ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ ПРОФЕССОРА В.Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра дерматовенерологии с курсом косметологии и ПО
имени профессора В.И.Прохоренкова

Зав.Кафедрой
д.м.н., проф.,
Карачева Ю.В.

Реферат

МЕЛНОЦИТАРНЫЕ ОПУХОЛИ КОЖИ. КЛИНИКА. ДИАГНОСТИКА

Выполнила:
клинический ординатор
1 года обучения
Чангы Л.Б

Проверила:
д.м.н., профессор
Карачева Ю.В.

Красноярск, 2017 г.

Содержание

1. Введение
2. Врожденные меланоцитарные невусы
3. Приобретенные меланоцитарные невусы
 - эпидермального происхождения
 - дермального происхождения
4. Заключение
5. Список использованной литературы

Введение

Меланоцитарные невусы представляют собой образования нейроэктодермального происхождения, в состав которых входит содержащие меланин невусные клетки, локализующиеся в эпидермисе, дерме и изредка в подкожной жировой клетчатке.

Значение термина «невус» предполагает наличие в новообразованиях меланоцитов, или невусных клеток.

Все варианты истинных невусов являются производными меланоцита – клетки, продуцирующей пигмент меланин, чем и объясняется окраска этих новообразований, при этом гистологические варианты строения невусов, как правило, определяют их клинические проявления.

Врожденные невусы -это доброкачественное новообразование, в основе развития которого лежит миграция в эмбриональном периоде меланоцитов из нейроэктодермальной трубки.

Формирование врожденных невусов:

- инсоляция (УФИ, альфа и бета излучения)
- частое пребывание на солнечных лучах
- генетическая предрасположенность
- диспластические невусы (высокий риск развития меланом)

Гистологически: Скопления невусных клеток, которые расположены в эктодерме, либо на границе эпидермиса или дермы (невус Беккера). Акантоз, папилломатоз, гиперкератоз. Пигмент в базальном слое, а невусные клетки отсутствуют.

Приобретенные меланоцитарные клетки

Из меланоцитов, которые находятся в эпидермисе.

- Эпидермального происхождения :
 - 1.пограничный,
 - 2.сложный (невус мишень),
 3. внутридермальный

Дебют на детский возраст. Формируется пятно, округлой формы, размер от нескольких миллиметров до 1 сантиметра (не превышает 1 см),

равномерная пигментация, доброкачественное, не выходят за дерма-эпидермальную границу.

Локализация: лицо, туловища, конечности, ладони, подошвы. Постепенно начинает расти пятно, начинает спускаться в сосочковый слой дермы, а затем переходит в сложный невус и в эпидермисе, и в сосочковом слое дермы, затем внутридермальный невус, появляется папула. Со временем происходит инволюция.

Они безопасны, но если на ладонях, подошвах, половых органах, полости рта, есть риск развития меланомы при травматизации.

Невус Шпитц (ювенильная меланома)

Доброкачественная меланоцитарная опухоль, возникающая чаще у детей и подростков.

Локализация: голова и шея. Реже поражаются туловище и конечности.

Клиника: примерно у половины больных возникает сразу после рождения или в течение первых нескольких лет. У остальных пациентов невус возникает в подростковом или юношеском возрасте. Шпитц невус представляет собой быстрорастущее полушаровидное образование диаметром до 1,5-2 см, с резкими границами, округлыми или овальными очертаниями, гладкой поверхностью и плотноэластической консистенцией. Цвет от бледно-розового до красновато-бурого и от светло-коричневого до черного. В меланому трансформируется редко. Описаны наблюдения атипичной формы Шпитц невуса, при которой возникают метастазы в регионарные лимфатические узлы.

Гистология: розоватый цвет ювенильного невуса, расширение и полнокровие капилляров в субэпидермальной зоне. Опухолевые клетки имеют веретенообразную или эпителиоидную форму, но и те и другие отличаются выраженной пролиферацией, атипией, полиморфизмом, вследствие чего бывает чрезвычайно сложной дифференциальная диагностика со злокачественной меланомой. К прогностическим для ювенильного невуса признакам относят такие, как «симптом идущего дождя» - перпендикулярное расположение веретенообразных клеток опухоли к поверхности и наличие крупных многоядерных клеток типа Тутона; они помогают в диагностике.

Невус Сеттона (гала невус)

- пигментный невус, окруженный ореолом депигментации.

