

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого» Министерства
здравоохранения Российской Федерации ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф.
Войно-Ясенецкого

Кафедра онкологии и лучевой терапии с курсом ПО

РЕФЕРАТ

Дифференциальная диагностика пигментных невусов кожи

Заведующий кафедрой:

ДМН, профессор Зуков Р.А.

Проверил: КМН, доцент Гаврилюк Д.В.

Выполнила: ординатор Левченко Е.А.

Красноярск 2019

План

1. Введение.....	3
2. Классификация	3
3. Этиология и патогенез	4
4. Диагностика	5
5. Признаки озлокачествления пигментных невусов	5
6. Виды пигментных образований.....	5
6.1.Пограничный невус (юнкциональный).....	5
6.2.Невус сложный	7
6.3.Невус внутридермальный.....	8
6.4.Невус Шпиц (юношеская меланома)	8
6.5.Галоневус (Невус Саттона)	10
6.6.Рис.5 Галоневус (Невус Саттона).....	10
6.7.Синий невус (невус голубой, Невус Ядассона-Тиче).....	11
6.8.Гигантский пигментный невус	12
6.9.Невус диспластический	13
7. Осложнения пигментных образований.....	15
8. Диагностика	15
9. Ранние признаки малигнизации невуса	16
10.Лечение.....	16
11.Заключение.....	18
12. Список литературы	19

Введение

Новообразования кожи представляют собой неоднородную группу заболеваний, состоящую из *опухолей кожи, невусов, вторичных метастатических опухолей и специфических гемодермий*.

Опухоли представляют собой очаги патологической пролиферации тканей, продолжающейся после прекращения действия вызвавших ее этиологических факторов. По прогнозу опухоли подразделяются на доброкачественные, злокачественные и преинвазивные (предраковые). По происхождению опухоли могут быть первичными, т. е. возникать из собственных тканей кожи (опухоли кожи) и вторичными, развивающимися вследствие метастазирования в нее злокачественных клеток онкологических заболеваний внутренних органов (вторичные метастатические опухоли) или пролиферации в коже патологических клеток злокачественных заболеваний кроветворной системы (специфические гемодермии или лейкомы кожи).

Доброкачественные опухоли кожи следует отличать от невусов (пороков развития кожи). Последние представляют собой доброкачественные образования (как врожденные, так и проявляющиеся в разные периоды жизни), которые состоят из нормальных клеток и структур, патологически скоординированных друг с другом ("тканевое уродство"). В некоторых случаях имеют место смешанные новообразования, имеющие признаки как доброкачественных опухолей кожи, так и невусов.

Опухоли кожи и пороки ее развития делятся на эпителиальные (происходящие из эпидермиса и придатков кожи), мезенхимальные (развивающиеся из соединительной ткани, жировой ткани, сосудов) и нейроэктодермальные (возникающие из нервов). Пигментными невусами принято называть пороки развития кожи, происходящие из невусных клеток (меланоцитов).

Пигментный невус — доброкачественное поражение кожи, развивающееся из меланоцитов (невусных клеток) эпидермиса или дермы.

Классификация

- Пограничный невус (юнкциональный)
- смешанный (сложный) невус
- внутридермальный невус
- эпителиоидный (веретенноклеточный) невус (невус Шпитца, юношеская меланома)
- галоневус

-гигантский пигментный невус

-синий невус

-диспластический невус

По размерам: от 0,5 до 1,5 см — мелкие невусы; от 1,5 до 10 см – средние неводермальные невусы; свыше 10 см – крупные пигментные невусы; гигантские невусы – площадь поверхности невуса полностью охватывает целую область тела.¹

Невусы разделяют на меланомонеопасные и меланомоопасные. К группе меланомонеопасных невусов относят внутридермальный пигментный невус, фиброэпителиальный невус, папилломатозный невус, «монгольское» пятно, галлонеvus (невус Сеттона) и некоторые другие образования кожи (себорейную кератому, гемангиому, телеангиэктатическую гранулему, лентикулярную дерматофибром, гистиоцитому). В группу меланомоопасных невусов и поражений кожи входят пограничный пигментный невус, синий невус, невус Ота, гигантский пигментный невус и ограниченный предраковый меланоз Дюбрея, диспластический невус.

