

Ряд авторов предполагают, что неблагоприятное течение множественной базалиомы при синдроме Горлина – Гольтца обусловлено иммунными нарушениями. Поскольку установлено, что отдельные антигенные системы HLA или их гаплотипы связаны с высоким или низким ответом организма на различные антигены, мы изучили связь множественной базалиомы и синдрома Горлина – Гольтца с антигенами системы HLA крови [6].

При определении антигенов системы HLA (1-й класс антигенов – 65 больных с множественной базалиомой и 21 с синдромом Горлина – Гольтца; 2-й класс – 20 с множественной базалиомой и 17 с синдромом Горлина – Гольтца) нами были получены иммуногенетические различия в этих группах пациентов. У больных с множественной базалиомой была выявлена статистически достоверная ассоциация с HLA B14 в 21,5% случаев, с синдромом Горлина – Гольтца статистически достоверная ассоциация с HLA A10 в 61,9% и с B14 в 19% случаев.

Таким образом, клиника, течение и сроки развития базалиом при синдроме Горлина – Гольтца и вне связи с ним существенно отличались. Поэтому дифференциальная диагностика множественной базалиомы вне и в составе синдрома Горлина – Гольтца должна основываться на комплексной оценке анамнестических, клинических и иммуногенетических данных. При этом важными факторами при диагностике синдрома Горлина – Гольтца являются наследственность, особенности клиники, наличие сопутствующей патологии органов и систем, а также HLA A10 и B14.

ЛИТЕРАТУРА

1. Беренбейн Б.А., Лезвинская Е.М., Краснощекова Н.Ю. // Вестн. дерматол. – 1993. – № 5. – С. 63-67.
2. Ежова М.Н., Третьякова Е.И. // Рос. журн. кож. вен. болезней, 1998. – № 4. – С. 17-20.
3. Каламкярян А.А., Мордовцев В.Н., Трофимова Л.Я. Клиническая дерматология: Редкие и атипичные дерматозы. – Ереван, 1989.
4. Рабен А.С. // Клин.мед. – 1975. – № 6. – С.134-140.
5. Третьякова Е.И. // Рос. журн. кож. вен. болезней. – 1998. – № 3. – С. 7-10.
6. Третьякова Е.И., Молочков В.А., Писклакова Т.П., Манишкина Р.П. // Рос. журн. кож. вен. болезней. – 2000. – № 2. – С. 7-11.
7. Fitzpatrick P., Thompson G. // Can. Med. Ass. J. – 1982. – V. 127, No.6. – P.645-670.
8. Gerimelle D., Contu L. et al. // Dermat. – 1988. – V. 176. – P. 176-181.
9. Gorlin R, Goltz R. // New Engl. J. Med. – 1960. – V. 18. – P. 908-912.
10. Miller J. // J. Am. Acad. Dermat. – 1991. – V. 24. – P. 1-13. – P. 161-175.
11. Weinstock M. // J. Invest. Derm., 1991. – V.102, No. 6. – P. 46-56.

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ДЕРМАТОСКОПИИ ПИГМЕНТНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ КОЖИ

М.В. Тымчишина

ЦКБ с поликлиникой УД Президента РФ

В последнее десятилетие во всем мире отмечается стремительный рост заболеваемости опухолями кожи, в том числе меланомой [1]. Основопологающим принципом своевременной диагностики опухоле-

вых заболеваний кожи является онконастороженность и подготовленность врачей общего профиля. Для распознавания заболевания на ранней стадии визуальную диагностику необходимо дополнить вспомогательными методами исследования [2], из которых к наиболее доступным относится дерматоскопия.

Дерматоскопия или эпилюминесцентная микроскопия (ЭЛМ), микроскопия кожного покрова – это неинвазивный метод диагностики кожных образований, в том числе и пигментных, позволяющий посредством лучшей визуализации поверхностных структур кожи изучить морфологические особенности образования, недоступные для невооруженного глаза [3].

Целью работы является ознакомление практикующих врачей с основными принципами дерматоскопии, применяемыми в мировой практике.

Сначала на обследуемый участок кожи наносится минеральное масло, спиртовой раствор или вода, затем участок исследуется при помощи дерматоскопа, стереомикроскопа, цифровой камеры и т.д. Масло или жидкость, нанесенные на поверхность образования, устраняют отражение с поверхности кожи и делают роговой слой прозрачным, что позволяет рассмотреть пигментные структуры в эпидермисе, дермоэпидермальном соединении и поверхностных слоях дермы. Кроме того, можно легко оценить состояние поверхностных сосудов дермы, их размеры и форму. Дерматоскопы, наиболее часто используемые в практике, обеспечивают десятикратное увеличение.

