

ПОЛИНЕОПЛАЗИИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ КОЖИ

М.И. Курдина¹, Н.Н. Виноградова², С.Н. Заев²

¹ ГК МЕДСИ, КДЦ на Белорусской, г. Москва

² ФГБУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой» УД Президента РФ, г. Москва

Ключевые слова: рак кожи, первично-множественные опухоли

Цель работы. Анализ структуры повторных злокачественных новообразований у постоянно наблюдаемой группы населения после излеченного рака кожи.

Материалы и методы. 2801 история болезни пациентов с раком кожи.

Результаты. У 2801 больного за 32 года наблюдения выявлено 740 повторных злокачественных новообразований, основными локализациями которых были кожа, желудочно-кишечный тракт, легкое, молочная и предстательная железы.

Заключение. Целесообразно внесение корректив в существующие скрининговые программы.

Введение

В структуре онкопатологии большинства стран рак кожи (РК) неизменно занимает лидирующие позиции [1–3]. Особенно настораживает увеличение числа первично-множественных злокачественных опухолей (ПМЗО) [4–7], сочетающихся — у 6–51,6% [8–10] или дебютирующих РК — у 10,7–39,7% [8, 11, 12]. Клиницистами недооценена возможность появления последующих новообразований у этой категории пациентов. Повторные опухоли мало изучены, что связано, возможно, с недостатками диспансерной системы обслуживания больных, в частности, отсутствием преемственности, несоблюдением сроков и объемов проведения медицинских осмотров и их низким качеством в большинстве учреждений практического здравоохранения. Кроме того, сроки наблюдения после радикально излеченного РК, по-видимому, недостаточны, а учет этой нозологии чрезвычайно труден. Вышеизложенные обстоятельства послужили основанием для проведения нашего исследования.

Целью нашей работы был анализ структуры повторных злокачественных новообразований у постоянно наблюдаемой группы населения после излеченного РК.

Материалы и методы

Исследование проводили с 1975 по 2006 г. в Главном медицинском управлении (ГМУ), представляющем собой комплекс лечебных и профилак-

тических учреждений, организованных по принципу оказания семейной помощи и преемственности ведения больного (поликлиника — стационар — центр реабилитации — поликлиника). Для основных локализаций злокачественных новообразований в ГМУ разработаны и активно используются скрининговые программы с целью ранней и своевременной диагностики опухолей.

В разные годы под диспансерным наблюдением находилась популяция численностью от 42 078 до 106 371 человека. Среднегодовая численность женщин составила 39 719,47, а мужчин — 30 398,72 человек/год. Прикрепленное население находилось под постоянным наблюдением у семейного врача-терапевта и ежегодно проходило диспансерный осмотр с использованием комплекса современных и эффективных методов клинической, инструментальной и лабораторной диагностики. Основным признаком исследуемой группы больных было выявление у них рака кожи, что соответствует шифру С44 (С44.1–С44.9) по Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-Х).

Синхронными считали опухоли, обнаруженные с интервалом не более 180 дней (0,5 года).

В процессе исследования выявлены и прослежены 2833 больных базально- (БКР) и плоскоклеточным раком кожи (ПКР). Базалиому кожи диагностировали у 2578 (91%) человек, ПКР — у 255 (9%), т. е. соотношение больных БКР:ПКР составило 10:1. Среди пациентов было 1406 (49,6%) мужчин и 1427 (50,4%) женщин. У 2118 из них (75%) неоплазии кожи выявлены после 60 лет.

Диагноз РК в большинстве случаев (93%) был установлен на основании клинической картины. Цито- или гистологическая верификация диагноза

Адрес для корреспонденции

Курдина М.И.
E-mail: kurdina@mail.ru

составляла 98,3%. У подавляющего большинства пациентов 2824 (99,7%) РК диагностирован на ранних стадиях заболевания (I–II).

2790 (98,5%) больным проведено хирургическое (криодеструкция, иссечение опухоли, электроэксцизия) или лучевое лечение. Симптоматическую терапию назначали 43 пациентам (1,5%).

Информация о пациентах с первичным БКР и ПКР кожи экспортировалась из базы данных канцер-регистра ГМУ в формат файла для табличных расчетов средствами OpenOffice.org Calc или Microsoft Excel. После предварительной обработки (исключения записей о пациентах, наблюдаемых менее 3 мес, преобразования форматов отдельных полей и расчета дополнительных показателей и признаков) данные импортировались в программный комплекс STATISTICA 5.5, с помощью которого были получены приведенные ниже диаграммы.

Результаты и обсуждение

Изучены все зарегистрированные повторные злокачественные новообразования после излеченного первичного РК за 32 года. Большинство аналогичных российских и зарубежных исследований проведено в менее продолжительные сроки и у небольшого числа больных, что не позволяет

полноценно оценить частоту появления повторных неоплазий после излеченного РК. Так, например, Троянова Р. и соавторы (2002) в Болгарии с 1992 по 2001 г. обследовали 2620 больных РК на предмет выявления повторных новообразований [13], Karagas M.R. и соавторы (1998) наблюдали 1805 пациентов с БКР и ПКР в течение 10 лет [14]. Лишь единичные исследования охватывают длительный период наблюдения. Так, Friedman G.D., Tekawa I.S. (2000) в США провели мониторинг 3164 больных базалиомой кожи в течение 24 лет [15].

В исследуемой группе неоплазии, синхронные с первичным РК, обнаружены у 141 пациента: у 82 мужчин и 59 женщин. 93 пациента (66%) заболели в возрасте после 70 лет, среди них в 2 раза чаще синхронные опухоли диагностировали у мужчин (рис. 1).

Всего у пациентов после излеченного РК диагностировано 987 метасинхронных злокачественных новообразований различных локализаций: 595 (60,3%) – у мужчин и 392 (39,7%) – у женщин. В этой группе выявлено 742 вторые опухоли (75,2% от общего числа повторных опухолей): 432 (58,2%) – у мужчин и 310 (41,8%) – у женщин; 182 (18,4%) – третьих (у 119 мужчин и 63 женщин); 39 (4%) – четвертых (у 25 мужчин и 14 женщин), 14 (1,4%) – пятых (у

