



а



б

Рисунок 3 — Пациентка З. Д., 20 лет с расходящимся косоглазием 30° до (а) и после (б) проведенного оперативного вмешательства.

Выводы

Разработанный нами клапанный доступ может быть рекомендован для хирургического лечения горизонтального и смешанных видов косоглазия за счёт своей минимальной травматичности, лучших топографо-анатомических параметров, обеспечивающий полноценное выполнение оперативного приёма без дополнительного растяжения конъюнктивы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Menon, V. Study of the psychosocial aspects of strabismus / V. Menon, J. Saha, R. Tandon // J. PediatrOphthalmol Strabismus. — 2002. — № 39. — P. 203–208.
2. Клюка, И. В. Влияние раннего хирургического исправления содружественного косоглазия на состояние сенсорного аппарата бинокулярного зрения / И. В. Клюка // Офтальмол. журн. — 1977. — № 7. — С. 496–499.
3. Султанов, М. Ю. Хирургическое лечение альтернирующего содружественного косоглазия / М. Ю. Султанов, С. А. Тальшская // Воен. мед.журн. — 1981. — № 3. — С. 53.
4. Канюков, В. Н. Мобильные структуры офтальмохирургии (опыт Оренбургского филиала государственного учреждения МНТК «Микрохирургия глаза») / В. Н. Канюков. — Оренбург: Изд. ОГУ, 1999. — 175 с.
5. Краснов, М. Л. Общие сведения о хирургии глаза / М. Л. Краснова, В. С. Беляева // Руководство по глазной хирургии. — М.: Медицина, 1988. — Гл. 1. — С. 5–13.
6. Kuchenbecker, J. Inadvertent scleral perforation in eye muscle versus retinal detachment buckle surgery / J. Kuchenbecker, K. Schmitz, W. Behrens-Baumann // Strabismus. — 2006. — № 14. — P. 163–166.
7. Особенности клинической работы в передвижной операционной / С. Н. Федоров [и др.] // Офтальмохирургия. — 1994. — № 3. — С. 34–38.

УДК 616.5-006.81

МЕЛАНОМА КОЖНЫХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ

Дикая М. В.

**Научные руководители: ассистент А. С. Терешковец,
к.м.н., доцент Л. А. Мартемьянова**

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Меланома — злокачественная опухоль, образующаяся при перерождении клеток меланоцитов, которые в нормальном состоянии вырабатывают под действием ультрафиолетового излучения окрашивающее вещество — пигмент меланин. Преимущественно локализуется в коже, реже — сетчатке глаза, слизистых оболочках [1]. Характерным для меланомы является скопление меланина в клетках опухоли, хотя встречаются так называемые беспигментные меланомы. Осведомлённость врачей об особенностях различных вариантов меланомы кожных локализаций и неинвазивных методах их диагностики крайне важна для ранней дифференциальной диагностики меланомы кожи.

Цель

Анализ особенностей различных вариантов меланомы кожных локализаций, современных неинвазивных методов диагностики.

Материал и методы исследования

Проведен аналитический обзор отечественной и зарубежной литературы по вопросу особенностей различных вариантов меланомы кожных локализаций.

Результаты исследования и их обсуждение

Меланома встречается примерно в 10 раз реже, чем рак кожи и составляет 1–4 % в общей структуре злокачественных новообразований человека. Эта опухоль является одной из наиболее злокачественных и характеризуется быстрым ростом и ранним бурным лимфогенным и гематогенным метастазированием. Около половины случаев развития меланомы приходится на лиц в возрасте 30–50 лет. Крайне редко опухоль может развиваться у детей. Меланома может развиваться на коже любой области тела, но излюбленной ее локализацией у женщин являются нижние конечности (голень), а у мужчин — туловище (спина).[2] У пожилых людей опухоль несколько чаще локализуется на коже лица. С 2001 по 2010 гг. ежегодное число случаев заболевания меланомой кожи в Беларуси увеличилось в 1,5 раза: с 461 случая в 2001 г. до 676 — в 2010 г. В целом каждые 6–8 лет в мире отмечается удвоение числа больных меланомой.

Клинико-морфологическая классификация меланомы:

- поверхностная меланома;
- узловая (нодулярная) меланома;
- меланома на месте предракового меланоза;
- пятнистая меланома конечностей

Поверхностно-распространяющаяся меланома обычно развивается на фоне пигментного невуса. Наиболее важными гистологическими признаками поверхностно-распространяющейся меланомы являются вид атипичных клеток. Клетки неоплазии крупные, цитоплазма обильная, в ней просматриваются гранулы пигмента. Ядра также крупные, с неровной мембраной и эозинофильными ядрышками.

Узловая меланома характеризуется быстрым ростом и неблагоприятным прогнозом. При гистологическом исследовании узловой меланомы всегда определяется глубокий уровень инвазии. Неоплазия распространяется не только по всем слоям эпидермиса, но и по подлежащей дерме и в ряде случаев прорастает подкожную клетчатку. По краю узла можно увидеть инфильтрацию меланоцитами.

Лентигино-меланома возникает на фоне предракового заболевания кожи — меланоза Дюбрейля. При микроскопическом исследовании лентигино-меланомы на начальных стадиях определяются разрастания крупных атипичных меланоцитов с обильной цитоплазмой и гиперхромными ядрами.

При меланоме конечностей основным признаком новообразования — появление пятен черного, синеватого или темно-коричневого окраса. Акрально-лентигинозная меланома отличается от других разновидностей тем, что при ее наличии атипичные клетки локализуются рядом с базальной мембраной. Таким образом, формируется непрерывный слой. В атипичных меланоцитах содержится множество эозинофильных включений.