Анализ пигментного образования начинается с рассмотрения ЭЛМ-признаков. Рассмотрим наиболее значимые из них.

Пигментная сетка – наиболее частый признак пигментного образования. Она формируется за счет отложения меланоцитов в гребешках эпидермиса. Типичная пигментная сетка встречается практически при всех доброкачественных пигментных образованиях. Для нее характерны: светло- или темнокоричневый цвет, равномерные петли по всему образованию, истончение сетки к периферии. В гистологической картине: эпидермальные гребешки одинаково тонкие и удлиненные. Атипичная пигментная сетка выявляется при диспластическом невусе и меланоме. Она имеет окраску от темно-коричневого до черного или серого цвета и состоит из тонких и толстых петель разных размеров, неравномерно распределенных по поверхности образования и резко обрывающихся на периферии. Нередко пигментная сетка фрагментируется или исчезает в центре с образованием бесструктурной зоны. Гистологические изменения в случае атипичной пигментной сетки характеризуются утолщением и расширением гребешков эпидермиса, неравномерным распределением меланоцитов.

Глобулы – другой оптический феномен, наблюдаемый практически при любом пигментном образовании. Глобулы представляют собой шарики до 5 мм в диаметре, различного цвета (от светло- до темно-коричневого или черного), в зависимости от глубины их расположения (чем

глубже, тем светлее). Образуются глобулы в результате скопления гнезд меланоцитов в дермо-эпидермальном сочленении или сосочковом слое дермы. Типичные глобулы имеют одинаковый размер, форму и цвет, они располагаются равномерно по всему пигментному образованию с предпочтительной локализацией в центре. После воздействия солнечного облучения, при тенденции к росту невуса они могут располагаться по периферии. Атипичные глобулы характеризуются неравномерностью окраски: в пределах одного образования цвет может изменяться от светло-коричневого до черного и серого. Атипичным глобулам свойственны различные размеры и форма (круглые, овальные, эллипсоидные), неравномерное распределение (возможность группировки) с тенденцией к расположению на периферии пигментного образования.

Точки образуются вследствие отложения меланина или меланоцитов в роговом слое эпидермиса (черные точки) или в нижних слоях эпидермиса (коричневые точки).

Бесструктурная зона характеризуется отсутствием всех вышеописанных элементов и обусловлена плотными отложениями меланина на протяжении всего эпидермиса и дермы. Бесструктурная зона является частым спутником малигнизации.

Псевдоподии – неравномерные “выросты”, удлинения пигментной сетки. Они образуются в результате трехмерного распределения гнезд меланоцитов в дерме. Асимметричное расположение свидетельствует о фазе горизонтального роста меланомы.

Бело-голубая вуаль образуется в результате уплотнения эпидермальных кератиноцитов, гипергранулеза (белый цвет при дерматоскопии) или беспорядочного отложения меланина и меланофагов в верхних слоях дермы (голубой цвет). Встречается при меланоме, невусе Шпитц.

Зона регресса – обусловлена усиленным фиброзом (белые участки при дерматоскопии) и скоплением меланофагов (голубые участки) в расширенных папиллярных структурах дермы. Встречается при меланоме с участками регресса. При сочетании белых и голубых участков зона регресса практически неотличима от бело-голубой вуали.

Определенное сочетание ЭЛМ-признаков формирует клиническую характеристику пигментного образования. Так, преобладание типичного сетчатого компонента указывает на доброкачественность приобретенного или врожденного пигментного образования и характерно для пограничного и сложного невуса. Присутствие в дерматоскопической картине типичных глобулярных структур наблюдается при дермальном невусе. При сочетании в пигментном образовании трех и более структур с признаками атипичности (атипичная пигментная сетка, атипичные глобулы, псевдоподы), следует думать о диспластическом невусе или меланоме [2].

Следующим этапом после выявления ЭЛМ-признаков является их анализ для установления доброкачественности или злокачественности пигментного образования. С этой целью используют правило ABCD

(см. таблицу) или алгоритм Штольца (оценка симметрии образования, состояния границ, цвета, наличия различных структур) и правило семи признаков (7-point checklist), основанное на подсчете количества больших и малых признаков малигнизации. Оба правила являются взаимодополняющими и требуют совместного применения для оценки пигментного образования, поскольку используются разные критерии для установления его злокачественности [2, 4].