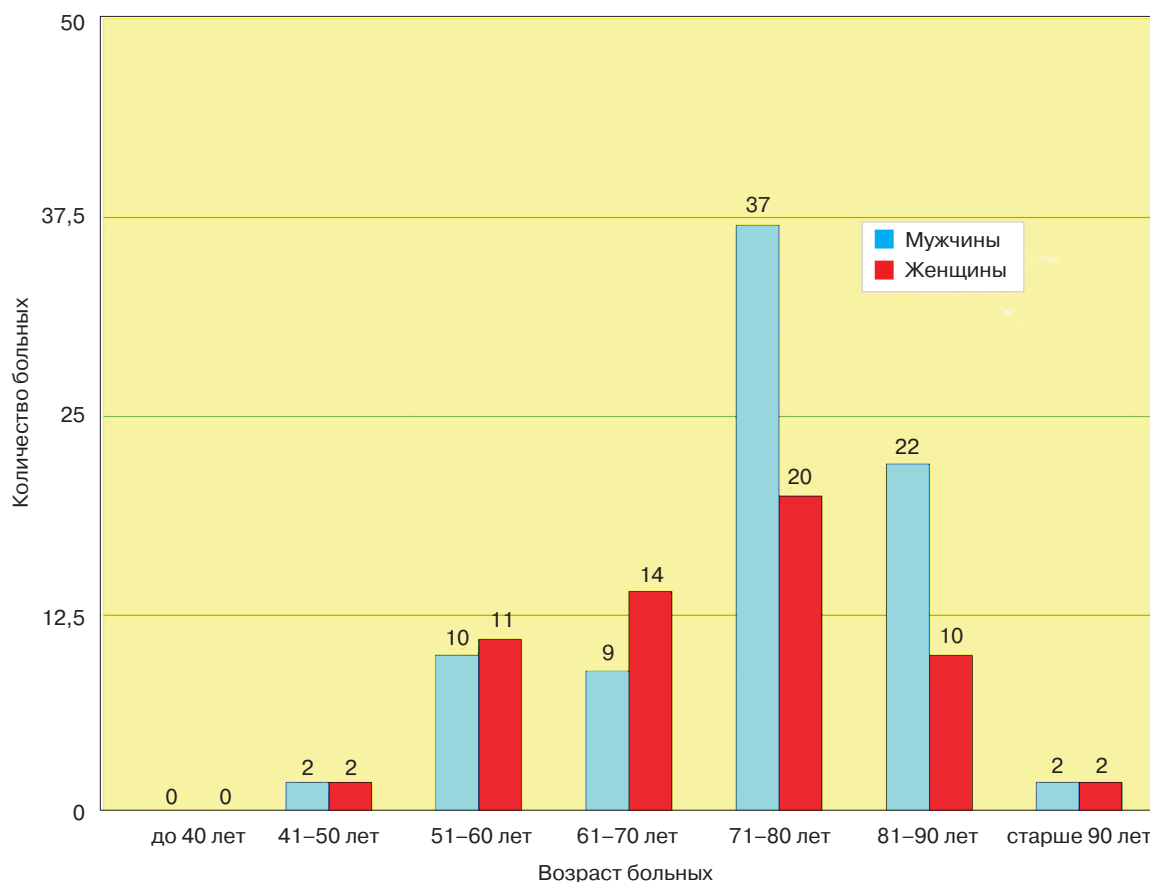


Рис. 1. Распределение больных синхронными с первой опухолью кожи новообразованиями по возрасту (абс.), n=14

10 мужчин и 4 женщины), 8 (0,8%) – шестых (у 7 мужчин и 1 женщины). У 2 мужчин (0,2%) зарегистрировано по семь опухолей после РК в анамнезе (рис. 2). Столь высокая заболеваемость повторными злокачественными новообразованиями различных локализаций у больных, излеченных от РК, возможно, свидетельствует, что РК является маркером «онкологического неблагополучия» в организме.

У больных старше 70 лет вторые опухоли в 1,7 раза чаще регистрировали среди мужчин (рис. 4).

В некоторых зарубежных исследованиях указано меньшее количество повторных неоплазий на фоне первичного РК, что может быть связано с более тщательным и регулярным обследованием контингента медицинских учреждений ГМУ. Так, например, Frisch М. и соавторы (1996) [17] у 37 674 больных, излеченных от БКР, в течение 13 лет выявили 3663

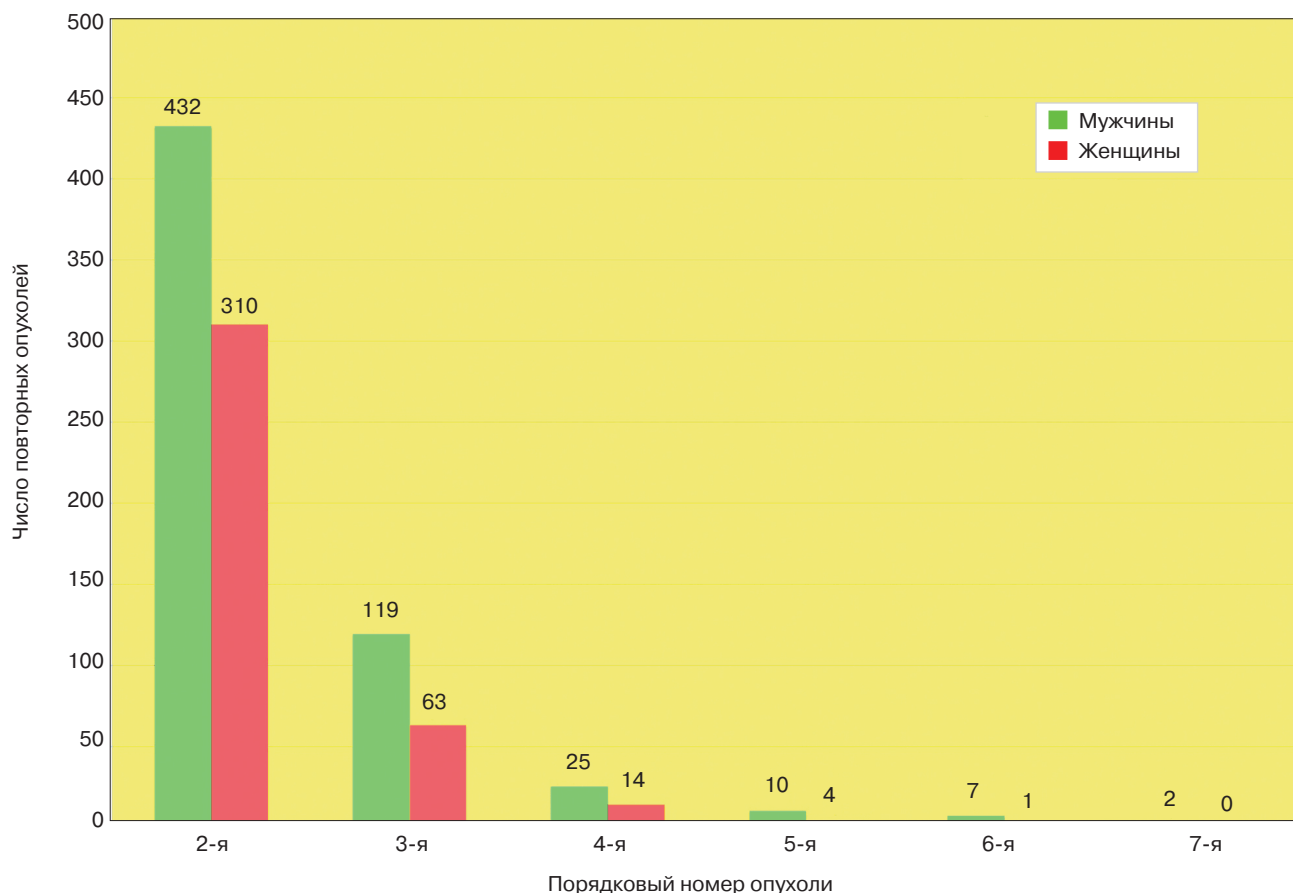


Рис. 2. Повторные опухоли (все локализации) после излеченного рака кожи (абс.), n=987

В аналогичном исследовании В.Ю. Сельчук (1994) [16] зарегистрировал две опухоли у 88,29%, три – у 9,9%, четыре – у 1,62%, пять – у 0,095% и семь – у 0,095% больных ПМЗО. Различия в наших данных и В.Ю. Сельчука могут быть связаны с разной методикой учета опухолей (синхронные опухоли нами учитывались как одна) и более тщательным активным наблюдением постоянного контингента лиц в учреждениях ГМУ.

В наблюдаемой нами группе пациентов в процессе длительного мониторинга у каждого четвертого больного с излеченным РК в дальнейшем обнаружены вторые опухоли (у 742 человек из 2833). В возрастной группе 40–49 лет их диагностировали у 9 пациентов (1,2%), 50–59 лет – у 58 (7,8%), 60–69 лет – у 141 (19%), старше 70 лет – у 534 (72%) (рис. 3).

