

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования  
 "Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-  
 Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации

### РЕЦЕНЗИЯ НА РЕФЕРАТ

Кафедра онкологии и лучевой терапии с курсом ПО  
(наименование кафедры)

Рецензия к.м.н, доцента Гаврилюк Дмитрия Владимировича  
(ФИО, ученая степень, должность рецензента)

на реферат ординатора 1 года обучения по специальности онкология  
Куприяновой Анны Борисовны  
(ФИО ординатора)

Тема реферата Дифференциальная диагностика  
 лимфомы узлов кожи

#### Основные оценочные критерии

№	Оценочный критерий	Оценка (по пятибалльной шкале)
1.	Структурированность	
2.	Объем	4 (удовлетворительно)
3.	Актуальность	5 (отлично)
4.	Соответствие текста реферата его теме	5 (соответствует теме)
5.	Владение терминологией	4 (хорошо)
6.	Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	5 (раскрыты)
7.	Логичность доказательной базы	5 (логично)
8.	Умение аргументировать основные положения и выводы	4 (хорошо)
9.	Источники литературы (не старше 5 лет)	4
10.	Наличие общего вывода по теме	4 (хорошо)
Итоговая оценка		5 (отлично)

Дата: «20 декабря 2021 год

Подпись рецензента

[Подпись]  
(подпись)

[Подпись]  
(ФИО рецензента)

Подпись ординатора

[Подпись]  
(подпись)

[Подпись]  
(ФИО ординатора)

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

Кафедра «Онкологии и лучевой терапии с курсом ПО»

Заведующий кафедрой: д.м.н., профессор Зуков Р.А.

## **РЕФЕРАТ**

Тема: «Дифференциальная диагностика пигментных невусов кожи»

**Проверил:** руководитель ординатуры,  
к.м.н, доцент Гаврилюк Дмитрий Владимирович

**Выполнил:** клинический ординатор  
1 года обучения по специальности  
31.08.57 Онкология  
Куприянова Анна Борисовна

Красноярск, 2021г.

человек. Стандартизованный показатель смертности оказался равным 1,5 на 100 000 населения. Прирост смертности за период 2002-2012 г.г. составил 14,7%

### **Факторы риска**

- ✓ ультрафиолетовое облучение
- «Гипотеза о периодической экспозиции» - частота развития меланомы определяется характером солнечного излучения, общей накопленной дозой солнечной облученности, резким или периодическим облучением незагорелой кожи интенсивным солнечным светом; развитие туризма, изменения стиля жизни, тенденции моды привели к тому, что значительно увеличилось суммарное время и площадь воздействия УФИ на кожу человека, эволюционно к этому не адаптированную. При этом решающее значение может иметь характер получения УФИ (периодически получаемые высокие дозы УФИ имеют наиболее четко установленную связь с развитием МК) и возраст начала воздействия УФИ. Тот факт, что МК может возникать на защищенных от УФИ участках кожи, предполагает существование и других этиологических факторов.
- предшествующие злокачественные опухоли немеланоцитарного типа и солнечные дискератозы.
- ✓ семейное накопление случаев меланомы у близких родственников; иммуносупрессию; фототип кожи I-II по Фитцпатрику (светлая кожа, склонность к солнечным ожогам); светлые/рыжие волосы, голубые глаза; большое количество приобретенных меланоцитарных невусов на коже; наличие атипичных и крупных врожденных меланоцитарных невусов; три и более эпизодов тяжелых солнечных ожогов кожи, полученные в детском и подростковом возрасте использование искусственных источников УФИ (соляриев), особенно в возрасте до 30 лет.
- ✓ иммунные факторы
- иммунодепрессия и иммунодефицитные состояния организма повышают риск заболевания меланомой;
- относительная эффективность лечения интерфероном, БЦЖ и другими иммунными препаратами; перенесенные вирусные инфекции – краснуха.

✓ механическая травма невусов

- ушибы, ссадины, порезы;
- постоянная травматизация одеждой или обувью.

