

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ШПИЦОИДНЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ

***Брагина З.Н., Дмитриева М.В., Конопелько Г.Е. Крыжова Е.В.**
Белорусский государственный медицинский университет
Беларусь, Минск*

Изучены морфологические особенности шпидоидных новообразований с учетом гендерно-возрастной характеристики, локализации и злокачественного потенциала.

***Ключевые слова:** кожные меланоцитарные образования Шпица; морфология.*

CLINICAL AND MORPHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF SPITZOID NEOPLASMS

***Bragina Z.N., Dmitrieva M.V., Konopelko G.E., Kryzhova E.V.**
Belorussian State Medical University,
Belarus, Minsk*

The morphological features of spitzoid neoplasms were studied taking into account gender and age characteristics, localization and malignant potential.

***Key words:** Spitz skin melanocytic lesions; morphology.*

Шпидоидные новообразования включают гетерогенную группу меланоцитарных новообразований кожи с различной степенью злокачественности, которые встречаются преимущественно у детей, подростков и молодых взрослых. К ним относятся Шпиц невус – доброкачественное быстро растущее образование, которое относится к веретеночлеточным и эпителиоидно клеточным невусам, шпидоидные меланомы – опухоли с атипической морфологической картиной и агрессивным течением заболевания, сопровождается рецидивами и бурным лимфогенным и гематогенным метастазированием. Существуют также большое количество форм с неопределенным потенциалом злокачественности, которые занимают промежуточное место между доброкачественными и злокачественными новообразованиями, объединенные в группу атипичных опухолей Шпиц. Впервые Шпиц невус и шпидоидные меланомы были описаны в 1948 году американским патоморфологом Софи Шпиц, которая выделила их из группы меланоцитарных заболеваний [1]. В России одним из первых стал изучать данную патологию А.К. Апатенко. Заболеваемость невусом оценивается в диапазоне от 1,4 до 1,66 на 100 тысяч человек. Чаще наблюдается в детском возрасте. Причины образования до конца не изучены. В 10% случаев оно врожденное. Появляется невус из

эмбрионального зачатка, клеток нервного гребня. У детей и подростков чаще локализуется на лице. Половых предпочтений нет. Средний возраст, по данным авторов на большой выборке пациентов, составляет 30,2 лет. Однако за пределами четвертого и пятого десятилетий невус Шпиц встречается в единичных случаях.

Шпиц невус, как правило, представляет собой небольшой одиночный куполообразный безволосый узел размером от 2мм до 2см. Опухоль чаще единичная. Однако встречаются множественные формы. Выделяют четыре типа множественной формы. Первый тип – очаги разбросаны на разных участках кожного покрова (диссеминированный). При втором типе невусы Шпиц сгруппированы на неизменной коже, при третьем – на гипопигментированном, при четвертом – на гиперпигментированном участке кожи. Цвет обычно розово-красный или желто-коричневый, реже красно-коричневый или темно-коричневый. Гистологически невусные клетки преимущественно веретенообразные, располагаются главным образом в виде гнездных скоплений. Меланин может отсутствовать. Иногда обнаруживаются митозы и воспалительные инфильтраты. В базальном слое встречаются слипающиеся эозинофильные частицы – тельца Камино. В десмопластическом невусе Шпиц отмечается десмопластическая реакция стромы, которая может имитировать инвазивный рост в дерму и вызывать трудности в дифференциальной диагностике с меланомой.

В настоящее время не существует однозначных морфологических критериев, позволяющих дифференцировать Шпиц невус от шпицоидной меланомы [2]. Гистологическая картина невуса порой настолько напоминает меланому, что отличить эти два образования может только опытный морфолог. Дифференциальная диагностика шпицоидных новообразований наряду с клинико-морфологическим анализом требует проведения иммуногистохимического и молекулярно-биологического исследований, включая геномную гибридизацию [3].