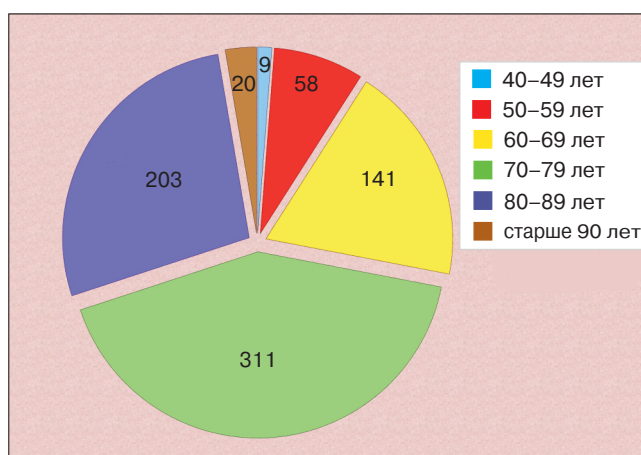


Рис. 3. Распределение по возрасту больных вторыми опухолями (абс.), n=742

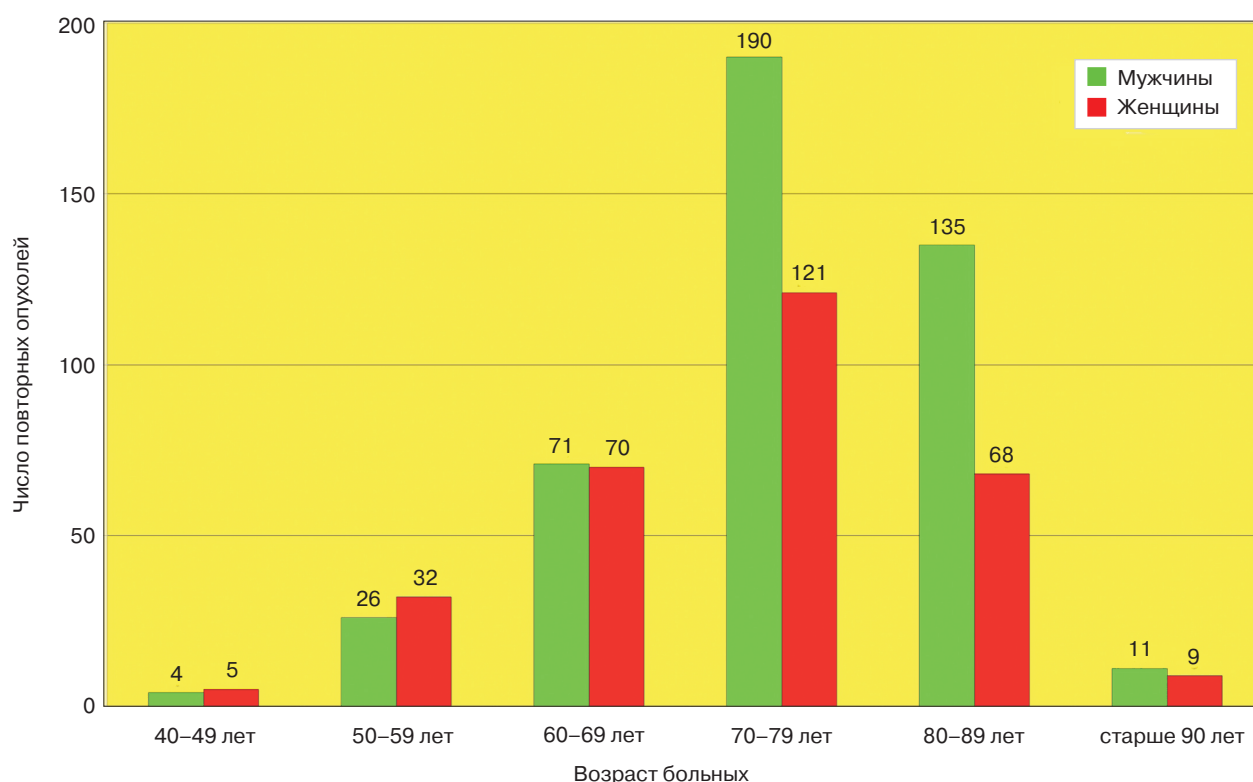


Рис. 4. Распределение по возрасту повторных опухолей у мужчин и женщин (абс.), n=742

повторные опухоли, т. е. у каждого 10-го пациента. Nugent Z. и соавторы (2005) [18] описали 43 275 пациентов, излеченных от опухолей кожи (21,3% — ПКР, 74,2% — БКР, 4,5% — другие неоплазии кожи, кроме меланомы). В течение 44 лет у них диагностированы повторные опухоли: у 16% больных после БКР и у 17% — после ПКР, с максимальной частотой в течение первых 4 лет после лечения первого рака. Askling J. и соавторы (1999) [19] опубликовали данные популяционного когортного исследования в Швеции за 38 лет. Среди повторных опухолей у пациентов с первичным ПКР наиболее часто выявляли неходжкинскую лимфому, рак толстой кишки, молочной и предстательной желез, легкого. В статье не указано общее количество больных, что затрудняет интерпретацию и сравнение полученных результатов с нашими.

Аналогичных работ в отечественной литературе в условиях длительного мониторинга и на большом количестве больных РК мы не встретили.

К основным локализациям вторых опухолей относились: кожа — 44,7%, желудочно-кишечный тракт — 11,6% (из них доля новообразований желудка составила 5,5%, неоплазий ободочной и прямой кишки — 6,1%), легкие — 6,9%, молочные железы — 6,6%, предстательная железа — 5,7% (рис. 5).

Результаты аналогичных отечественных и зарубежных исследований не отличаются однонаправленностью. Так, в исследовании И.В. Решетова и соавторов (2000) из 56 пациентов с первично-мно-

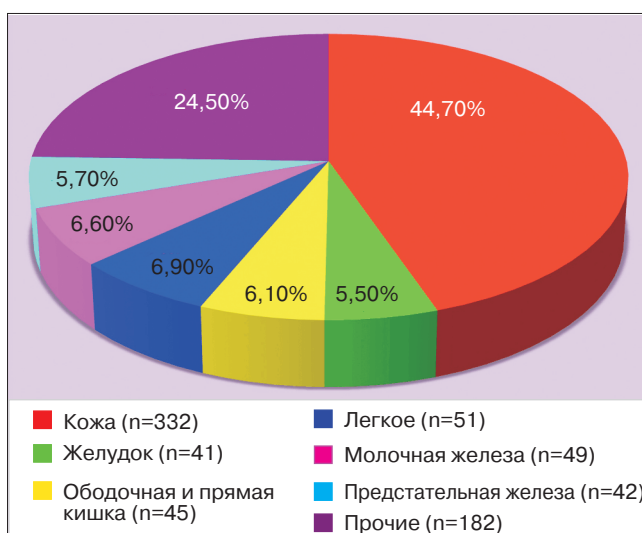


Рис. 5. Структура вторых злокачественных новообразований у больных после излеченного рака кожи (%), n=742

жественным РК опухоли желудка диагностированы у 3,7%, легкого — у 24,5%, молочной железы — у 15%, женских половых органов — у 7,5%, щитовидной железы — у 5,6% больных [20]. Приведенные данные отличаются от наших результатов, что, возможно, связано с небольшим количеством наблюдений (56 человек) этих авторов.

По данным Н.П. Малишевской (1999), у 292 мужчин с ЗНК рак желудочно-кишечного тракта диагностирован у 37% пациентов, из них у 22,2% — с

локализацией в толстой кишке; рак легких — у 25,9%. В 74,2% случаев отмечались метастатические опухоли, в 25,8% — синхронные [11]. В указанной работе учитывали не только БКР и ПКР, но и меланому, что может являться причиной различий в сопоставлении этих результатов с нашими.

В США Brewster A. M. и соавторов (2004) у каждого шестого больного РК выявили повторные неоплазии (у 80 из 481), в структуре которых рак простаты составил 17,8%, легкого и молочной железы — по 15%, мочевого пузыря и желудочно-кишечного тракта — по 8,7%, меланомы, лимфома и опухоли печени — по 7,5%, прочие — 12,5%. Повторные неоплазии кожи авторы не учитывали [12].

По материалам онкологического регистра Дании, у пациентов, наблюдавшихся в течение 14 лет с момента постановки диагноза РК, наиболее часто повторными злокачественными новообразованиями являлись рак губы, слюнных желез, гортани, легкого, молочной железы, почек и лимфопролиферативных органов. Риск развития других соматических опухолей после излеченного БКР и ПКР кожи был выше на 15–30%, чем в популяции в целом [17].

F. Levi и соавторы (1998) проанализировали информацию о 11 878 больных базалиомой кожи с 1974 по 1994 г., содержащуюся в канцер-регистре Швейцарии. Значительное увеличение риска забо-

леть в наблюдаемой группе отмечено для рака губы, ПКР, меланомы и неходжкинской лимфомы [21].