✓ обменно-эндокринные причины

- редкость возникновения в препубертатном периоде жизни;
- более частое заболевание меланомой кожи женщин в 3-й и 5-й декадах жизни, когда активность эстрогенов наивысшая;
- активная физиологическая роль гормонов в процессе меланогенеза;
- уменьшение частоты заболеваемости меланомой кожи после 50 лет;
- использование женщинами оральных контрацептивов повышает риск заболевания меланомой кожи;
- беременность оказывает стимулирующее действие на малигнизацию существующих пигментных невусов.

✓ профессиональные факторы

- работники нефтехимической, фармацевтической угольной, резиновой и электронной промышленности;
- контакт с бензолом, поливинилхлоридом, пластмассами, пестицидами, летучими фотографическими и радиоактивными материалами.

**Меланин** –природный пигмент (краситель), который у человека содержится в коже, волосах, сетчатке и радужке глаза, в головном мозге.

## **НЕВУСЫ**

Невусы представляют собой образования, которые состоят из скопления меланоцитов различной степени дифференцировки, располагающихся в виде гнезд в разных слоях (уровнях) кожи.

- ✓ Меланоформные невусы (норма)– это такие образования на коже, которые сформировались из клеток, вырабатывающих меланин — красящее вещество, которое определяет оттенок родинки.
- ✓ Меланоцитарные невусы (нарушение развития меланобластов) трансформируются в клеткиневоциты.

## Классификация по размерам:

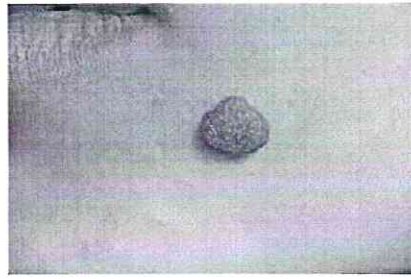
- ✓ мелкие невусы, размер которых составляет от 0,5 до полутора сантиметра;
- ✓ средние невусы размером до 10 сантиметров;
- ✓ крупные невусы – более 10 сантиметров;
- ✓ гигантский невус – занимают довольно большую площадь тела (конечность или больше), редко –половину лица или шеи

## Меланомонеопасные невусы

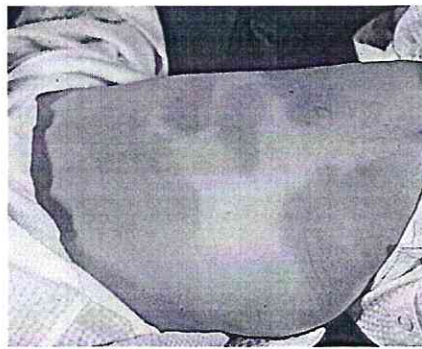
- Фиброэпителиальный невус наряду с пигментным внутридермальным невусом — наиболее частое невоидное образование на коже человека и наиболее частая причина обращения к хирургу. Локализация бывает самой различной, но преимущественно на лице и туловище. Количество образований варьирует от одного до нескольких десятков. Визуально это полушаровидное, возвышающееся над уровнем кожи безболезненное образование мягкой или мягко-эластической консистенции от нескольких миллиметров в диаметре до размеров фасоли и больше. Цвет бывает различным: от цвета нормальной кожи или розовато-красного (обычно с небольшим синюшным оттенком), до синюшно-фиолетового и тёмно-коричневого. Форма фиброэпителиального невуса обычно правильная округлая, поверхность ровная, часто пронизана единичными пушковыми или щетинистыми волосами. Отличием от пограничного пигментного и синего невусов является менее насыщенный цвет, форма, множественность образований, рост волос.



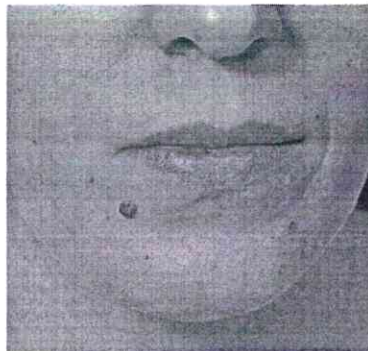
- Папилломатозный невус имеет неровную, бугристую поверхность, часто локализован на волосистой части головы. Размеры разнообразные до нескольких сантиметров в диаметре, очертания неправильные, цвет варьирует от цвета нормальной кожи до буроватого, реже — тёмно-коричневого или даже чёрного. Подобно фиброэпителиальному, папилломатозный невус нередко бывает покрыт волосами.