Этиология и патогенез

новообразований кожи изучены недостаточно. Считается, что их причинами могут являться наследственная предрасположенность, ультрафиолетовое, радиационное или рентгеновское излучение, вирусная инфекция, хроническая травматизация кожи и воздействие на нее канцерогенных веществ, укусы насекомых, метастазирование онкологических заболеваний, длительно незаживающие кожные язвы. В большинстве случаев этиология новообразований не устанавливается. В патогенезе опухолей кожи играет роль также и ослабление иммунной функции кожи по надзору за опухолевыми клетками, вызванное иммуносупрессивной терапией сопутствующих заболеваний, а также другими этиологическими факторами.

Пигментный невус образовывается на эмбриональном этапе развития, в процессе формирования будущих кожных покровов. В результате генетической деструкции ДНК-клетки невоцита нарушается процесс репликации. Внутренняя структура приобретает возможность удерживать большое количество пигментного вещества. За счет этого появляются скопления клеток, наполненных красящим веществом.

Причины приобретенных новообразований заключаются в воздействии неблагоприятных факторов на кожный покров ребенка или взрослого человека.

¹ «Дерматоонкология» под редакцией Г.А. Галил-Оглы, В.А. Молочкова, Ю.В. Сергеева 2015 г. Стр 67-71

У женщин это могут быть гормональные перестройки организма в разные периоды жизни. Причины приобретения доброкачественных образований - солнечные ванны, изменение климата, рациона, прием некоторых лекарственных препаратов, профессиональные вредности, инфекции и хронические воспалительные процессы, постоянная травматизация кожи и/или уже имеющегося образования на коже.

Диагностика

новообразований основывается на клинических данных, уточненных результатами обязательных гистологических исследований.²

Признаки озлокачествления пигментных невусов

1. изменение окраски (уменьшение или увеличение пигментации)
2. рост (по площади или в высоту)
3. увеличение размеров
4. уплотнение
5. изъязвление и кровоточивость
6. венчик гиперемии
7. зуд, жжение, тепло (появление субъективных ощущений)
8. появление саттелитов (черных точек на коже вокруг), луч разрастание
9. выпадение волос
10. увеличение регионарных лимфоузлов

Виды пигментных образований

Пограничный невус (юнкциональный)

Преобладающий возраст. Пограничный пигментный невус чаще является врожденным, однако нередко он появляется в первые годы жизни или даже после, полового созревания.

² М.И. Давыдов, П.Х. Ганцев "Онкология", учебное пособие 2014 г. Стр 96-100

Локализация. На любых участках кожного покрова. Необходимо отметить, что, по данным литературы, пигментные невусы на коже ладоней, подошв и половых органов почти всегда бывают пограничными.³

Клиническая картина. Клинически пограничный пигментный невус чаще всего имеет вид плоского узелка темно-коричневого, темно-серого или черного цвета, округлой или овальной формы. Поверхность его сухая, гладкая, реже слегка перовная. Волос, в том числе и пушковых, никогда не бывает –это важный дифференциально-диагностический признак. Чаще бывает один элемент, но возможны и множественные; иногда пограничный невус выглядит пятном или очень незначительно инфильтрированным узелком неправильной формы с волнистыми краями, темно-коричневого, черного или синюшно-фиолетового цвета. Пограничный пигментный невус варьирует от нескольких миллиметров до 4-5 см в диаметре; в большинстве случаев, однако, диаметр не превышает 1 см.

Своеобразными вариантами пограничного пигментного невуса можно считать так называемые кокардный невус постепенно усиливающейся пигментацией по периферии в форме концентрических колец и, также пятнистый пигментный невус, при котором на фоне плоского светло-коричневого очага имеются более пигментированные точечные вкрапления.

Патоморфология. Гистологически выявляют четко ограниченные гнезда невусных клеток в нижнем слое эпидермиса. Количество меланина в этих клетках незначительное.⁴

Дифференциальный диагноз. Клинически пигментный пограничный невус чаще всего приходится отличать от некоторых форм кавернозной гемангиомы. Для последней характерна более мягкая («сосудистая») консистенция узелка, цвет его обычно более светлый. Реже представляет трудность клинический дифференциальный диагноз между пигментным пограничным невусом и небольшой единичной себорейной («старческой») кератомой; здесь имеет значение менее ровная («шершавая») и, как правило, сальная поверхность кератомы.