Клиника: возникает обычно у детей или лиц молодого возраста, нередко страдающих витилиго. Невус располагается на любом участке кожного покрова, чаще на спине. Представляют собой коричневую папулу диаметром около 0,5 см, окруженную четко очерченным депигментированным ободком. Центральная папула обычно является пограничным, внутридермальным или сложным меланоцитарным невусом. Может быть множественным. Иногда наблюдается его спонтанное разрешение.

Гистология: в зоне депигментации обнаруживается реактивный массивный диффузный лимфоплазмочитраный инфильтрат, а в центральный отделах – остатки смешанного или внутридермального пигментного невуса.

- Дермального происхождения

- формируется из меланоцитов, которые не достигли из неврального гребешка начало транспорта, т.е при нарушении эмбриогенеза.

Невус голубой

- невус, отличающийся увеличением количества меланоцитов, которые, тесно прилегают друг к другу, образуют пучки.

Клиника: возникает обычно в подростковом возрасте или чуть позже. Располагается чаще на лице и верхних конечностях, однако возможна локализация на любом участке кожного покрова. Представлен папулой или узлом плотноэластической консистенции, величиной не более 1 см, синего, синевато-серого или синевато-черного цвета, полушаровидной формы, с округлыми очертаниями и резкими границами. Поверхность невуса гладкая, волосы отсутствуют. Возможна трансформация в меланому.

Гистология: это единственное меланоцитарное образование, которое не связано с эпидермисом и локализуется в глубоких отделах дермы, при этом пигмент меланин, просвечивая сквозь эпидермис и дерму, дает оптический эффект в виде голубого окрашивания сферически выступающего новообразования. Невус представляют на два гистологических варианта: простой и пролиферирующий (клеточный).

При простом варианте выявляется обильная гиалинизированная, грубоволокнистая строма; веретенообразные меланоциты как бы замурованы в ней, забиты меланином и имеют вид «клякс».

В пролиферирующем невусе строма скудная в виде нежных прослоек среди пучков и концентрических завихрений пролиферирующий веретенообразных меланоцитов, пигмент мелаанин в этих невусах располагается внеклеточно. В редких случаях на фоне пролиферирующего голубого невуса можно обнаружить очаги внеклеточной меланомы.

Монгольское пятно

Встречается у представителей монголоидной расы, представляет собой большое пятно, голубого или синего цвета, локализуется на пояснице и в области лица. К 4-5 годам происходит инволюция. Не малигнизируется.

Невус Ота

- невус в виде синевато-серых пятен на коже лица, иногда с вовлечением склеры глаза и слизистой оболочки щек.

Клиника: встречается у представителей монголоидной расы, чаще бывает врожденным или появляется на 1-2 м году жизни. Располагается на лице в зоне иннервации тройничного нерва. На одной стороне лица формируется крупное неравномерно окрашенное синевато-серое пятно с неправильными очертаниями и нерезкими границами, постепенно переходящими в здоровую кожу. Может наблюдаться синюшная окраска склер, а также слизистых оболочек полости рта, гортани, носа. Окраска кожи диффузная либо сетчатая. Уплотнения кожи в зоне расположения невуса не происходит. Течение длительное без тенденций к спонтанному разрешению. Переход в меланому наблюдается редко.

Гистология: представлен внутридермальным, иногда голубым невусом.

Невус Ито

Невус Ито клинически и гистологически подобен невусу Ота, но с локализацией в надключичных, лопаточных областях и области дельтовидной мышцы. Спонтанный регресс не наблюдается.

Невусы предшественники меланомы

1. Диспластический невус

-атипичный пигментный невус.

-встречается у 5% населения

-бывает спорадическим или наследственным – «синдром диспластических невусов»

-встречается практически у всех больных семейной меланомой и у 30% больных спорадической меланомой.

Клиника: как правило, появляется в подростковом и юношеском возрасте, а также у взрослых до 40 лет независимо от пола, локализуясь на спине и груди, ладонях и подошвах, реже встречаются на ягодицах, волосистой части головы, молочных железах и других частях тела. Невус представляет собой плотное образование плоской формы, 0,5-2,0 см в диаметре, с наличием асимметрично расположенного возвышения. Имеет неправильные очертания, нечеткие границы, неравномерную окраску, интенсивность которой в пределах элемента варьирует от бледно-коричневой до черной. Поверхность гладкая, лишена волос. Количество диспластических невусов может колебаться от единичных до 100 и более. Возникновение меланомы на фоне спорадических диспластических невусов наблюдается в 6-15%, в случаях синдрома диспластических невусов в 50-100% случаев. Спонтанная инволюция нехарактерна.