- «Монгольское пятно» — неправильной формы округлый кожный очаг, окрашенный в голубоватый или коричневатый цвет, до 5-6 мм в диаметре, расположенный исключительно в пояснично-крестцовой области. «Монгольское пятно» — почти всегда врождённое образование, у большинства пациентов бесследно исчезает в детские годы.



- Внутридермальный невус или обыкновенное родимое пятно, встречается практически у всех людей. Располагаются родимые пятна в коже и слизистых оболочках. Чаще эти невусы врождённые, пигментация обычно коричневая. У подавляющего большинства людей родимые пятна не вызывают косметических неудобств.



### **Меланомоопасные невусы**

Меланомоопасные невусы встречаются значительно реже (около 10%). Различные травмы — механические, химические, повторные или постоянные повреждения — могут быть факторами, провоцирующими трансформацию в меланому (от 20 до 80% случаев меланомы в той или иной степени связаны с травматизацией ранее существовавшего

невуса). В связи с этим, строго противопоказана биопсия пигментного образования, а также косметическое лечение (частичное удаление, электрокоагуляция, криотерапия, воздействие химическими веществами и другими агентами).

- Пограничный пигментный невус — плоское тёмно-коричневое или чёрное образование диаметром до 1 см с гладкой сухой поверхностью. Иногда пограничный невус выглядит в виде пятна округлых или неправильных очертаний с ровными волнистыми краями. Может располагаться на коже лица, шеи, туловища. Пигментные невусы на коже ладони, подошв, половых органов почти всегда являются пограничными. Пограничный невус чаще является врождённым. Характерным признаком пограничного пигментного невуса является отсутствие роста волос. Особенно опасны систематически травмируемые невусы, располагающиеся на подошве, ногтевом ложе, в перианальной области. Своевременное удаление невусов этих локализаций является надёжной профилактикой меланомы. Ускорение роста невуса после травмы или активной инсоляции, воспалительные изменения, изменение окраски, появление зуда, мокнутия, изменение консистенции должны насторожить и пациента и врача.



- Синий или голубой невус (невус Ядассона-Тиче)— резко отграниченный от окружающей кожи узел тёмно-синего или голубоватого цвета, округлых очертаний, плотно-эластической консистенции с гладкой безволосой поверхностью. Голубой цвет обусловлен скоплениями меланина в глубоких слоях дермы. Размер узла, как правило, не превышает 0,5 см. Располагается голубой невус чаще на лице, конечностях, ягодицах. В большинстве случаев синий невус это солитарное (единичное) образование, встречается во всех возрастных группах, чаще у женщин среднего возраста. Развитие меланомы на месте синего невуса наблюдается редко.

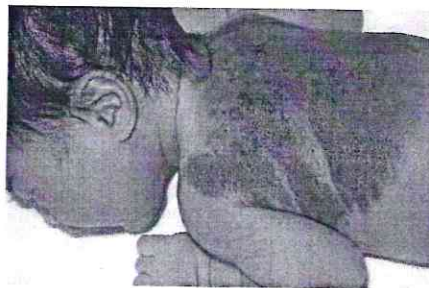


- Невус Ота или окулодермальный меланоцитоз — большой, как правило, односторонний пигментный невус в области иннервации I и II ветвей тройничного нерва (окологлазничная и скуловая области). Представляет собой тёмно-коричневую пигментацию различных отделов глаза (конъюнктивы, склеры, радужной оболочки) и массивный пигментный невус синюшно-черного цвета (либо сливающиеся друг с другом несколько невусов) в области щеки и верхней челюсти. Всё это создаёт впечатление «грязной кожи» на поражённой стороне лица. В редких случаях поражаются красная кайма губ, слизистые оболочки ротоглотки, гортани и носа. Чаще болеют женщины. Невус Ота бывает врождённым, но может возникнуть в раннем детстве или даже в период полового созревания. Кроме косметических неудобств, не вызывает никаких расстройств, в том числе нарушения зрения.

