматоскопического обследования с патоморфологическим диагнозом в случаях сложной дифференциальной диагностики НОК, к которым относятся больные с диспластическими невусами и меланомой кожи, особенно на ранних (I-II) стадиях (табл. 2).

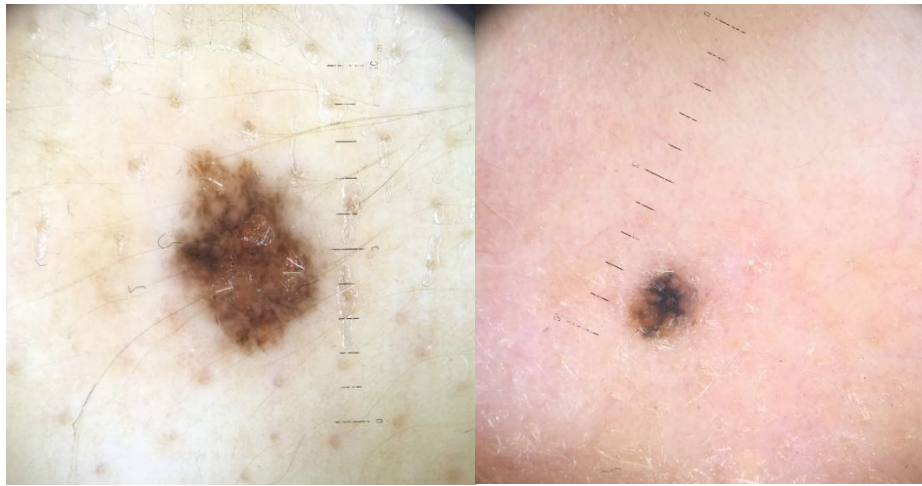
Таблица 2

Визуальные признаки НОК, влияющие на гиподиагностику диспластических невусов и МК с использованием дерматоскопии (n=24)

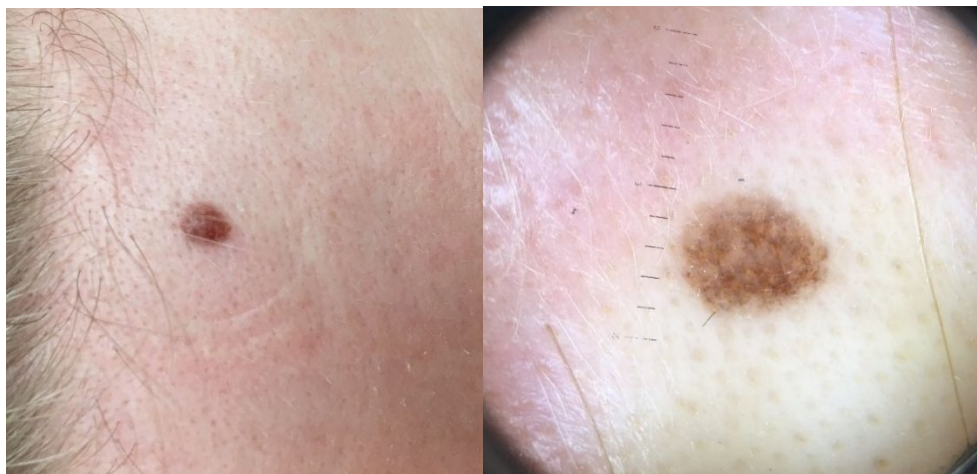
Признак	Частота встречаемости	
	абс.	%
Малый размер новообразования (<6 мм)	17	70,8
2. Визуально и дерматоскопически определяемые ровные четкие контуры	3	12,5
3. Клинически и дерматоскопически определяемая однородность цвета	6	25,0
4. Беспигментные или мало пигментированные новообразования	5	20,8

Примечание: у одного больного могло быть несколько причин гиподиагностики, в связи с чем общая частота встречаемости признака превышает 100%.