Течение и прогноз. Является меланомоопасным, особенно после полового созревания.

³ Опухоли кожи меланогенной природы, учебное пособие для врачей. Дядькин В.Ю., Шамов Б.А., Халилов Б.В. Казань – 2014. Стр. 9-20

⁴ «Патоморфологическая диагностика заболеваний кожи» Г.М. Цветкова, В.И. Мордовцев 2012 г.



Рис.1 Пограничный невус (юнкциональный) на внутренней поверхности стопы.

Невус сложный

Невус сложный (невус дермоэпидермальный) является переходным типом развития меланоцитарного невуса.

Локализация. Лицо, волосистая часть головы, туловища, конечности.

Клиническая картина. Клинически выглядит в виде темно-коричневой, иногда почти черной папулы, куполообразной формы, напоминающей бородавку. Поверхность ее гладкая, реже бородавчатая, иногда с папилломатозом.

- Редко достигает 1 см в диаметре
- Часто отмечается рост щетинистых волос

Патоморфология. Гистологически определяют, что невусные клетки располагаются в гнездах, шнурах и скоплениях в эпидермисе и дерме. Приобретенные невусы являются доброкачественными новообразованиями. Их удаляют только с косметической целью.



Рис.2 Невус сложный (невус дермоэпидермальный)

Невус внутридермальный

Невус внутридермальный встречается наиболее часто.

Преобладающий возраст. Обычно появляется к 10-30 годам.

Локализация. Лицо и шея, реже туловище и конечности.

Клиническая картина. Представляет собой папулу или узел диаметром около 1 см, чаще полушаровидной формы. Цвет варьирует от коричневатого, до почти черного. Нередки телеангиэктазии. Со временем у невуса, особенно если он расположен на туловище, может появиться ножка или он приобретает бородавчатую форму.

Патоморфология. Гистологически выявляют тяжи и гнезда невусных клеток в среднем, реже в нижнем слое дермы (но не в сосочковом и подсосочковом). Клетки крупные, различных величины и формы, с одним ядром или несколькими ядрами, которые располагаются розеткообразно или тесно прилегают друг к другу в центре клетки, что свидетельствует о доброкачественном течении.⁵



Рис.3 Невус интраэпидермальный (внутриэпидермальный)

Невус Шниц (юношеская меланома)

Невус веретенноклеточный, или эпителиоидный -доброкачественная меланоцитарная опухоль.

Преобладающий возраст. Обычно встречается у детей, хотя иногда встречается у взрослых, после 40 лет почти никогда.

Локализация. Чаще располагается на лице, щеках, ногах.

⁵ «Патоморфологическая диагностика заболеваний кожи» Г.М. Цветкова, В.И. Мордовцев 2012 г.

Клиническая картина. Опухоль чаще единичная, круглой или куполообразной формы, с гладкой безволосой или бородавчатой поверхностью, реже множественная. Цвет -розовый, желто-коричневый, коричневый или темно-коричневый. Характеризуется быстрым ростом в течение нескольких месяцев, достигая диаметра 1-2 см, длительным существованием (в течение многих лет) и спонтанной инволюцией. При минимальной травме отмечается кровоточивость.

Патоморфология. Гистологически напоминает меланому в ранней стадии развития. Характерны выраженная пограничная активность, атрофия и псевдоэпителиоматозная гиперплазия эпидермиса. Невусные клетки располагаются в виде гнезд и тяжей в верхних слоях дермы; они крупные, с хорошо выраженной светлой пенистой цитоплазмой и округлым, эксцентрично расположенным ядром. Пигмент обнаруживается редко. В нижних слоях дермы клетки веретенообразные. Характерно наличие многоядерных гигантских клеток типа Тудона с гомогенной базофильной цитоплазмой и неравномерным расположением ядер. Наблюдается лимфоцитарная и плазмочитарная инфильтрация.

Дифференциальный диагноз проводят с гистиоцитомой, ювенильной ксантогранулемой, эпидермальным невусом, бородавкой вульгарной, меланомой.