В нашем исследовании вторые злокачественные новообразования всех основных локализаций, кроме молочной железы, чаще обнаруживали у мужчин (рис. 6).

Повторные неоплазии кожи выявлены у 483 пациентов, причем у мужчин (302 — 62,5%) в 1,7 раза чаще, чем у женщин (181 — 37,5%).

Зарегистрированы 332 вторые опухоли кожи: 201 (60,5%) — у мужчин, 131 (39,5%) — у женщин. 103 пациента имели по три опухоли (67 мужчин, 36 женщин), 30 человек — по четыре опухоли (20 мужчин, 10 женщин), 11 больных — по пять опухолей (7 мужчин, 4 женщины), у 5 мужчин зарегистрировано по шесть опухолей кожи после РК в анамнезе, у двоих — по 7 (рис. 7). Обращает на себя внимание тот факт, что среди мужского населения выявлено по 6 и 7 повторных опухолей кожи, среди женского — максимально — только 5.

Из 332 человек у 317 диагностирован второй БКР (95,5%), у 15 — ПКР (4,5%). Причем в первые пять лет диспансерного наблюдения выявлено почти половина (49,7%) новообразований (165 из 332) с максимумом на 2-м году наблюдения. Далее частота возникновения повторных опухолей кожи постепенно снижалась, но и через 20 лет после излечения

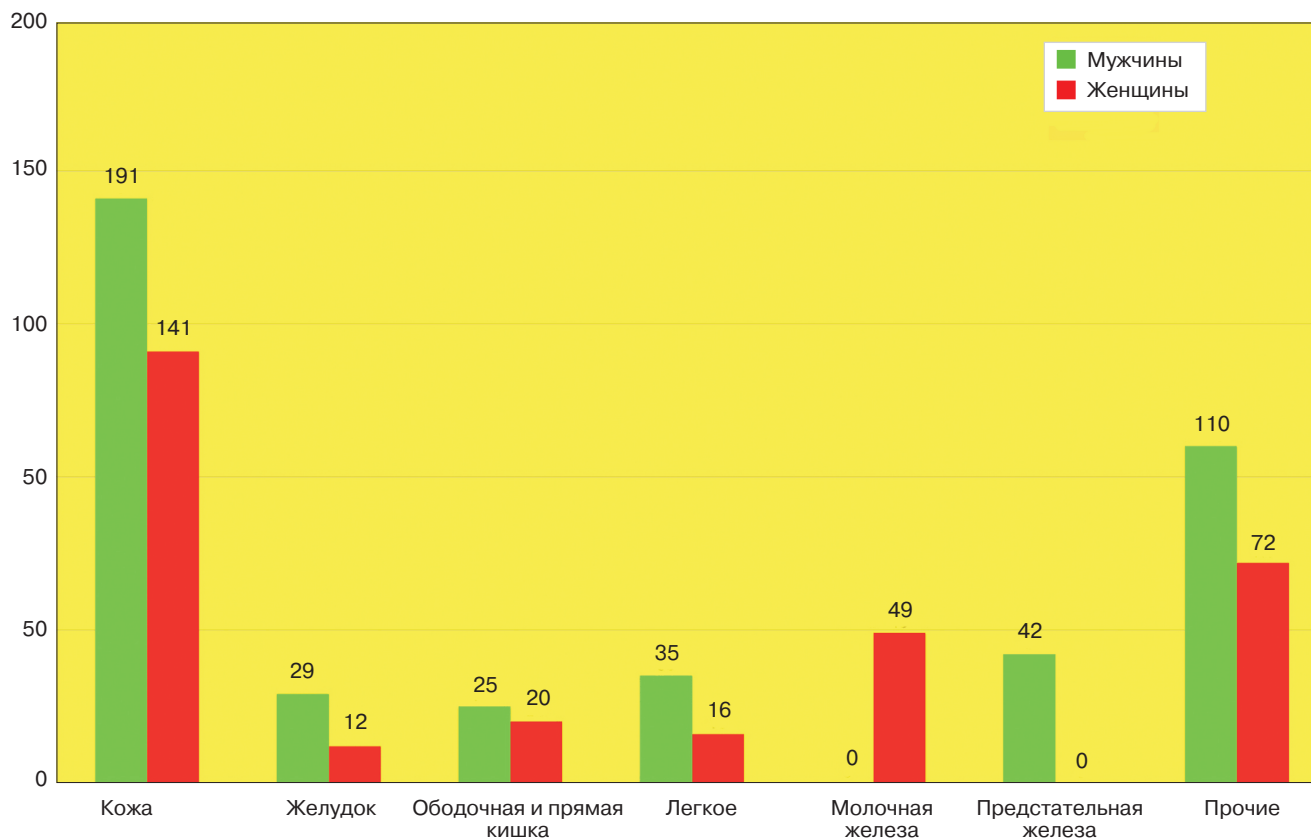


Рис. 6. Распределение по локализациям вторых злокачественных новообразований у мужчин и женщин (абс.), n=742

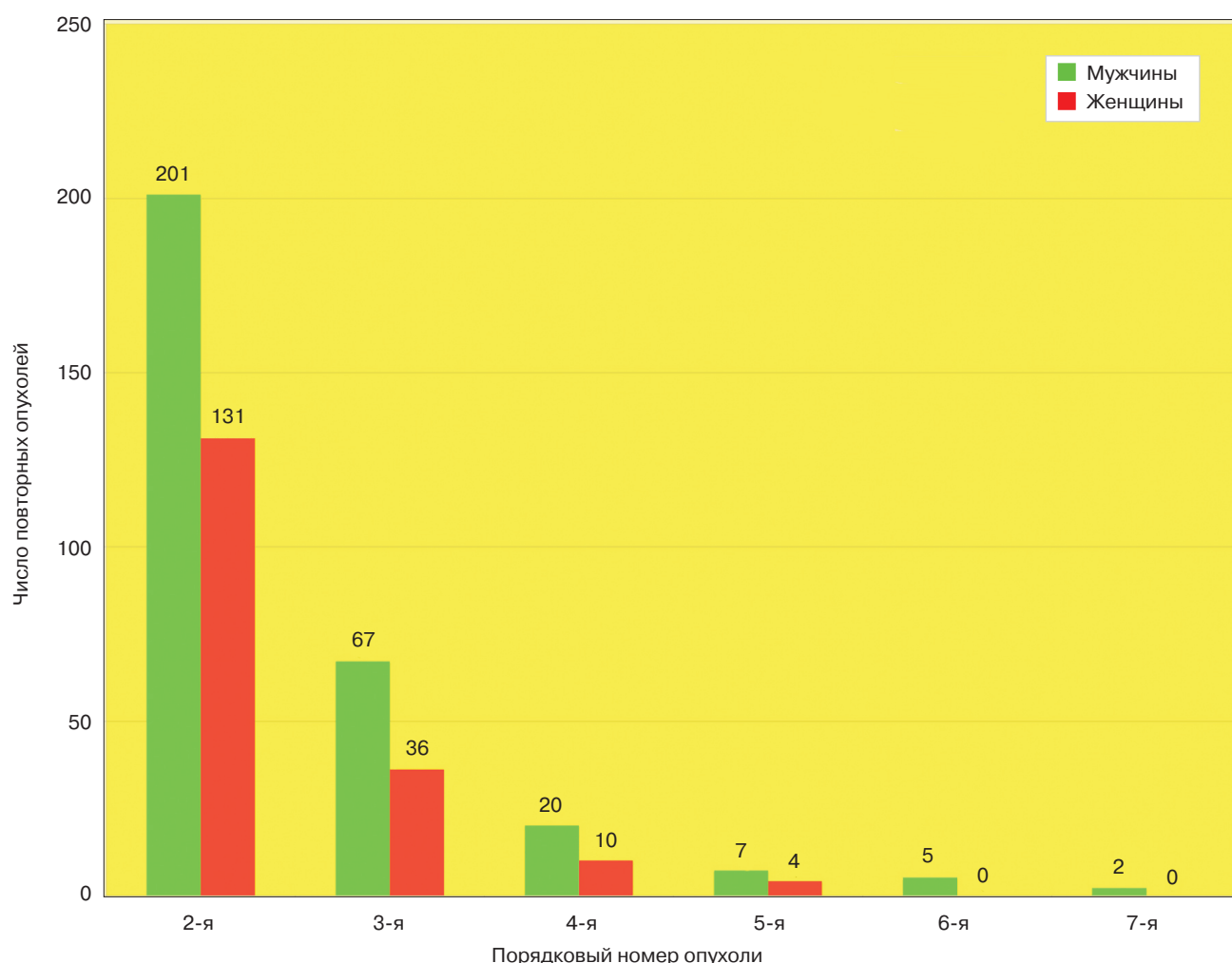


Рис. 7. Повторные опухоли кожи после излеченного рака кожи (абс.), n=483

первичного РК составляла в среднем 3 неоплазии в год (рис. 8).