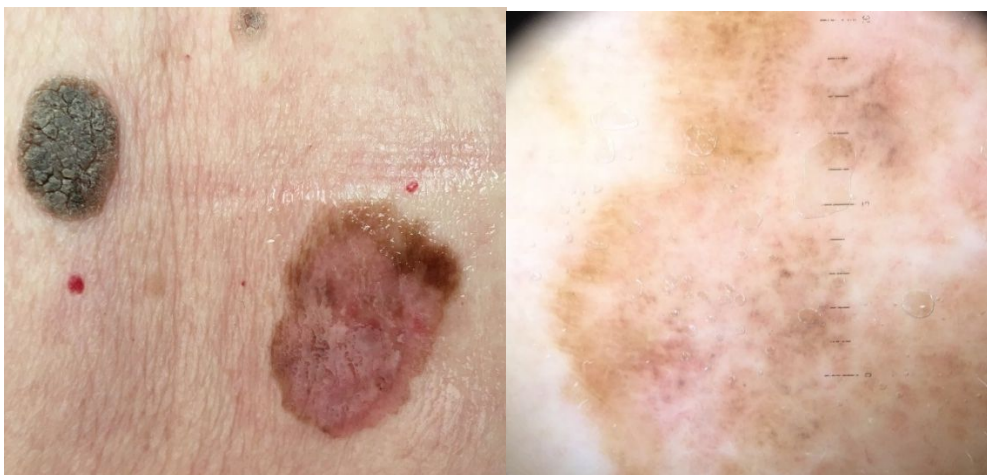
В соответствии с приведенными данными основными причинами гиподиагностики пигментированных новообразований кожи являются малый размер новообразования (70,8%, рис. 1), визуальная однородность цвета (25,0%, рис. 2), беспигментные или мало пигментированные новообразования (20,8%, рис. 3), визуально и дерматоскопически определяемые ровные и четкие контуры (12,5%, рис. 4).



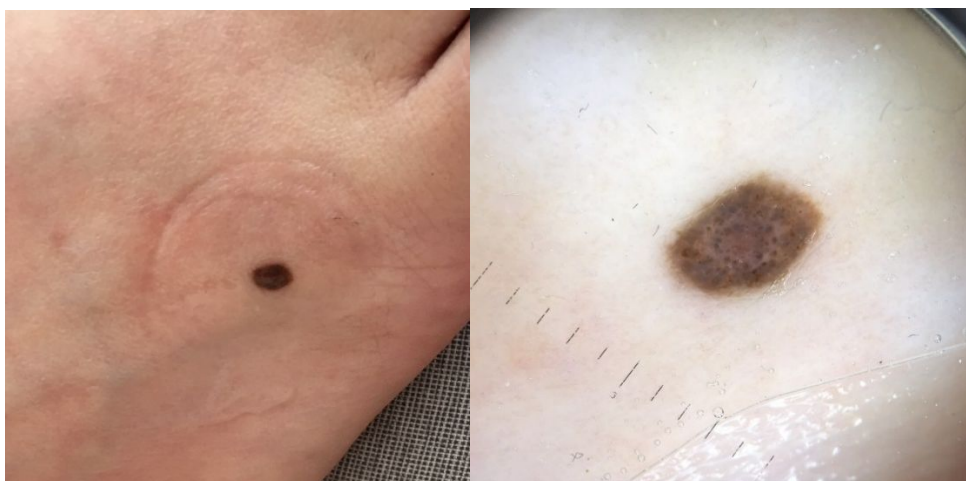
*Рис. 1. Линейный размер меланомы кожи меньше 6 мм (дерматоскопическое изображение)*



*Рис. 2. Клиническое и дерматоскопическое изображение диспластического невуса кожи лба:  
клинически определяется визуальная однородность цвета*



*Рис. 3. Клиническое и дерматоскопическое изображение мало пигментированной меланомы  
кожи живота с участками регресса, выше – себорейный кератоз*



*Рис. 4. Клиническое и дерматоскопическое изображение меланомы кожи тыльной поверхности стопы*

Проанализированы причины гипердиагностики меланоцитарных новообразований кожи в случаях, когда возникают трудности в дифференциальной диагностике диспластических невусов и меланомы кожи (табл. 3).