Лечение. Местная эксцизия с узким краем нормальной кожи.



Рис.4 Невус Шпиц (эпидермальная меланома)

Галоневус (Невус Саттона)

Haló-nevus – сочетание внутридермального невуса с витилиго (от греч. halos-круг, кольцо).

Преобладающий возраст. Может быть врожденным, но чаще возникает у детей и лиц молодого возраста или у беременных, при аутоиммунных заболеваниях, и витилиго.

Клиническая картина. Клинически представляет собой незначительно возвышающиеся коричневые узелки (единичные или множественные) около 0,5 см с периферической зоной депигментации, ширина которой обычно в 2-3 раза превышает диаметр узелка. Локализация различна. Могут регрессировать спонтанно. Возможно сочетание невуса Саттона с нейрофиброматозом и меланомой.

Патоморфология. Гистологически имеет характерные признаки любого из трех основных типов невусов, густой воспалительный инфильтрат, содержащий, кроме невусных клеток, лимфоциты, гистиоциты, иногда проникающие в нижние слои эпидермиса. В зоне депигментации отсутствуют меланоциты и увеличенное количество белых отростчатых эпидермоцитов (клетки Лангерганса).⁶

Тактика ведения. Иссечение и гистологическое исследование показано только в случаях, если природа центрального элемента сомнительна.



Рис.5 Галоневус (Невус Саттона)

⁶ «Патоморфологическая диагностика заболеваний кожи» Г.М. Цветкова, В.И. Мордовцев 2012 г.

Синий невус (невус голубой, Невус Ядассона-Тиче)

Возраст. Синий невус встречается во всех возрастных группах; чаще у лиц среднего возраста. Развивается внутриутробно, но нередко впервые появляется после полового созревания.

Пол. Женщины болеют значительно чаще мужчин.

Локализация. Излюбленной локализации синего невуса нет, но чаще он располагается в пояснично-крестцовой области, ягодицах и тыле кистей и стоп.

Клиническая картина. Клинически синий невус представляет собой резко отграниченный от окружающей кожи и довольно инфильтрированный узелок темно-синего или голубоватого, реже коричневатого или темно-коричневого цвета, обычно округлой формы, полусферически выступающий над уровнем кожи, плотноэластической консистенции, с гладкой безволосой поверхностью. Размер узелка небольшой, обычно не превышает 0,5 см в диаметре. В литературе, однако, описаны единичные наблюдения гигантского синего невуса, достигающего нескольких сантиметров в диаметре. Иногда синий невус имеет вид мало инфильтрированного узелка, расположенного в толще кожи. В большинстве случаев синий невус является солитарным образованием.

Дифференциальный диагноз. Клинически синий невус часто бывает трудно отличить от пигментного пограничного невуса, однако некоторые его клинические особенности (большая отграниченность и инфильтрированность, синий или голубой цвет, появление в более позднем возрасте, полусферическая форма) позволяют осуществить этот дифференциальный диагноз. При более глубоком расположении в коже синий невус иногда приходится дифференцировать с лентикулярной дерматофибромой. Отличить его помогают такие симптомы, как меньшая инфильтрированность, цвет и обычно единичный очаг поражения.

Течение и прогноз. Развитие меланомы на месте синего невуса, в частности после травмы, наблюдается редко.



Рис.6 Синий невус (голубой невус, невус Ядассона-Тиче)

Гигантский пигментный невус

Гигантские врожденные невусы обычно располагаются на нижней части спины, волосистой части головы, бедрах; могут быть симметричными и занимать большие поверхности тела. Гигантский пигментный невус редко можно назвать большим чисто пигментным невусом, обычно на значительном протяжении поверхность его бугристая, иногда бородавчатая, с глубокими трещинами кожи (гигантский пигментный папилломатозный и веррукозный невус), часто встречаются также участки выраженного гипертрихоза (гигантский пигментный волосистой невус). Цвет на всем протяжении не всегда одинаков, варьируя от грязно-серого до насыщенно черного иногда с синюшным оттенком. У некоторых больных гиперпигментация сопровождается множественными мягкими узлами типа фибром или нейрофибром размером до яблока.⁷

Другие органы. У части больных гигантский пигментный невус сочетается с другими врожденными пороками развития — гидроцефалией (Hoffman, Freeman, 1967), эпилепсией и неврологическими расстройствами с лептоменингеальными поражениями (Reed, Becker, Becker, 1965). Эти наблюдения дают основание ряду авторов рассматривать гигантский пигментный невус как своеобразный синдромный факоматоз.