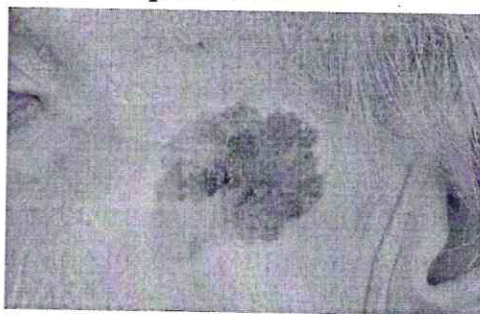


- Гигантский пигментный невус всегда врождённый, увеличивается в размерах по мере роста ребёнка, достигая больших размеров (от ладони и больше), занимая иногда часть туловища, шеи и других областей. Обычно на значительном протяжении поверхность невуса бугристая, с глубокими трещинами на коже. Часто встречаются участки гипертрихоза (волосистой невус). Цвет варьирует от сероватого до чёрного, он часто неоднороден на различных участках. Злокачественная трансформация наблюдается в 2-10,0% случаев.





- Меланоз Дюбрея — считают предмеланомным и даже облигатным (обязательным) предраком кожи. Обычно начинается с маленького коричневатого пигментного пятна, медленно распространяющегося по периферии. Выраженный очаг имеет нерезкие границы и неровную поверхность тёмно-коричневого и местами чёрного цвета, более насыщенного, чем цвет пигментных невусов. В пределах сформировавшегося образования встречаются участки различного оттенка (коричневый, серый, чёрный, синюшный). Кожный рисунок над очагом поражения сохраняется, но становится более грубым. Возможно появление элементов, напоминающих старческую бородавку. Иногда развиваются атрофия, гиперкератоз, папилломатоз поверхности. Характерно усиление пигментации по периферии очага. Наиболее частая локализация — открытые участки кожи, особенно лицо (щёки, область носогубных складок, нос, лоб), реже — шея и волосистая часть головы. Меланоз Дюбрея поражает преимущественно пожилых людей. Причины малигнизации меланоза Дюбрея не установлены (возможно травма и инсоляция).  
Лечение – иссечение очага поражения.



### **Диагностика**

Методы диагностики первичной меланомы кожи можно разделить на клинические, инструментальные и морфологические.

Методы обследования пациентов

1. Оценка субъективных ощущений пациента и сбор данных анамнеза.
2. Оценка визуальных данных.

3. Проведение физикальных методов обследования.
4. Проведение дерматоскопии или эпиллюминесценции.
5. Проведение термометрической и термографической диагностики.
6. Проведение радиоизотопной (радиофосфорной) диагностики.
7. Проведение рентгенологической диагностики.
8. Проведение ультразвуковой диагностики.
9. Проведение цитологической диагностики.
10. Проведение эксцизионной биопсии первичной опухоли.

Главными задачами обследования являются:

- 1) подтверждение (верификация) диагноза «меланома кожи»;
- 2) ранняя диагностика первичных меланом кожи на стадии «дометастазирования», т.е. выявление опухолей при I уровне их инвазии по Clark и при их толщине не более 1,0 мм по Breslow; 3) определение степени местного распространения меланом кожи.

**Сбор анамнеза:** опрос родителей и пациента (если позволит возраст); учет жалоб ребенка, места жительства до появления признаков заболевания, случаев онкологических заболеваний среди родственников, вредные воздействия на организм матери во время беременности и на ребенка, указаний на врожденный характер невуса или на травму и др.

**Осмотр больного:** При наличии опухоли определение размера образования, консистенции опухоли, цвета и характера поверхности кожи (гладкая, изъязвленная, кровоточащая), осмотра окружающей опухоль кожи, региональных лимфатических узлов, исследования состояния органов и систем. Основными симптомами злокачественной трансформации новообразования кожи являются любые изменения его размеров, формы и характера пигментации, наблюдаемые в течение одного или нескольких месяцев. Настораживающими в этом смысле следует считать также зуд в области образования, изъязвление его поверхности, появление кровоточивости. При наличии выраженной клинической картины и соответствующего анамнеза диагноз меланомы кожи для специалиста не представляет трудности. Существуют, тем не менее, ситуации, когда оправдана тактика динамического наблюдения или диагностического удаления.

