

очертаний полупрозрачные зерна, окруженные ободком розоватого цвета, образованным скоплением эритроцитов. Некоторые из них имели сотовую структуру. Последний признак выявлялся при кистозных разновидностях БКР. Проведенные цитологические исследования данных мазков во всех случаях подтвердили диагноз базалиомы.

Таким образом, новый метод видеоскопического изучения цитологического мазка позволяет, помимо клинических характеристик, дополнительно, непосредственно на приеме подтверждать диагноз базалиомы, фиксировать данные в памяти компьютера и, при необходимости, пересылать его цитологам для дополнительного изучения и сравнения с классическим цитологическим методом.

Внедрение метода видеодерматоскопии при осмотре кожи и цитологических мазков при подозрении на БКР совершенствует раннюю диагностику и мероприятия первичной и вторичной профилактики рака кожи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Двойрин В.Б., Аксель Е.М., Бармина Н.М. Состояние онкологической помощи населению России и некоторых стран СНГ в 1992 г. – М., 1993.
2. Дерматоонкология / под ред. Г.А. Галил-Оглы, В.А. Молочкова, Ю.В. Сергеева. – М., 2005. – 872 с.
3. Сергеев Ю.В., Борисова С.В., Шубина С.И. // Рос. журн. кож. вен. болезней. – 1999. – №1. – С. 8-12.
4. Сергеев Ю.В., Шубина С.И., Борисова С.В. // Материалы I съезда онкологов стран СНГ, ч. 1. – М., 1996. – С. 42.
5. Сергеев Ю.В., Борисова С.В. // Материалы VII Российского съезда дерматологов и венерологов. – Казань, 1996. – С. 97.
6. [Сергеев Ю.В.] Sergeev Yu. V. // Nouv. Esthetiq. – 2002. – No.3. – P. 72-76.
7. Cramecki D., Meehan C., Lewie A. et al. // Int. J. Derm. – 1991. – V. 30, No.10. – P.713-714.
8. Gibody J. L., Atken J., Green A. // Aust. J. Publ. Health – 1994. – V. 18, No.2 – P.218-221.
9. Stoltz W., Braun-Falco O., Bilek P. et al. Color Atlas of Dermatoscopy, 2nd ed. – Oxford, 2002.

ЗНАЧЕНИЕ НАРУШЕНИЯ АДГЕЗИВНЫХ ПРОЦЕССОВ ПРИ БАЗАЛЬНО-КЛЕТОЧНОМ РАКЕ КОЖИ

Е.С. Снарская, С.С. Кряжева
ММА им. Сеченова

Способность опухолевых клеток к индивидуальному росту и метастазированию во многом определяется состоянием клеточной адгезии [1, 2, 3, 7], которая, в свою очередь, зависит от содержания и активности кадхеринов – трансмембранных гликопротеинов, входящих в состав различных типов межклеточных соединений и играющих ведущую роль в организации структуры ткани. В эпидермальных кератиноцитах выявлено несколько адгезивных клеточных систем [4], среди которых

наиболее важными структурами являются десмосомы, липкие соединения (adherense junction), соединительные отверстия (gap junction).

Десмосомы содержат гликопротеиды (десмоглеин, десмоколлин) и протеины (плакоглобин, десмоплакин, плакофилин), которые являются десмосомальными кадхеринами [5]. В липких соединениях клеточная адгезия обеспечивается гликопротеином – Е-кадхерином, который связывается с b-катенином и взаимодействует с актиновыми микрофиламентами [2]. Отсутствие экспрессии Е-кадхерина способствует инвазии и метастазированию опухоли [6].

При плоскоклеточном раке и инфильтративной разновидности базально-клеточного рака кожи (БКР) отмечено снижение количества молекул Е-кадхерина [6, 8].

Мы изучили содержание адгезивных молекул s ICAM-1, s VCAM-1, L- и Е-селектина, Е- и N-кадхерина в крови больных БКР с помощью иммуноферментного анализа (ИФА) и коммерческих ИФА-наборов отечественного (ИПО «Протеиновый контур», Санкт-Петербург) и зарубежного производства (“Innogenetics” Бельгия, “Research Diagnostic System” Англия, “Promega” США, “Biomar Diagnostic System” Германия).

Исследования проведены у 44 больных БКР в возрасте от 50 до 70 лет. У 34 из них диагностированы язвенно-нодулярные БКР: в стадии $T_1N_0M_0$ I-II степени изъязвления – 15 больных, в стадиях $T_2-T_3N_0M_0$ II-III степени изъязвления – 19 больных и особая форма опухоли – метатипический рак кожи (МТР) – 10 больных. Контрольную группу составили 50 доноров. Результаты исследования представлены в таблице.