Патоморфология. По гистологическому строению врожденные невусы относятся к обычным эпидермальным, дермальным или смешанным, реже к голубому, веретенноклеточному и другим типам. Они характеризуются повышенным количеством меланоцитов в базальном слое эпидермиса в отличие от приобретенных меланотитарных невусов, отсутствием их в сосочковом слое дермы, в то время как в нижних слоях дермы встречаются агрегаты дермальных невусных клеток. Невусные клетки располагаются вокруг придатков кожи и даже проникают в них. В гигантских врожденных невусах рост округлых и вытянутых невусных клеток может происходить вглубь вплоть до гиподермы. Малигнизация начинается обычно в дермоэпидермальной зоне и очень редко в более глубоких участках невуса.⁸

Лечение. При гигантских пигментных невусах методом выбора является раннее обширное иссечение с последующей кожной пластикой. Если оно откладывается, необходимо частое обследование больного с проведением биопсии подозрительных участков (особенно выявляемых при пальпации) или узлов. Невусы маленьких и средних размеров иссекают до наступления пубертатного периода. Удаление по экстренным показаниям проводится при резком росте невуса и других изменениях в нем. Кажущиеся

⁷ Опухоли кожи меланогенной природы, учебное пособие для врачей. Дядькин В.Ю., Шамов Б.А., Халилов Б.В. Казань – 2014. Стр. 9-20

⁸ «Патоморфологическая диагностика заболеваний кожи» Г.М. Цветкова, В.И. Мордовцев 2012 г.

доброкачественными элементами можно наблюдать до достижения ребенком 10-12 лет, пока не появится возможность удаления под местной анестезией.

Течение и прогноз. Гигантские невусы имеют высокий злокачественный потенциал и трансформируются в меланому в 6-10% случаев.