В первые 4 года наблюдения у мужчин повторные опухоли кожи диагностированы в 2 раза чаще, чем у женщин (рис. 9).

Полученные результаты сопоставимы с проведенными ранее зарубежными исследованиями I. Marcil and R.S. Stern (2000) [10], показавшими, что у больных с БКР в течение первых 3 лет наблюдения наиболее высок риск развития повторного БКР, частота которого составляет 33–44%, что в 10 раз выше, чем в популяции в целом. У пациентов, перенесших ПКР, риск возникновения повторной аналогичной опухоли около 18%, что также в 10 раз превышает аналогичный среднепопуляционный показатель. После БКР только в 1–6% случаев (ниже, чем в популяции) развивался ПКР [10, 17, 21].

Неоплазии висцеральной локализации у пациентов после излеченного РК составили 55,3% от общего числа повторных опухолей. Из них: рак желудочно-кишечного тракта — 11,6% (желудка — 5,5%, ободочной и прямой кишки — 6,1%), легкого — 6,9%, молочной и предстательной железы — 6,6

и 5,7% соответственно, прочие — 24,5% (см. рис. 5). Рак желудка и легкого после излеченного рака кожи в 2 раза чаще встречался у мужчин (опухоли желудка — у 28 мужчин и 13 женщин, опухоли легкого — у 34 мужчин и 17 женщин). Неоплазии толстой и прямой кишки зарегистрированы у 24 мужчин и 21 женщины.

41 опухоль желудка (5,5%) обнаружена у половины больных (у 20 из 41) в первые пять лет динамического наблюдения, причем вероятность их диагностики наиболее высока в первые три года. Но и на 9-м году мониторинга после излеченного РК выявлено 9,5% опухолей желудка. В дальнейшем частота этой онкопатологии несколько снижалась (рис. 10).

За указанный период наблюдения зарегистрировано 45 (6,1%) неоплазий ободочной и прямой кишки (см. рис. 5). При этом 75% опухолей обнаружены в течение первых 9 лет наблюдения. 40% всех заболеваний выявлено в первые два года наблюдения (рис. 11).

При длительном мониторинге пациентов после излеченного рака кожи диагностирована 51 (6,9%)

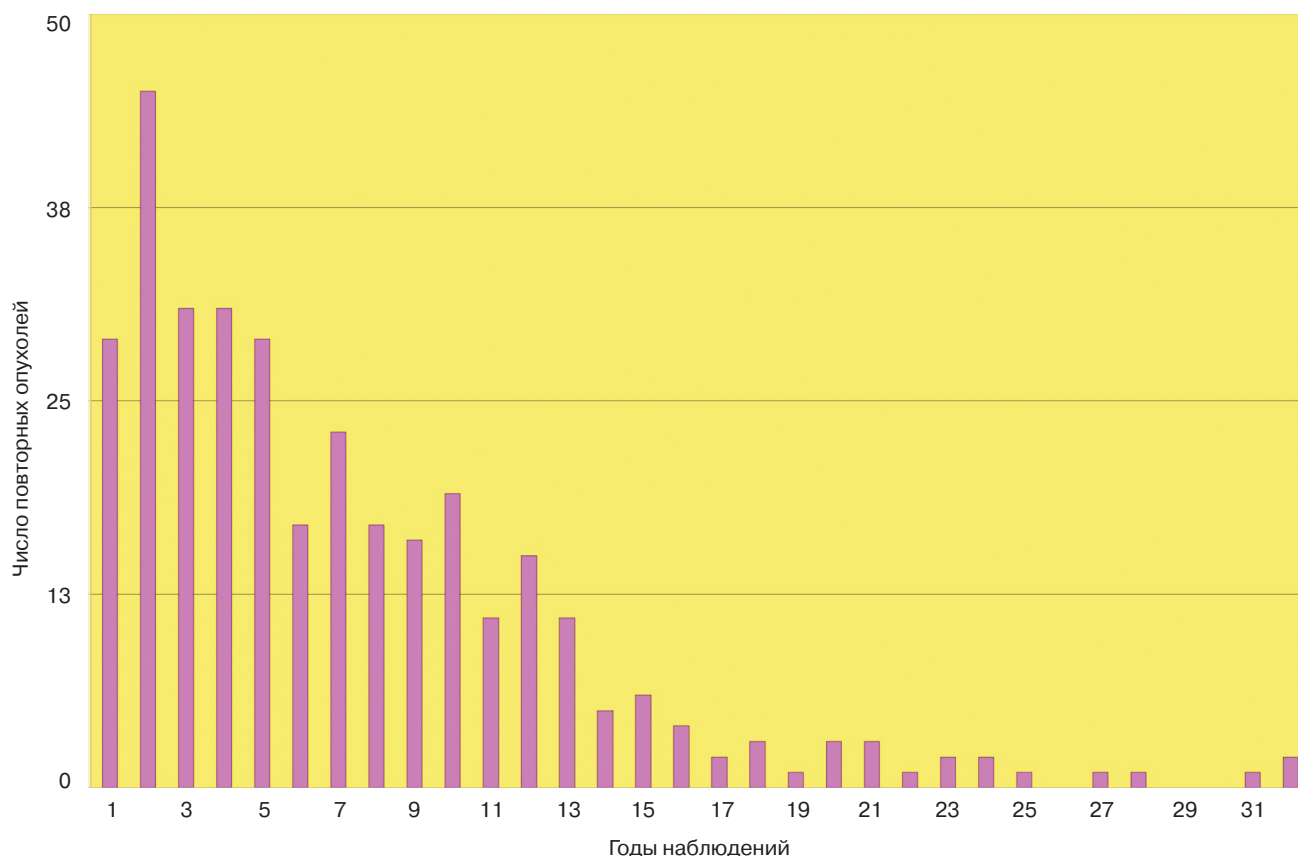


Рис. 8. Распределение по годам заболеваний второй опухолью кожи после излеченного рака кожи (абс.), n=332

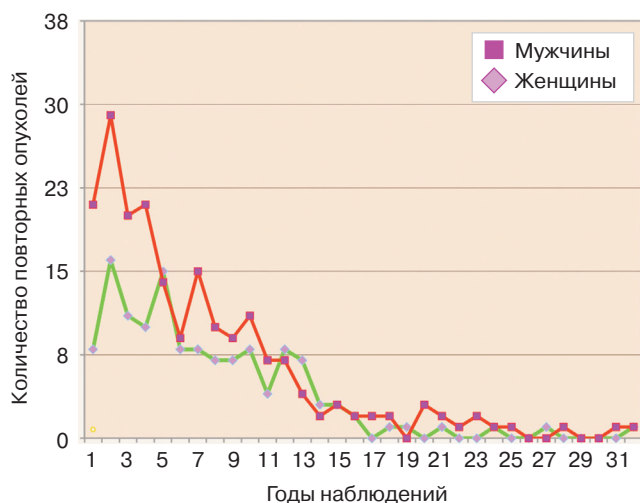


Рис. 9. Распределение по годам заболеваний второй опухолью кожи после излеченного рака кожи у мужчин и женщин (абс.), n=332

опухоль легкого (см. рис. 5), выявленная почти в половине случаев в первые 4 года наблюдения. Чаще всего (21 опухоль — 41,2%) рак легкого регистрировали в течение первых 2 лет наблюдения (рис. 12).