**Содержание адгезивных молекул
в крови больных БКР, нг/мл**

Вид молекул	Норма (n=50)	Группы больных		
		БКР $T_1N_0M_0$ (n=15)	БКР $T_2-T_3N_0M_0$ (n=19)	МТР (n=10)
s ICAM-1	355,4±132,2	336,0±45,5	368,1±68,8	↓254,2±77,2**
s VCAM-1	243,2±54,2	245,2±22,9	↓221,1±77,8*	↓141,2±38,8**
L-селектин	288,1±98,5	289,7±82,1	↓249,2±77,8*	↓154,8±43,7**
Е-селектин	142,5±35,1	155,1±15,4	132,2±66,7	199,1±44,0
Е-кадхерин	24,0±8,1	↓21,9±10,3*	↓18,8±9,4**	↓16,2±6,4**
N-кадхерин	19,4±6,2	↑25,5±7,1*	↑39,2±14,3**	↑56,0±9,9**

* $p < 0,001$; ** $p < 0,05$.

Данные таблицы свидетельствуют о том, что у больных БКР имела тенденция к снижению содержания адгезивных молекул s ICAM и s VCAM, особенно выраженная при МТР. Содержание L-селектина при БКР имело тенденцию к снижению по мере увеличения размера опухоли и степени ее изъязвления. При МТР это снижение особенно выражено – почти вдвое по сравнению с нормой.

При больших опухолях Е-селектин проявлял подобную тенденцию незначительно. Динамика содержания Е-кадхерина была выражена отчетливо по мере усиления агрессивности опухоли. Содержание N-кадхерина, наоборот, имело выраженную тенденцию к увеличению.

Полученные данные об изменениях концентрации адгезинов, селективных и Е-кадхерина в сторону снижения свидетельствуют о недостаточности ресурса в составе адгезивного пула для сохранения стабильности стромальной архитектоники в ходе развития опухоли, особенно при МТР. Повышение содержания N-кадхерина в кровотоке, отмеченное нами при язвенных БКР больших размеров и МТР, коррелирует с ростом агрессивности опухоли, что закономерно, если учесть, что N-кадхерин участвует в процессе миграции опухолевых клеток за счет взаимодействия с клетками стромы опухоли и эндотелием.

Таким образом, показатели адгезивного статуса могут быть использованы для оценки агрессивности опухолевого процесса при различных формах и разновидностях базально-клеточного рака кожи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Биологические методы лечения онкологических заболеваний, под ред. В.Т. ДеВита, С.Хеллмана, С.А. Розенбери. Пер. с англ. – М., 2002.
2. Канцерогенез, под ред. Д.Г. Заридзе. – М., 2000.
3. Снарская Е.С. Иммунологические аспекты патогенеза, дифференциальной диагностики и иммунотерапия язвенной разновидности базально-клеточного и метатипического рака кожи / Автореф. дис. ...докт. мед. наук. – М., 2005.
4. Burge S. // Brit. J. Dermatol. – 1994. – V. 131. – P. 153.
5. Roch P.J., Walsh M.J. et al. // Eur. J. Cell. Biol. – 1990. – V. 53. – P. 1-7.
6. Schipper J.H., Frixen V.H. et al. // Cancer Res. – 1991. – V. 51. – P. 6328.
7. Tada H., Hatoko M. et al. // J. Cutan. Path. – 2000. – V. 27, No.1. – P. 24-29.
8. Wenzel F., Miller S. // Biologic Factors in Cutaneous oncology / eds S.S. Miller, M.E. Malony. – Oxford, 1998. – P. 504-608.

ВНУТРИКАНЕВАЯ ТЕРАПИЯ БАЗАЛЬНО-КЛЕТОЧНОГО И МЕТАТИПИЧЕСКОГО РАКА КОЖИ

Е.С. Снарская, М.В. Челюканова

ММА им. И.М. Сеченова

Базально-клеточный рак кожи (базалиома, базально-клеточная карцинома, базально-клеточная эпителиома) – наиболее распространенная злокачественная эпителиальная опухоль кожи, состоящая из базалоидных клеток [2]. Заболевание характеризуется местно-деструкующим ростом и чрезвычайно редким метастазированием.

По Международной гистологической классификации опухолей ВОЗ 1980 и 1996 г. [1] базалиому относят к истинному раку, поскольку она обладает неудержимым ростом с инфильтрацией, деструкцией подле-