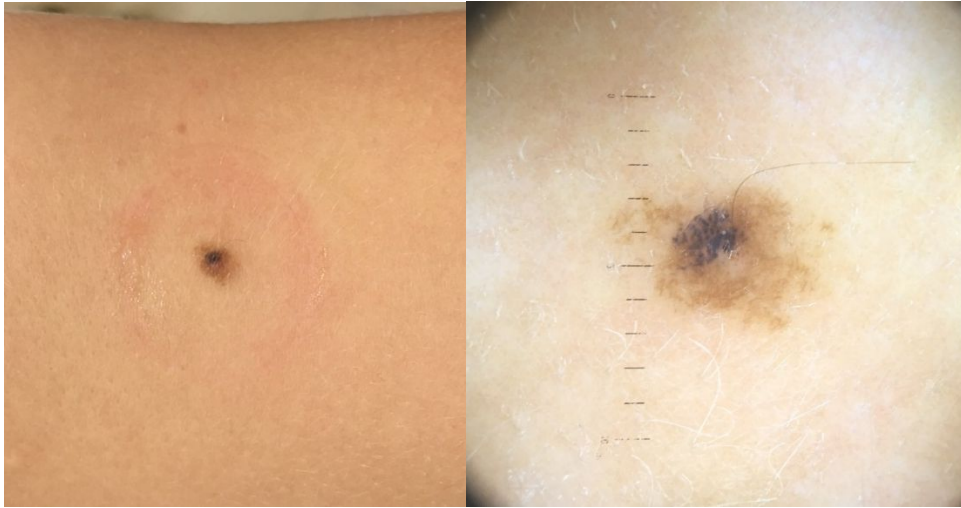
Таблица 3

Визуальные признаки НОК, влияющие на гипердиагностику диспластических невусов и МК с дерматоскопией (n=34)

Признак	Частота встречаемости	
	абс.	%
1. Большой (свыше 10 мм) размер новообразования	13	54,2
2. Клинически и дерматоскопически определяемые неровные контуры и асимметричность новообразования	9	37,5
3. Клинически и дерматоскопически определяемая неоднородность цвета	15	62,5
4. Наличие в новообразовании фрагментов темно-коричневого и черного цвета при дерматоскопии новообразований	8	33,3

Примечание: у одного больного могли быть несколько причин гипердиагностики, в связи с чем общая частота встречаемости признака превышает 100%.

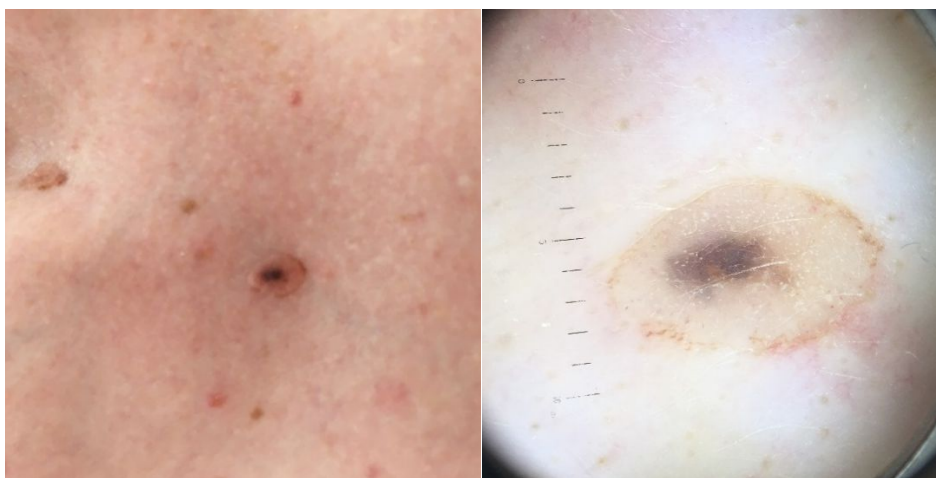
В соответствии с данными таблицы 3 основными причинами, которые приводят к гипердиагностике диспластических невусов и меланомы кожи, являются неоднородность цвета (62,5%, рис. 5, 7), размер новообразований более 10 мм (54,2%, рис. 6), неровные контуры и асимметричность новообразования (37,5%, рис. 5), а также наличие в новообразовании фрагментов темно-коричневого и черного цвета (33,3%, рис. 5-7).