У женщин после излеченного РК было выявлено 48 опухолей молочной железы и 1 опухоль — у мужчины (6,6%) (см. рис. 5). В первые 4 года зарегистрировано 49% от общего числа новооб-

разований, а в последующие 4 года — еще почти 30%. В дальнейшем частота выявления снизилась (рис. 13).

Наиболее высокую частоту выявления рака простаты в исследуемой группе отмечали в первый год наблюдения (26%). В первые четыре года после излеченного РК зарегистрировали 47,6% от общего числа новообразований предстательной железы. Обращает на себя внимание, что 24% опухолей данной локализации обнаружены после 15 лет мониторинга (рис. 14).

Заключение

Основное преимущество нашего исследования заключается в возможности наблюдать большие контингенты больных РК, а также клинически здоровых лиц после излеченного первичного РК. Именно в последней группе в наибольшей степени реализуется вероятность появления повторных неоплазий. Сравнительный анализ заболеваемости повторной кожной и висцеральной онкопатологией у больных с излеченным РК доказывает необходимость внесения корректив в существующие скрининговые программы — необходимость динамического наблюдения больных, излеченных от РК, в течение десяти лет и более с целью ранней и своевременной диагностики повторных злокачественных новообразований.

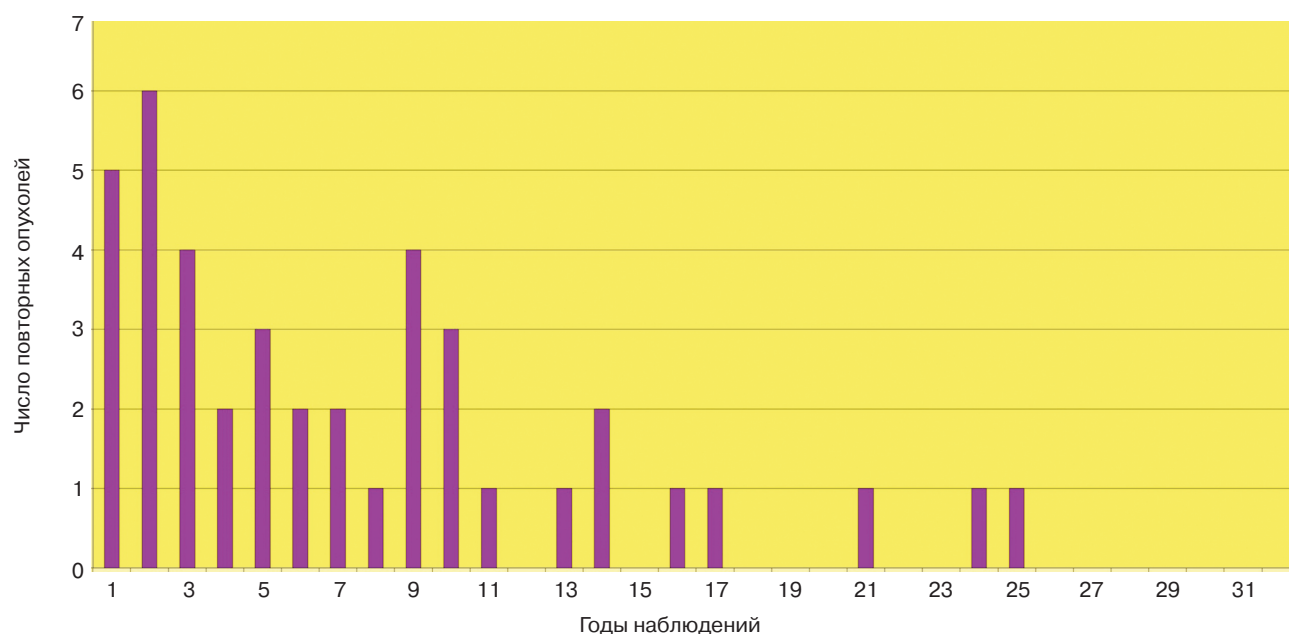


Рис. 10. Распределение по годам заболеваний раком желудка после излеченного рака кожи (абс.), n=41

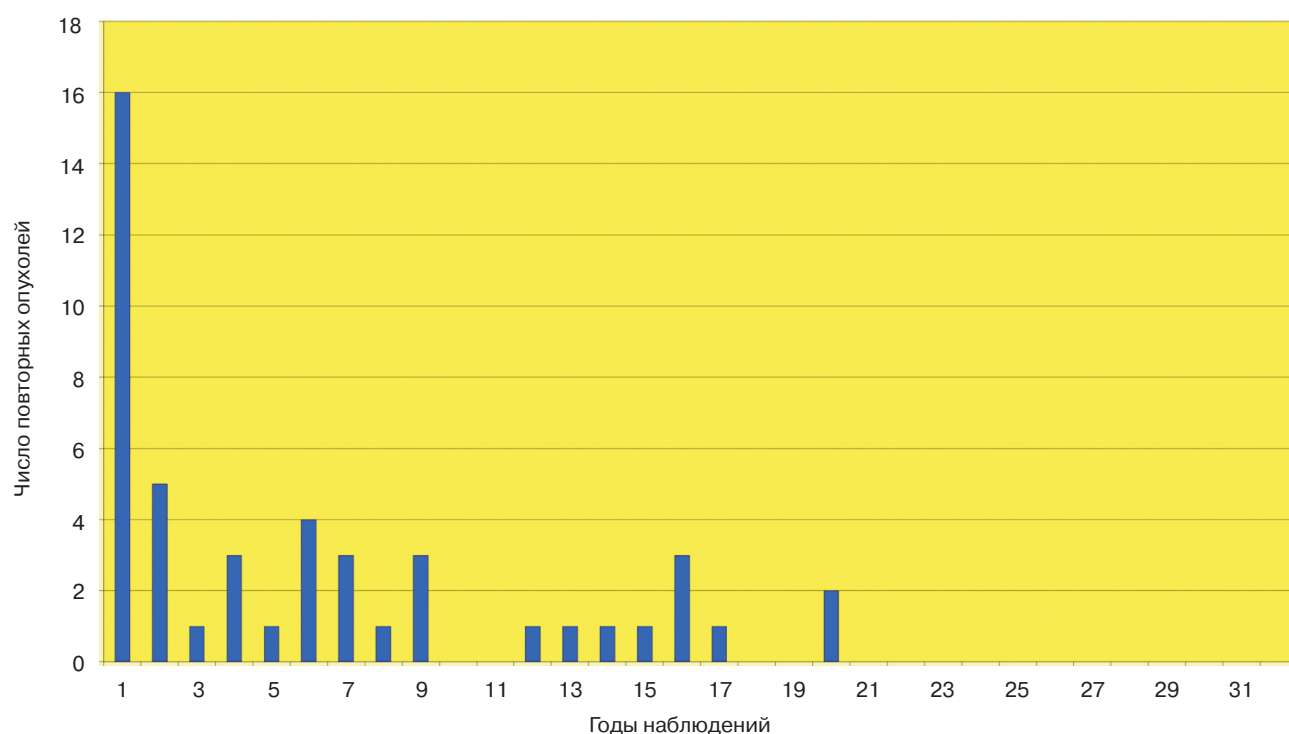


Рис. 11. Распределение по годам заболеваний раком ободочной и прямой кишки после излеченного рака кожи (абс.), n=45

Выводы

При длительном постоянном мониторинге у каждого третьего больного после излеченного РК возникали повторные опухоли.

Среди них:

- у 332 (44,7%) – рак кожи (преимущественно у мужчин – 60,5%);

- у 86 (11,6%) – рак органов желудочно-кишечного тракта (преимущественно у мужчин – 60,5%);

- у 51 (6,9%) – рак легкого (преимущественно у мужчин – 67%);

- у 49 (6,6%) – рак молочной железы;

- у 42 (5,7%) – рак предстательной железы;

- у 182 (24,5%) – неоплазии других локализаций.