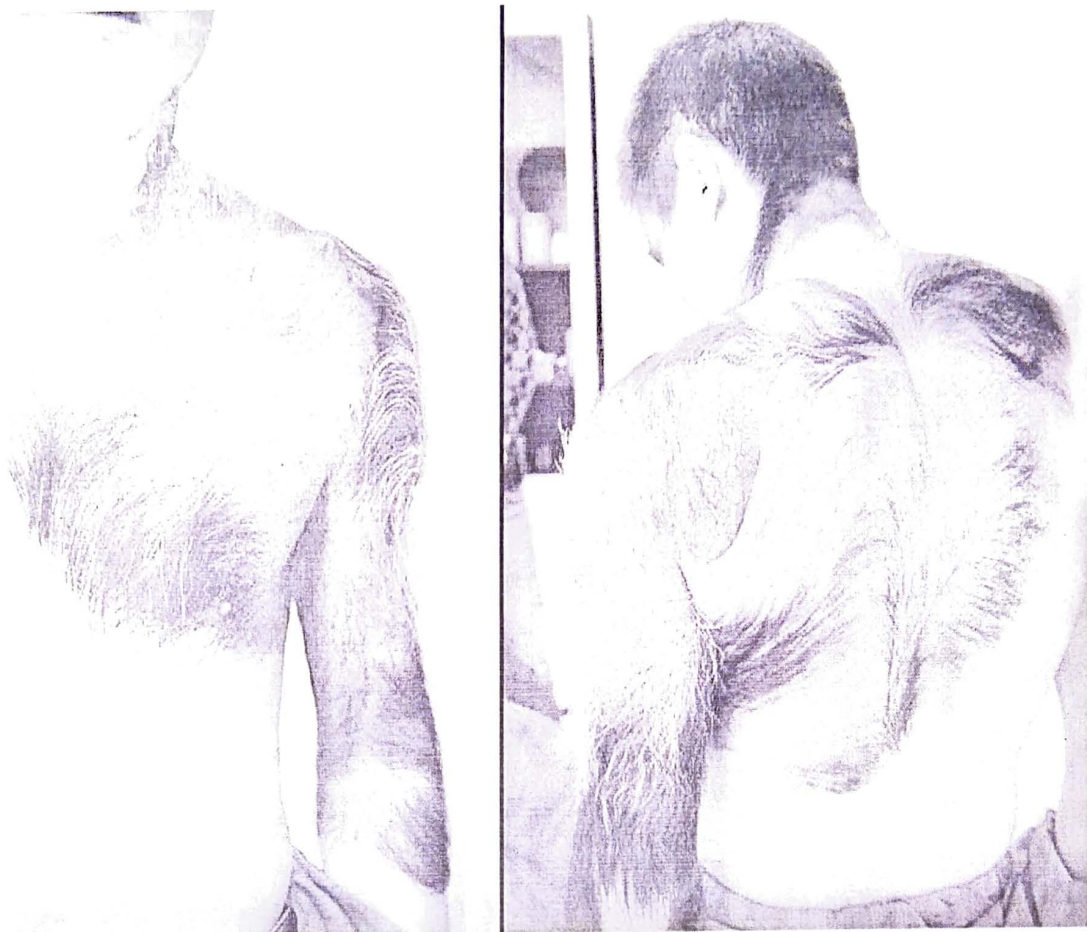


Рис.7 Гигантский пигментный невус

Невус диспластический

Невус диспластический является предшественником меланомы и выделяется на основании клинических и патоморфологических признаков. Могут быть спорадическими или семейными; последние трансформируются в меланому в 100% случаев.⁹

Клиническая картина. Диспластические невусы чаще бывают множественными, диаметром более 5 мм, неправильной формы, с нечеткими границами и неравномерной пигментацией от черно-коричневого до розово-красного цвета. Они чаще располагаются на спине, нижних конечностях, волосистой части головы, грудной клетке, ягодицах, на половых органах. Клинические и

⁹ Опухоли кожи меланогенной природы, учебное пособие для врачей. Дядькин В.Ю., Шамов Б.А., Халилов Б.В. Казань – 2014. Стр. 9-20

патоморфологические признаки диспластического невуса коррелируют далеко не всегда. Поэтому термин «диспластический невус» используется при наличии клинических и гистологических критериев, а при выявлении только клинических признаков употребляется термин «клинически атипичный невус».

Патоморфология. Большинство диспластических невусов являются вариантами приобретенного сложного меланоцитарного невуса, реже пограничного или врожденного, иногда веретеночелюстного невуса. На этом фоне выделяют следующие специфические признаки: лентигинозную меланоцитарную гиперплазию (увеличение количества и размера меланоцитов по протяжению базального слоя эпидермиса); слияние отдельных гнезд меланоцитов и невусных клеток; удлинение сети эпидермальных гребней; атипия клеток (увеличение соотношения ядро/цитоплазма, отдельных меланоцитов, усиление окраски ядра, редкие фигуры митоза); характер местного ответа (наличие лимфоцитарного инфильтрата, повышение васкуляризации подлежащей дермы, фиброплазия коллагена сосочкового слоя дермы).¹⁰

Для окраски невусных клеток используются моноклональные антитела HMB-45. Степень риска трансформации диспластического невуса в меланому оценивают по рабочей классификации невусов. В соответствии с ней на основании наличия в личном и семейном анамнезе больного множественных невусов и меланомы диспластические невусы делят на 4 категории от А до D. Риск развития меланомы лишь незначительно повышен при наличии у больных невусов категории А и в сотни раз выше - категории D.

Диагноз диспластического невуса подтверждают результатами двух биопсий с разных участков поражения. Если диагноз подтвержден, проводят обследование родственников I степени и собирают данные о наличии меланомы в семье. После этого, обнаруженный у больного невус, относят к одной из категорий классификации.¹¹

¹⁰ «Патоморфологическая диагностика заболеваний кожи» Г.М. Цветкова, В.И. Мордовцев 2012 г.

¹¹ «Патоморфологическая диагностика заболеваний кожи» Г.М. Цветкова, В.И. Мордовцев 2012 г.