Правило ABCD (алгоритм Штольца)

Дерматологический критерий	Возможные значения	Результаты дерматоскопии
A Asymmetry	0-2 ($\times 1,3$)	Отсутствие асимметрии (0) Асимметрия по одной (1) или двум (2) осям Учитываются цвет, очертания и наличие различных структур
B Border	0-8 ($\times 0,1$)	Пигментное образование делится на 8 равных частей, подсчитывается число сегментов с резким обрывом пигментных структур (от 0 до 8)
C Color	1-6 ($\times 0,5$)	Подсчитываются цвета: Белый, красный, светло-коричневый, темно-коричневый, голубой/серый, черный
D Different structural components	1-5 ($\times 0,5$)	Количество различных структур: пигментная сетка, глобулы, точки, бесструктурная зона/бело-голубая вуаль, псевдоподии
Сумма баллов: > 5,45 – меланома 4,25-5,35 – атипичный невус < 4,25 – доброкачественное образование		

Правило семи признаков (7-point checklist)

Большие признаки:

- Атипичная пигментная сетка..... 2 балла
Бело-голубая вуаль..... 2 балла
Атипичные сосудистые структуры..... 2 балла

Малые признаки:

- Неравномерные выпячивания (псевдоподии)..... 1 балл
Неравномерная пигментация..... 1 балл
Нерегулярные глобулы и точки..... 1 балл
Регрессирующие структуры..... 1 балл

При сумме 3 балла и более образование подлежит удалению.

На основании вышеизложенного можно сформулировать алгоритм постановки диагноза при анализе новообразования кожи. На первом этапе с помощью дерматоскопии дерматолог должен установить (на основании структурного анализа), является ли исследуемое им образование – меланоцитарным. Наличие таких структур, как пигментная сетка, глобулы, точки, говорит о меланоцитарном характере. Их отсут-

ствие свидетельствует о немеланоцитарном образовании (себорейный кератоз, базалиома, сосудистые новообразования, ЭЛМ-признаки которых, в данной статье не рассматривались). Следующим этапом является определение злокачественности пигментного образования с применением правил ABCD и правила семи признаков.

Более подробно, с рассмотрением клинических примеров, данный метод изложен в клиническом вестнике «Кремлевская медицина», 2004, №2.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Аксель Е.М., Давыдов М.И. // Злокачественные новообразования в России и странах СНГ в 2000 г. – М., 2002. – С. 85-106.
2. Grin C.M., Kopf A.W., Welkovich B. et al. // Arch. Dermatol. – 1990. – V.126. – P. 763-766.
3. Mayer J. // Med. J. Aust. – 1997. – V.167. – P.206-210.
4. Soyer H.P., Smolle J. et al. // Am. J. Dermatopathol. – 1989. – No. 11. – P. 1-11.
5. Stolz W., Riemann A., Cognetta A.B. et al. // Eur. J. Dermatol. – 1994. – No.7. – P. 521-528.

ЭКСПРЕССИЯ Е-КАДГЕРИНА В БАЗАЛЬНО-КЛЕТОЧНОМ РАКЕ КОЖИ

*А.Н. Хлебникова, Л.Е. Гуревич, Н.А. Корсакова, Е.И. Устинова
ФППОВ ММА им. И.М. Сеченова, МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского*

Способность опухолевых клеток к неконтролируемому росту, миграции, инвазии окружающих тканей и развитию метастазов во многом обусловлена нарушениями межклеточных контактов клеток между собой или контактов с внеклеточным матриксом, поэтому в последнее время большое внимание уделяется выявлению и характеристике экспрессии рецепторов клеточной адгезии в процессе опухолевого роста [1, 3]. В эпителии ведущая роль в поддержании межклеточных контактов принадлежит Е-кадгерину, которому в последнее время придается большое значение в злокачественной трансформации клеток [2]. Многочисленные исследования показали, что высокодифференцированные эпителиальные опухоли со слабо выраженным инвазивным потенциалом интенсивно экспрессируют Е-кадгерин. Напротив, для низкодифференцированного рака высокой степени злокачественности характерна аномальная экспрессия Е-кадгерина или ее отсутствие [4, 7, 10].

Мы изучали экспрессию Е-кадгерина в базально-клеточном раке (БКР) кожи, который характеризуется местнодеструктирующим ростом и редким метастазированием. Были исследованы 39 базалиом, клинически 11 из них имели поверхностную форму, 19 – язвенную, 9 – узелковую. Гистологически солидный тип был выявлен в 21 наблюдении, поверхностно-мультицентрический – в 4, солидно-аденоидный – в 5, солидный с пилоидной дифференцировкой – в 2, солидный с участками