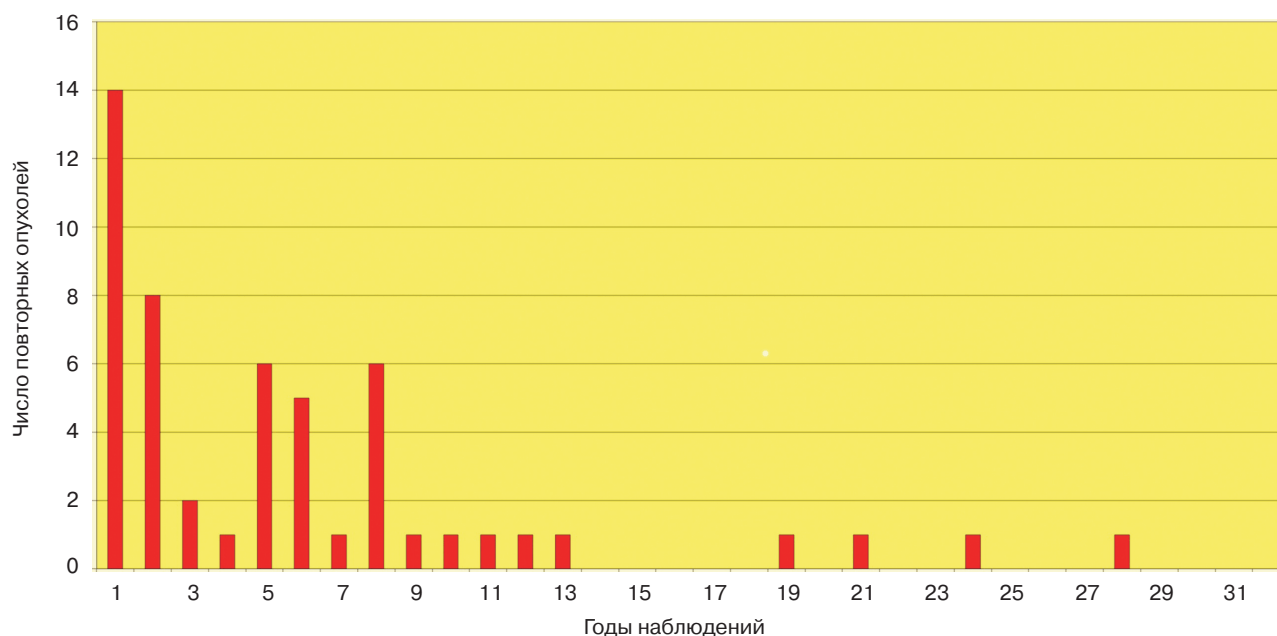


Рис. 12. Распределение по годам заболеваний раком легкого после излеченного рака кожи (абс.), n=51

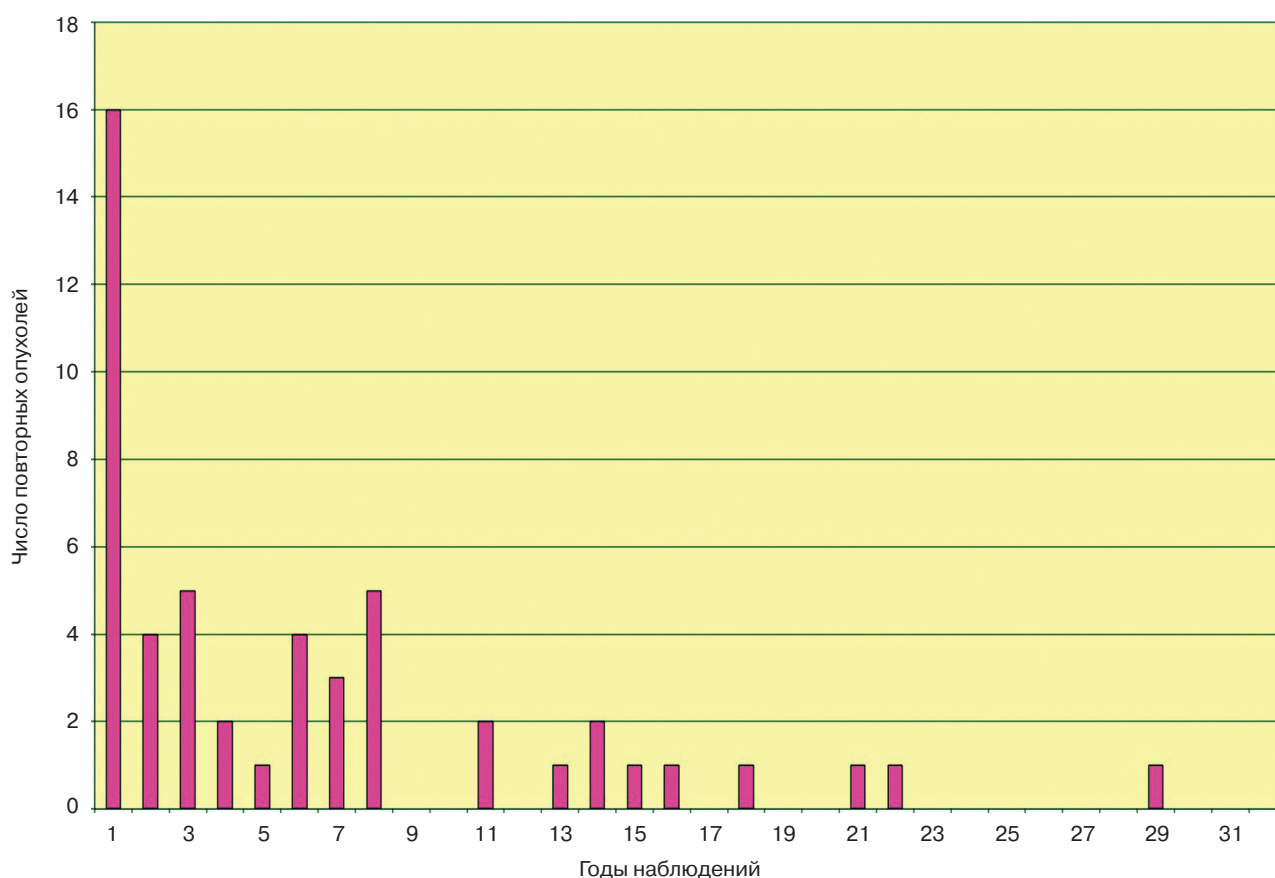


Рис. 13. Распределение по годам заболеваний раком молочной железы после излеченного рака кожи (абс.), n=49

Столь высокая заболеваемость повторными неоплазиями различных локализаций может свидетельствовать о том, что РК является маркером онкологического «неблагополучия» в организме.

Первый пик заболеваний повторными опухолями после излечения первичного РК приходился на первые два года наблюдения, второй – на 8–9-й годы мониторинга.