Цель исследования. Определить особенности морфологии и локализации невуса Шпица и шпицоидной меланомы, определить их частоту в зависимости от возраста и пола.

Материал и методы. Всего было изучено 163 случая меланоцитарных образований, из которых отобраны 20 наблюдений невусов Шпица. Микропрепараты удаленных невусов были окрашены гематоксилином и эозином. Клинические данные о пациентах и локализации удаленных образований взяты из биопсийных карт.

Результаты. Невусы Шпица составили 12,3% в исследованной группе пациентов с удаленными меланоцитарными новообразованиями, среди которых у 3 пациентов имело место развитие меланомы на фоне невуса Шпица и 2 случая пограничного невуса с элементами невуса Шпица.

Возраст пациентов колебался от 16 до 76 лет (от 16 до 40 – 13, от 41 до 60 – 3, старше 60 – 4). Наиболее уязвимым был возраст от 16 до 40 лет, что

составило 65%. Соотношение мужчин (n=7) и женщин (n=13) составило 1:2. Наиболее часто невусы локализовались на лице и на коже спины в межлопаточной и поясничной области.

Макроскопически невусы имели вид куполообразной папулы с округлыми четкими границами, розового или красного цвета. Микроскопически была характерна выраженная пограничная активность, атрофия и псевдоэпителиоматозная гиперплазия эпидермиса. Невусные клетки располагались в виде гнезд и тяжей в верхних слоях дермы, они были крупными с характерно выраженной светлой пенистой цитоплазмой и эксцентрично расположенными ядрами. В нижних слоях дермы клетки веретенообразные. Характерно наличие многоядерных гигантских клеток типа Тутона с гомогенной базофильной цитоплазмой и неравнономерным расположением ядер. В эпидермисе встречались тельца Камино – бледно-розовые шарики величиной до нескольких кератиноцитов в форме полумесяца. Во всех исследованных гистологических препаратах наблюдалась лимфо-плазмоцитарная инфильтрация.

При проведении дифференциальной диагностики невуса Шпица и меланомы нами учитывались следующие признаки. Для невуса Шпица были характерны четкие границы, относительная симметричность и множественные тельца Камино, признаки, которые могли также выявляться при меланоме. Наблюдались слабовыраженный полиморфизм клеток, рост новообразования в виде тяжей и отдельных клеток по нижнему краю опухоли, отсутствие атипичных митозов, а также митозов в глубоких участках опухоли. Наличие веретеновидных и эпителиоидных клеток и отсутствие изъязвления также не исключало меланому. Диагноз меланомы основывался на выявлении глубокого распространения (особенно в подкожную жировую клетчатку), наличия изъязвления, размера образования более 1 см, большой клеточной плотности, утраты созревания, глубоких митозов (более 3-х в нижней трети), высокой митотической активности, аномальных митозов и выраженной ядерной атипии.

Выводы. Таким образом, меланоцитарная пролиферация со шпицоидной дифференциацией представляет собой сложную клинικο-морфологическую дилемму, поскольку спектр её варьирует от доброкачественной до злокачественной, и в каждом конкретном случае это важно для лечения пациента и определения прогноза.

Список литературы

1. Massi, G. Histological Diagnosis of Nevi and Melanoma / G. Massi, P.E. LeBoit. – 2nd ed. – 2014. – 753 p.
2. Букат, В.П. Шпицоидные новообразования: молекулярно-генетические маркеры и патоморфологические критерии дифференциальной диагностики и оценки степени злокачественности патологического процесса /

В.П. Букат [и др.] // Лабораторная диагностика. Восточная Европа. – 2021. – Том 10, №4. – С. 493-499.

3. Ahmadi, N. Melanocytic nevi with Spitz differentiation: diagnosis and management / N. Ahmadi, S.P. Davison, C.L. Kauffman // Laryngoscope. – 2010. – Vol. 120, № 12. – P. 2385-2390.