*Рис. 5. Клиническое и дерматоскопическое изображение диспластического невуса кожи плеча: неоднородность цвета, неровные контуры и асимметричность новообразования, наличие в новообразовании эксцентрично расположенных фрагментов темно-коричневого и черного цвета*



*Рис. 6. Пигментированная дерматофиброма кожи бедра*



*Рис. 7. Клиническое и дерматоскопическое изображение диспластического невуса кожи живота*

Результаты расчета показателей диагностической точности, чувствительности и специфичности клинического осмотра с применением дерматоскопии для диагностики НОК продемонстрировали, что чувствительность клинического осмотра с применением дерматоскопии для доброкачественных новообразований кожи (91,2%) на 45,0% выше, чем чувствительность диагностики меланомы кожи (46,2%). Но при этом определяется высокая (99,1%) специфичность клинической и дерматоскопической диагностики меланомы кожи, что свидетельствует о большой вероятности совпадения диагноза с данными патоморфологического исследования. Точность диагностики меланомы кожи составляет 97,5%, что на 9,1% выше, чем точность диагностики доброкачественных новообразований кожи (88,4%) с применением метода дерматоскопии.

На следующем этапе исследования был разработан «показатель гиподиагностики», т.е. число больных, которым необходимо провести клиническое и дерматоскопическое исследование новообразований кожи для того, чтобы у одного из них установленный клинический диагноз не подтвердился результатом гистологического исследования. Показатель гиподиагностики рассчитывали как отношение неверно диагностированных случаев ко всем случаям НОК в данной группе. Этот показатель составил 18,4 в случае диспластических невусов и меланомы кожи, и 63,0 в случае только меланомы кожи. Таким образом, при осмотре 63 больных с НОК в ситуациях сложной дифференциальной диагностики дерматолог допускает один случай гиподиагностики меланомы кожи.

Диагностические ошибки за счет гиподиагностики процесса имеют наиболее неблагоприятные для течения заболевания и прогноза жизни последствия, что диктует необходимость внедрения в клиническую практику новых современных неинвазивных методов обследования меланоцитарных новообразований кожи (спектрофотометрического интрадермального анализа, конфокальной лазерной сканирующей микроскопии).

### Список литературы

1. Демидов Л.В., Харкевич Г.Ю., Маркина И.Т. Меланома и другие злокачественные новообразования кожи // Энциклопедия клинической онкологии: руководство для практических врачей. - М.: РЛС, 2005. - С. 341–364.
2. Малишевская Н.П., Игликов В.А. и др. Эпидемиология злокачественных новообразований кожи на Среднем Урале / Кунгуров Н.В. (ред.) // Злокачественные новообразования кожи: заболеваемость, ошибки диагностики, организация раннего выявления, профилактика. - Курган: Зауралье, 2010. – С. 8-33.

3. Чиссов В.И., Старинский В.В., Петрова Г.В. Качественные новообразования в России в 2011 году (заболеваемость и смертность). - М.: ФП «МНИОИ им. П.А. Герцена» Минздрава России, 2013. - 289 с.
4. Chen S.T., Geller A.C., Tsoo H. Update on the epidemiology of melanoma // Curr. Dermatol. Rep. - 2013. - № 2 (1). - P. 24–34.
5. Малишевская Н.П., Кохан М.М., Соколова А.В и др. Дерматоонкология (злокачественные новообразования кожи, первичные лимфомы кожи): атлас / под общ. ред. проф. Н.В. Кунгурова. – Екатеринбург: Изд-во Урал. ун-та, 2016. – 68 с.
6. Состояние онкологической помощи населению России в 2016 году / под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. - М.: МНИОИ им. П.А. Герцена филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России, 2017. - 236 с.