Гистология: характерны три признака: дисплазия и пролиферация меланоцитов эпидермиса; реактивные изменения эпидермиса в виде акантоза и утолщения; изменения дермы, которые проявляются реактивным лимфоцитарным инфильтратом. Выделяют три степени выраженности дисплазии меланоцитов. При первой степени меланоциты располагаются цепочкой, иногда прерывистой, в базальном слое эпидермиса, их атипия выражена нерезко. При второй степени меланоциты образуют очаговые скопления в акантотических тяжах эпидермиса в виде «ласточкиных гнезд» или «сот меда». При третьей степени гнезда меланоцитов сливаются, занимая нижние отделы эпидермиса, атипия их нарастает. Важным признаком является отсутствие инфильтративного роста меланоцитов к поверхностным слоям эпидермиса.

Невус врожденный

- доброкачественное пигментное новообразование, состоящее из невусных клеток – производных меланобластов.

Клиника. Обнаруживают у 1% новорожденных. Они могут располагаться на любом участке кожного покрова. Однако возможно постепенное появление невуса в течение нескольких недель после рождения (поздний врожденный невус). Они имеют светло- или темно-коричневую окраску,

размерами от 1-2 до 20 см и более (гигантский врожденный невус), границы четкие, очертания могут быть правильными или неправильными, консистенция мягкая. Поверхность сохраняет кожный рисунок или имеет морщинистый, бугристый, бородавчатый вид, на ней нередко растут волосы. Кожный рисунок отсутствует у врожденного невуса, захватывающего сетчатый слой дермы. Врожденный невус представлен одиночным образованием. При гигантском врожденном невусе могут присутствовать мелкие сателлиты. Перерождение в меланому наблюдается у 1-5% лиц с мелкими и средними и у 6-10% с гигантскими врожденными невусами. У ряда больных гигантский невус сочетается с гидроцефалией, эпилепсией и другими неврологическими нарушениями.

Гистология. В различных участках невуса могут обнаруживаться самые разнообразные варианты меланоцитарных новообразований, но чаще всего гистологическая картина соответствует сложному невусу с глубоким расположением невусных клеток в дерме вплоть до гиподермы. При малигнизации процесс начинается в дермоэпидермальной зоне.

Заключение

Распространенность невусов связана с возрастом, расой, генетическими факторами и окружающей средой. Несколько меланоцитарных невусов представлены в раннем детском возрасте, но их количество достигает максимума на третьем десятке жизни. Затем, постепенно их количество сокращается, многие из них самостоятельно исчезают. В основном, наибольшее количество невусов наблюдается среди людей в возрасте 20-29 лет. Европеоиды имеют больше подобных родинок, чем азиаты и негры. Более того, даже у европеоидов, чем светлее кожа — тем больше невусов. В зависимости от расы, различается частота меланоцитарных невусов на подошвах и стопах, ногтевого ложа и конъюнктивы. Родинки в этих областях наиболее распространены у азиатов и негров, нежели у европеоидов. Факторы окружающей среды, такие, как солнечное излучение, влияют на развитие меланоцитарных невусов. Существуют доказательства того, что люди, проживающие в солнечных регионах имеют больше подобных родинок по сравнению с теми, кто живет при более умеренном климате.

Список использованной литературы

1. Дерматовенерология. Национальное руководство / под ред. Ю.К. Скрипкина, Ю.С. Бутова, О.Л. Иванова. – М.: ГЭОТАР –Медита, 2013.-1024с. – ISBN 978-5-9704-2305-9
2. Кожные и венерические болезни: учебник / под ред. О.Л. Иванова. –М.: Шико, 2002. – 480с.: илл.- ISBN 5-900758-23-0
3. клинико-морфологическая диагностика заболеваний кожи (атлас)/ под ред. Пальцев М.А., Потакаев Н. Н., Казанцева И. А., Лысенко А. И., Лысенко Л. В., Червонная Л. В. – М.: Медицина, 2004. – 432 с.: ил. – (Учеб. лит. Для студ. Мед. вузов). – ISBN 5-225-04104-3