Рис.8 Невус диспластический

Осложнения пигментных образований

Самое главное и неблагоприятное осложнение невусов связано с инициацией онкологического процесса в случае воздействия неблагоприятных факторов или даже без видимых причин. Риск увеличивается при травмировании или некачественном удалении. К осложнениям относятся также кровоточивость после удаления и проникновение инфекции в послеоперационную рану.¹²

Диагностика

Чтобы диагностировать образование и отличить его от кожных заболеваний, используется дифференциальный подход. Для этого осматривают родинку по системе ABCDE.

Правило ABCDE:

- А (asymmetry): асимметрия-одна сторона не выглядит похожей на другую;
- В (border irregularity): неровный край (бордюр);
- С (color): цвет-чёрный или намного темнее по сравнению с другими пигментными образованиями, часто с включением участков красного, белого или синего цвета;
- D (diameter): диаметр более 6 мм;

¹² Трапезников Н.Н., Рабен А.С., Яворский В.В. Пигментные невусы и новообразования кожи. М., 1976, 176 с.

- E (elevation), т.е. поднятие опухоли над окружающей кожей.

Для проверки злокачественности образования берут мазок для микроскопии, иногда проводится люминесцентное исследование. Гистологическая биопсия в качестве диагностики запрещена, поскольку провоцирует перерождение доброкачественной родинки в злокачественное образование.

Ранние признаки малигнизации невуса

- Рост невуса по плоскости
- Появление асимметрии или неправильности очертаний (фестончатости) краев, изменение формы
- Полное или частичное (неравномерное) изменение окраски невуса
- Шелушение и воспаление поверхности пигментного невуса
- Отсутствие или выпадение волосяного покрова на поверхности пигментного невуса
- Появление чувства ощущения или присутствия невуса на определенном участке тела
- Чувство зуда или жжения в области невуса

Лечение

Лечение пигментных новообразований - радикальное хирургическое иссечение очага в пределах неизменной кожи. Использование современных нетравматичных шовных материалов и правил эстетической хирургии позволяет добиться малозаметных послеоперационных рубцов. Хирургическое лечение (иссечение по краю образования), а также различные косметические манипуляции (криодеструкция, химиодеструкция) меланомонеопасных новообразований не несут в себе опасности злокачественного превращения данных образований.¹³

Совсем другой тактики придерживаются при меланомоопасных невусах. Тактику и технику оперативного вмешательства определяют расположение и размер меланомоопасного пигментного невуса. Наилучшими пределами иссечения на туловище и конечностях, учитывая, с одной стороны, чёткую ограниченность «спокойных» невусов и, с другой стороны, косметические

¹³ Вагнер Р.И., Анисимов В.В., Барчук А.С. Меланома кожи (диагностика, клиника, прогноз заболевания). Часть 2. СПб., «Наука», 1996, 280 с.

соображения, считается расстояние 0,5 см во все стороны от границ невуса, этого вполне достаточно для профилактики меланомы. Окаймляющими разрезами пересекают невус с окружающей кожей и поверхностным слоем клетчатки, ткани ушивают косметическим швом, используя нетравматичный шовный материал, что позволяет добиваться хороших косметических результатов.¹⁴

На лице, шее, ушной раковине, пальцах и ногтевом ложе из анатомических и косметических соображений допускается более экономное иссечение меланомоопасных невусов, но не менее 0,1-0,2 см от их границ. На лице и шее швы накладываются очень тонкой нитью, что позволяет достичь максимального косметического эффекта.

Чаще всего оперативному лечению подвергались больные с пигментными невусами кожи, максимальные размеры которых достигали от 1,0 до 2,0 см (146 человек –86,9%), локализующиеся на туловище как у мужчин, так и у женщин (69 человек –41,1%), или на коже головы и шеи –58 человека (34,5%), имеющие хотя бы один или сочетание нескольких из симптомов активации таких как, рост невуса, изменение его цвета, контуров, поверхности (шелушение, исчезновение кожного рисунка), зуд, жжение, покалывание невуса, либо больные, которые обратились к врачу в связи с увеличением числа пигментных невусов на коже желающие удалить невус по косметическим соображениям. Показаниями к хирургическому удалению пигментных невусов служили: наличие одного или нескольких из вышеперечисленных симптомов активации пигментного невуса: чаще всего рост невуса (129 пациентов –76,8%); наличие в анамнезе факторов, способствующих активизации пигментных невусов: чаще всего это были повышенная солнечная инсоляция (109 человек –64,9%) или хроническая травма невуса (39 человек –23,2%), а также изменения гормонального фона (20 пациентов –11,9%); наличие в цитограмме признаков пролиферации при дооперационном цитологическом исследовании (114 пациентов –67,8%); наличие очага «терморазогрева» пигментного невуса (у 22 больных –40%).¹⁵