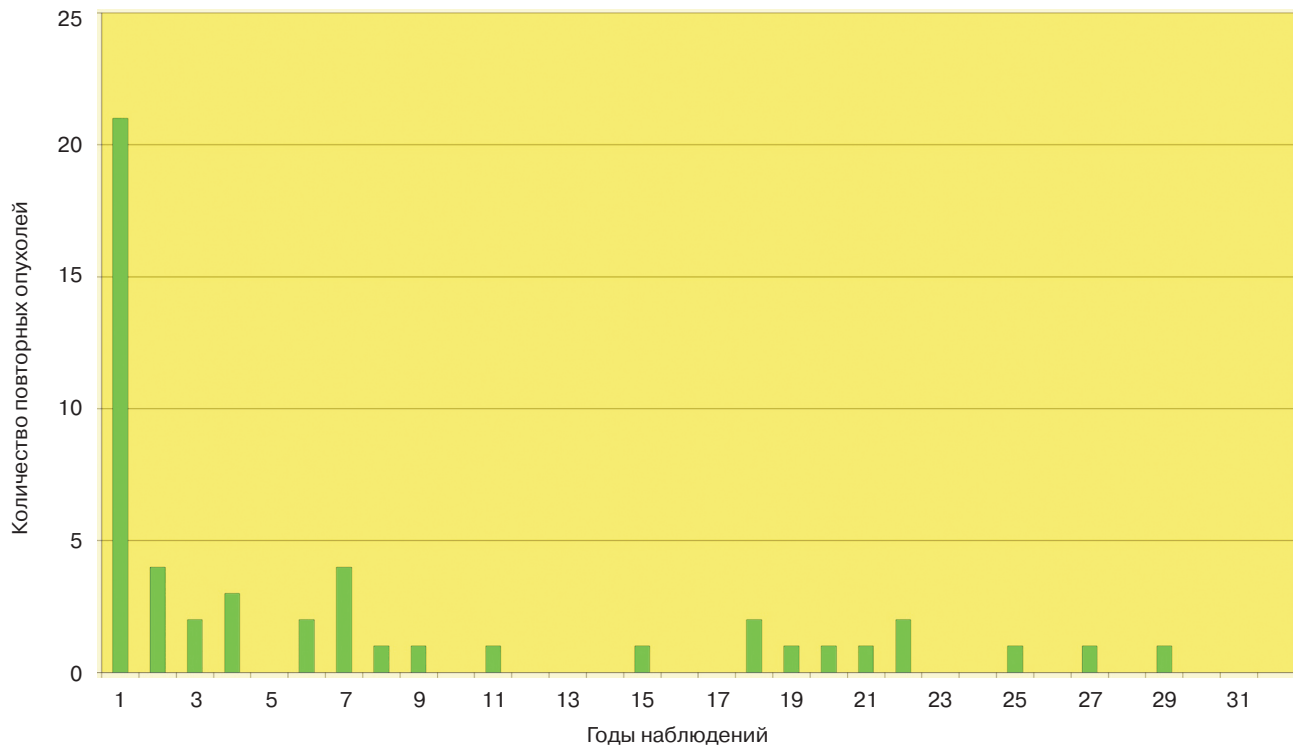


Рис. 14. Распределение по годам заболеваний раком предстательной железы после излеченного рака кожи (мужчины) (абс.), n=42

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Программа активного наблюдения лиц после излеченного РК может быть оптимизирована следующим образом:

1. Больные остаются под диспансерным наблюдением пожизненно. Особое внимание необходимо уделять первым 10 годам диспансерного наблюдения.

2. С целью диагностики повторных неоплазий после излеченного РК пациентам показано регулярное обследование:

2.1. Кожа: осмотр дерматолога — 1 раз в 3 мес в течение первых двух лет наблюдения, далее — 1 раз в год пожизненно. Осмотр дерматолога необходимо дополнять дерматоскопией (с фотофиксацией) и/или УЗИ кожи.

2.2. Обследование желудочно-кишечного тракта, легких, молочных желез и предстательной железы — согласно утвержденным стандартам.

ЛИТЕРАТУРА

1. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2012 г. Под редакцией Давыдова М.И., Аксель Е.М. М., 2014, 226 с.
2. American Cancer Society. Cancer Facts and Figures 2014. American Cancer Society Inc. Atlanta (GA). 2014, 72 p.
3. Cancer incidence in five continents, Vol. IX. Ed. Curado M.P., Edwards B., Storm H. et al. Lyon, France, IARC Scientific Publications. 2007, No. 160, p. 58-59.
4. Первично-множественные злокачественные опухоли: руководство для врачей. Под ред. Чиссова В.И., Трахтенберга А.Х. М., «Медицина». 2000, с. 286-310.

5. Юрин А.Г. Критерии диагностики и правила регистрации злокачественных и доброкачественных первично-множественных опухолей. *Вопр. онкол.* 2003, № 3, с. 376-382.
6. Казубская Т.П., Белев Н.Ф., Нефедов М.Д. и соавт. Клинико-генетический анализ первично-множественных злокачественных новообразований. *Рос. онкол. журнал.* 2007, № 2, с. 4-8.
7. Панова А.Ю. Клинико-эпидемиологические особенности и лечение первично-множественного рака кожи. Автореферат дисс. канд. мед. наук. М., 2007, 25 с.
8. Курдина М.И., Виноградова Н.Н., Заев С.Н., Лапина Е.Ю. Роль длительного наблюдения в выявлении первично-множественного рака кожи. *Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина.* 2010, т. 21, № 3, с. 42-47.
9. Пислакова Т.П. Региональный регистр базально-клеточного рака кожи как основа мониторинга, диспансеризации и оптимизации лечения больных. Дисс. д-ра мед. наук. Челябинск, 2004, 233 с.
10. Marciel I., Stern R.S. Risk of developing a subsequent nonmelanoma skin cancer in patients with a history of nonmelanoma skin cancer a critical review of the literature and meta-analysis. *Arch. Dermatol.* 2000, v. 136, No. 12, p. 1524-1530.
11. Малишевская Н.П. Клинико-эпидемиологические особенности злокачественных новообразований кожи на Среднем Урале (влияние экологических факторов, предопухолевый фон, организация раннего выявления и профилактики). Дисс. д-ра мед. наук. Екатеринбург, 1999, 308 с.
12. Brewster A.M., Alberg A.J., Strickland P.T. et al. XPD polymorphism and risk of subsequent cancer in individuals with nonmelanoma skin cancer. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2004, v. 13, No. 8, p. 1271-1275.
13. Troyanova P., Danon S., Ivanova T. Nonmelanoma skin cancers and risk of subsequent malignancies: a cancer registry based study in Bulgaria. *Neoplasma.* 2002, v. 49, No. 2, p. 81-85.

14. Karagas M.R., Greenberg E.R., Mott L.A. et al. Occurrence of other cancers among patients with prior basal cell and squamous cell skin cancer. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 1998, v. 7, No. 2, p. 157-161.
15. Friedman G.D., Tekawa I.S. Association of basal cell skin cancers with other cancers (United States). *Cancer Causes Control.* 2000, v. 11, No. 10, p. 891-897.
16. Сельчук В.Ю. Первично-множественные злокачественные опухоли (клиника, лечение, закономерности развития). Автореферат дисс. д-ра мед. наук. М., 1994, 68 с.
17. Frisch M., Hjalgrim H., Olsen J.H., Melbye M. Risk for subsequent cancer after diagnosis of basal-cell carcinoma. A population-based, epidemiologic study. *Ann. Intern. Med.* 1996, v. 125, No. 10, p. 815-821.
18. Nugent Z., Demers A.A., Wiseman M.C. et al. Risk of second primary cancer and death following a diagnosis of nonmelanoma skin cancer. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2005, v. 14, No. 11, p. 2584-2590.
19. Askling J., Sorensen P., Ekbom A. et al. Is history of squamous-cell skin cancer a marker of poor prognosis in patients with cancer? *Ann. Intern. Med.* 1999, v. 131, No. 9, p. 655-659.
20. Решетов И.В. Злокачественные опухоли кожи при первично-множественном поражении. В книге «Первично-множественные злокачественные опухоли». М., «Медицина». 2000, с. 286-310.
21. Levi F., La Vecchia C., Te V.C. et al. Incidence of invasive cancers following basal cell skin cancer. *Am. J. Epidemiol.* 1998, v. 147, No. 8, p. 722-726.

Статья поступила 03.02.2015 г., принята к печати 03.03.2015 г.
Рекомендована к публикации Е.А. Сушенцовым

POLYNEOPLASIA WITH SKIN CANCER

Kurdina M.I.¹, Vinogradova N.N.², Zaev S.N.²

¹ MEDSI, KDC, Moscow

² Central Clinical Hospital of the President's Administration of the Russian Federation, Moscow

Key words: skin cancer, multiple primary tumors

Background. Analysis of the structure of subsequent malignancies in a follow up group of patients after the treatment of skin cancer.

Methods. 2801 case reports of the patients with skin cancer.

Results. 2801 patients were actively followed during 32 years. Among these persons were observed 740 subsequent neoplasms at various sites, mainly at skin, gastrointestinal system, lung, breast and prostate.

Conclusion. it is advisable to make adjustments to existing screening programs.