Одним из современных неинвазивных методов диагностики меланомы является СИА-скопия — метод спектрофотометрического мультиспектрального интрадермального сканирования, позволяющий получить изображения распределения в толще эпидермиса и дермы поглощающих свет хроматофоров (гемоглобина, коллагена, меланина). Получаемые изображения дают информацию о наличии и распределении меланина и коллагена в разных слоях кожи на глубине до 2 мм.

Молекулярно-генетическое исследование меланоцитарных поражений кожи проводится для дифференциальной диагностики меланомы с невусами и другими опухолями немеланоцитарной природы, а также для определения мутации гена BRAF. Не менее чем у 50 % больных меланомой обнаруживается мутация гена BRAF V600E. В норме ген BRAF регулирует рост клеток, но при такой мутации он начинает способствовать быстрому распространению клеток меланомы по всему организму. Также используется определение состояния генов RREB1 (6p25), MYB(6q23), CCND1(11q13), CEP6, что устанавливает генетиче-

ские нарушения, позволяет улучшить диагностику меланоцитарных поражений кожи, установить предмеланомные процессы (невусы с пограничными диспластическими изменениями), а также проводит дифференциальный диагноз между меланомой и немеланоцитарными новообразованиями.

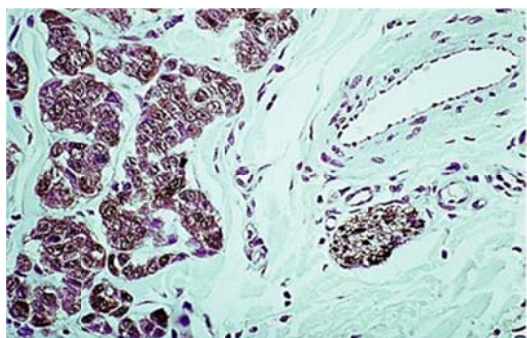


Рисунок 1 — Меланома: иммуногистохимическая реакция на протеин S-100

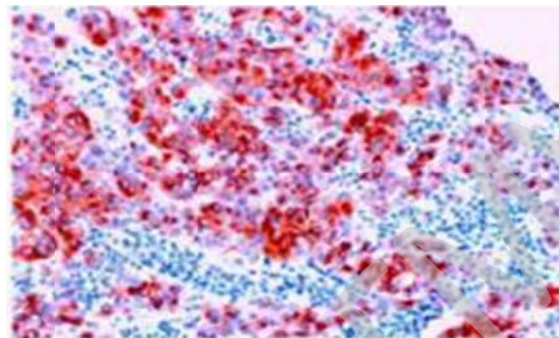


Рисунок 2 — Меланома: иммуногистохимическая реакция на маркер HMB45

Иммуногистохимическая диагностика основана на обнаружении атипичных клеток в коже с использованием специальных красителей.

Специфические меланоцитарные маркеры: PanMelanoma, Melan-A (A103), Melanosoma (HMB45), MITF-M (microphthalmia transcription factor Melan-A), Tyrosinase (Tyrosinase-related proteins 1 and 2).

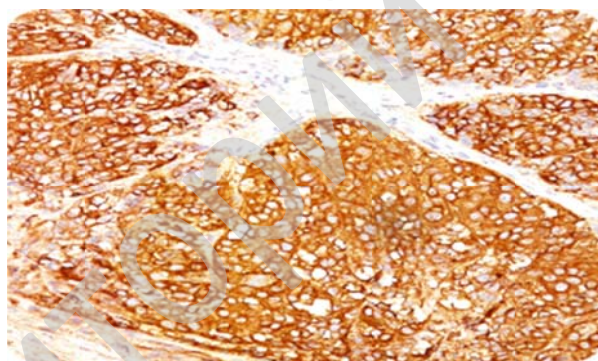


Рисунок 3 — Меланома: иммуногистохимическая реакция на маркер Melan-A (A103)

Выводы

Таким образом, в результате проведенного исследования установлено, что наиболее точным неинвазивными методами диагностики меланомы являются методы иммуногистохимии, в частности тест на антигены PanMelanoma, Melan-A (A103); метод спектрофотометрического мультиспектрального интрадермального сканирования; молекулярно-генетическое исследование меланоцитарных поражений кожи, в частности определение состояния генов BRAF, RREB1 (6p25), MYB(6q23).

ЛИТЕРАТУРА

1. Серов, В. В. Атлас Патологическая анатомия / В. В. Серов, В. С. Пауков, Н. Е. Ярыгин // Патологическая анатомия. — 2015. — № 1. — С. 203–206.
2. Лемехов, В. Г. Эпидемиология, факторы риска, скрининг меланомы / В. Г. Лемехов. — М., 2001. — № 1. — С. 1–10.
3. Hensin Tsao Melanoma: from mutations to medicine / Lynda Chin [et al.] // Department of Dermatology, Massachusetts General Hospital. — 2012. — № 1. — P. 2–15.
4. Роль неинвазивных методов диагностики новообразований кожи в практике врача дерматолога-онколога / Т. С. Бельшева [и др.] // НИИ детской онкологии и гематологии ФГБУ. — 2016. — № 1. — С. 2–6.
5. Клиническое значение определения полиморфизмов генов у больных пигментной меланомой кожи / Е. Н. Еремичева [и др.] // Онкологический научный центр им. Н. Н. Блохина РАН. — 2016. — № 1. — С. 3–5.
6. Пигментные новообразования кожи: в поисках диагностических маркеров меланомы кожи / Г. М. Волгарева [и др.] // Онкологический научный центр им. Н. Н. Блохина РАН. — 2016. — № 1. — С. 5–20.