С целью профилактики местных рецидивов, с учетом данных термографического исследования, разрез кожи рекомендуется проводить на расстоянии 0,5 см от визуальных границ пигментного невуса при отсутствии зоны терморазогрева вокруг опухоли. При наличии очага терморазогрева линии разреза кожи дополнительно смещаются к периферии на 0,3-0,5 см в зависимости от ширины «опухолевого поля».

¹⁴ Клинические рекомендации по диагностике и лечению опухолей (Ассоциация онкологов России) 2018 г.

¹⁵ Параметры, влияющие на тактику у больных пигментными невусами. Сборник научных трудов по итогам международной научно-практической конференции (5 сентября 2014г.) г.Уфа. Стр. 60

Во всех без исключения случаях хирургического иссечения пигментного невуса необходимо гистологическое подтверждение диагноза -т.е. иссеченный участок в обязательном порядке отправляется на микроскопическое исследование, при получении в результате атипичных клеток (меланомы) пациент направляется к онкологу.

Заключение

Любые пигментные новообразования кожи требуют особого внимания. Большую настороженность следует проявить к невусам, локализованным на травмоопасных участках кожи, а также к ранее травмированным, быстро увеличивающимся или интенсивно меняющим свою пигментацию невусам. Пациенты, отказавшиеся от радикального хирургического лечения, а также в случае его невозможности из-за трудной анатомической локализации должны тщательно оберегать свое новообразование, исключать его травмирование, солнечное облучение и находится на диспансерном наблюдении у онколога.

Список литературы

1. «Дерматоонкология» под редакцией Г.А. Галил-Оглы, В.А. Молочкова, Ю.В. Сергеева 2015 г. Стр.67-71
2. М.И. Давыдов, Ш.Х. Ганцев "Онкология", учебное пособие 2014 г. Стр 96-100
3. Клинические рекомендации по диагностике и лечению опухолей (Ассоциация онкологов России) 2018 г.
4. «Патоморфологическая диагностика заболеваний кожи» Г.М. Цветкова, В.И. Мордовцев 2012 г.
5. «Опухоли кожи меланогенной природы», учебное пособие для врачей. Дядькин В.Ю., Шамов Б.А., Халилов Б.В. Казань – 2014. Стр. 9-20
6. «Пигментные невусы и новообразования кожи» Трапезников Н.Н., Рабен А.С., Яворский В.В Москва, 1976, 176 с.
7. «Меланома кожи (диагностика, клиника, прогноз заболевания)» Вагнер Р.И., Анисимов В.В., Барчук А.С. Часть 2. СПб., «Наука», 1996, 280 с.
8. «Параметры, влияющие на тактику у больных пигментными невусами» Сборник научных трудов по итогам международной научно-практической конференции (5 сентября 2014г.) г.Уфа. Стр. 60

Рецензия
на реферат по онкологии
ординатора Левченко Е.А. на тему:

«Дифференциальная диагностика пигментных невусов кожи».

В данной работе раскрыты наиболее важные аспекты, касающиеся преимущества дифференциальной диагностики пигментных невусов кожи. Понятие преимуществ и трудностей, а также правильная организация процесса проведения данного метода диагностики в значительной степени влияют на качество и дифференцировку диагноза, поэтому данный доклад является актуальным. В реферате приведена информация необходимая для понимания выбора метода, его преимущества перед другими, рассмотрены базовые понятия темы и примеры научных и практических исследований и правила проведения иммуногистохимии. Выводы, сформулированные на основе анализа материала, обоснованы. Работа выполнена без орфографических ошибок и в соответствии с требованиями - по структуре и оформлению.

Оценка « отлично ».

Комментарии и замечания:

Дата: 26.12.19г.

Подпись рецензента:

Подписьординатора:

1 врач. Табуринский О.В.