**Лабораторные и инструментальные исследования.** Для уточнения диагноза, величины опухоли, локализации и распространенности процесса, используют ряд дополнительных методов исследования: ультразвуковое исследование

первичного очага и зон регионарного метастазирования; КТ области поражения и грудной клетки; сцинтиграфия мягких тканей РФП.

Из инструментальных методов исследования следует отметить эпилюминисцентную

микроскопию – неинвазивный метод исследования образований кожи в специальной

иммерсионной среде с помощью дерматоскопа, а также метод компьютерной диагностики, когда зафиксированное с помощью цифровой видеокамеры изображение особым способом сохраняется в памяти компьютера и по определенным признакам сравнивается с имеющейся базой данных.

**Дерматоскопия** — самая ранняя диагностика меланомы. Проводится как с помощью

простой лупы, так и с помощью дерматоскопа (эпилюминисцентного микроскопа) делающего прозрачным роговой слой эпидермиса. При этом можно с высокой долей вероятности определить является ли невус опасным или нет на основании системы ABCDE.

A — asymmetry, асимметричность родинки

B — border irregularity, неровный край

C — color, неодинаковый цвет разных частей родинки

D — diameter, диаметр родинки более 6 миллиметров

E — evolving, изменчивость невуса.

Среди новых диагностических подходов, необходимо отметить метод биопсии

«сторожевого» или «часового» лимфатического узла, который уже получил широкое

распространение в мире, как стандартный метод диагностики микрометастатического поражения регионарных лимфоузлов. В России эта методика только еще начинает использоваться при меланоме кожи.

Метод основан на предположении, согласно которому метастазы в регионарных лимфатических узлах возникают в определенном порядке, обусловленном анатомическими особенностями лимфооттока от того или иного участка кожи. При этом, как правило, один или несколько регионарных лимфатических узлов, называемых «сторожевыми», первыми стоят на пути оттока лимфы и, следовательно, первыми поражаются мигрирующими с током лимфы опухолевыми клетками. Метод позволяет выявлять микрометастазы меланомы кожи в

клинически неизмененных регионарных лимфатических узлах и, таким образом, является мощным прогностическим фактором. Он также позволяет отказаться от выполнения профилактических лимфодиссекций – травматичных оперативных вмешательств, нарушающих естественную циркуляцию лимфы и увеличивающих риск локальной диссеминации.

Первичную опухоль нельзя пунктировать и нарушать ее целостность. В случае

изъязвления поверхности опухоли (мазки, отпечатки), а также в пунктатах лимфатических узлов для подтверждения диагноза и распространенности процесса используется цитологический метод исследования. Окончательный диагноз ставится по результатам гистологического исследования опухоли, после ее иссечения с учетом клинических данных и данных дополнительных методов исследования.

#### **Дифференциальная диагностика.**

Дифференциальный диагноз меланомы проводится, как с доброкачественными пигментными образованиями (ювенильная меланома, невус Якимото или монгольские пятна, себорейная бородавка, нейрофиброматоз (болезнь Реклингхаузена), опухоли сосудистого происхождения (капиллярная и склеродермальная гемангиома), эпидермальные кисты), так и со злокачественными (злокачественная гистиоцитома, эмбриональная рабдомиосаркома, рак кожи (из придатков кожи и сальных желез).

Список литературы:

1. Червонная, Л. В.

Пигментные опухоли кожи [Электронный ресурс] / Л. В. Червонная. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016.

2. Алиев М.Д., Бохян Б.Ю., Демидов Л.В., Иванов С.М., Самойленко И.В., Трофимова О.П., Харатишвили Т.К., Харкевич Г.Ю.

«Клинические рекомендации по диагностике и лечению больных меланомой кожи»

3. Гаврилюк Д.В. Лекция «Рак кожи, меланома»

[https://krasgmu.ru/index.php?page\[common\]=download&md=7dd05b4bee0f18e5be64ad41615a9eeb&cid=6&oid=250798](https://krasgmu.ru/index.php?page[common]=download&md=7dd05b4bee0f18e5be64ad41615a9eeb&cid=6&oid=250798)