

УДК 616.5-006.81-03

ПРИБРОБРЕТЕННЫЕ МЕЛАНОМООПАСНЫЕ НЕВУСЫ У ДЕТЕЙ

Т.С. Бельшева, М.Д. Алиев

ФГБУ «РОНЦ им. Н.Н. Блохина» Минздрава России, г. Москва

Ключевые слова: Шпиц невус, невус Рида, диспластический, комбинированный, голубой невус, дерматоскопия

Приобретенные меланоцитарные невусы формально относятся к группе доброкачественных опухолей, однако в связи с высоким риском малигнизации они требуют особого внимания и постоянного медицинского контроля. Это касается прежде всего невусов Шпица/Рида, диспластических, комбинированных и голубых невусов. Тактика ведения пациентов с приобретенными меланоопасными невусами зависит от результатов клинического и дерматоскопического обследования.

Введение

Приобретенные меланоцитарные меланоопасные невусы формально относятся к группе доброкачественных опухолей, однако в связи с высоким риском малигнизации они требуют особого внимания и постоянного медицинского контроля [1]. Это касается прежде всего невусов Шпица/Рида, диспластических, комбинированных и голубых невусов.

Невус Шпица нередко именуют ювенильной меланомой. Под этим названием его впервые описала в 1948 г. София Шпиц (Spitz S.) [2]. В половине случаев опухоль возникает у детей до 10 лет и клинически проявляется солитарной папулой розового или бурого цвета около 0,5–1 см в диаметре, с четкими границами, ровными краями, гладкой поверхностью, лишенной волос. Локализуется в основном в области головы/шеи (37%) и нижних конечностей (28%) [3]. С ростом ребенка размеры невуса пропорционально увеличиваются. Возможен как спонтанный регресс опухоли [4], так и его трансформация в меланому кожи. При дерматоскопическом исследовании гипопигментированного невуса Шпица видны точечные сосуды в виде «запятой» на гомогенном розовом фоне, может быть пигментация в центре и гомогенная розовая структура по периферии. Пигментированный невус Шпица представлен центральными гиперпигментированными глобулами и периферическими пигментированными штрихами по типу «звездных вспышек» [5–7]. По гистологическим признакам невус напоминает

меланому, что и обусловило его второе название [8]. Визуализируются гнезда эпителиоидных и веретенообразных клеток, распространяющихся из гиперпластического эпидермиса в сетчатый слой дермы в форме перевернутого треугольника. Характерны тельца Камино — эозинофильные скопления, представляющие собой фрагменты базальной мембраны, расположенные на границе с эпидермисом или в верхней части дермы. Выделяют пограничный, смешанный или внутридермальный невус [8]. Верификация диагноза возможна только после хирургического иссечения невуса и его гистологического исследования.

Невус Рида — пигментный веретенноклеточный невус, впервые описанный в 1975 г. Ричардом Ридом (Reed R.) как доброкачественное меланоцитарное поражение кожи с глубоким залеганием пигмента. Поражает преимущественно детей [9]. Одни авторы считают невус Рида самостоятельной нозологической единицей, другие — вариантом невуса Шпица [10].

Голубой невус впервые описан в 1906 г. Jadassohn—Tiesche как доброкачественная меланома. Опухоль развивается в детском или подростковом возрасте, чаще у девочек. Локализуется преимущественно на коже конечностей, ягодиц, волосистой части головы. Чаще встречается у лиц монголоидной расы [11]. При клиническом осмотре голубой невус выглядит как единичная папула или пятно темно-серого или синего цвета. Выделяют несколько типов голубого невуса: простой, клеточный и комбинированный. Для их верификации необходимо гистологическое исследование.

Комбинированный голубой невус представляет собой сочетание голубого и меланоцитарного невусов, чаще поражает лицо [12].

Адрес для корреспонденции

Т.С. Бельшева

E-mail: clinderma@mail.ru

Диспластический невус иначе называют атипичным или невусом Кларка и считают переходным при трансформации доброкачественного невуса в меланому кожи [13]. Поражает детей преимущественно в период полового созревания. Выглядит как пятно или бляшка, возможно сочетание пятна с папулой. Края неровные, границы нечеткие. Линейные размеры варьируют от 4 до 12 мм, окраска — от розовато-бурой и рыже-коричневой до черной. Описаны клинические разновидности невуса в виде «яичницы-глазуньи» — пятно с папулой в центре новообразования; мишеневидный тип — пятно с более темной пигментацией в центре; эритематозный тип — невус розовато-красной окраски и невус, напоминающий себорейный кератоз. Дерматоскопическая картина представлена неоднородной пигментной сетью с резко обрывающимися границами, участками гипопигментации или гиперпигментации, неравномерным распределением гранул и глобул различного диаметра и формы [14]. В 2001 г. Hofmann-Wellenhof и соавт. описали четыре основных подтипа невуса: диспластический невус с центральной гипо- и гиперпигментацией, с мультифокальной гипо-/гиперпигментацией, диспластический невус с эксцентричной пигментацией. Всем пациентам с диспластическим невусом показана эксцизионная биопсия с хирургическим отступом от края не менее 2 мм с последующим гистологическим исследованием [15].

Как видно из краткого литературного обзора, изучение приобретенных меланоцитарных меланоопасных невусов непрерывно продолжается, и последние коррективы внесены только в прошедшем десятилетии. Учитывая редкость таких новообразований у детей и высокую потенциальную опасность малигнизации, мы сочли целесообразным оценить частоту их диагностики и тактику ведения пациентов в одном из крупных федеральных центров — НИИ ДОГ «РОНЦ им. Н.Н. Блохина» Минздрава России. Исследование начато в 2009 г. и продолжается до сих пор. Представляем промежуточные результаты.

Материалы и методы

В исследование включены 170 детей с приобретенными меланоопасными невусами в возрасте от 2 до 18 лет. Родители всех пациентов обратились в научно-консультативное отделение НИИ ДОГ «РОНЦ им. Н.Н. Блохина» Минздрава России в 2009–2016 гг. для обследования детей и лечения пигментных новообразований.

Клиническое обследование включало анализ жалоб, сбор анамнеза заболевания и анамнеза жизни; особое внимание уделяли эпизодам гиперинсоляции, солнечным ожогам, травмам невусов, иммуносупрессивным состояниям (генетические дефекты иммунной системы, токсические иммунодефициты, воздействие ионизирующего излучения, ВИЧ-ин-

фекция), наличие кровных родственников, больных меланомой кожи. При первичном обращении всех детей опрашивали по тестовой системе Glasgow, определяли фототип кожи по Т. Фитцпатрику, осматривали, используя скрининговую систему ABCDE, и проводили поверхностную эпилюминесцентную микроскопию (дерматоскопия) на аппарате DELTA 20 (HAINE, Германия). Изображения сохраняли с помощью цифрового зеркального фотоаппарата Canon EOS 500 D и фотоадаптера HAINЕ DELTA 20/Canon. При анализе дерматоскопического изображения использовали дерматоскопическое «правило 7 признаков». По показаниям выполняли рентгенографию, УЗ-исследования, МСКТ, МРТ, радиоизотопные исследования, гистологические, иммуногистохимические и генетические исследования.

Результаты

В исследование включены 170 детей с приобретенными меланоопасными невусами, родители которых обратились в НИИ ДОГ РОНЦ им. Н.Н. Блохина. По результатам проведенного обследования у 76 (44,7%) пациентов диагностирован комбинированный невус, у 28 (16,5%) — голубой, у 35 (20,6%) — невус Шпица/Рида и у 31 (18,2%) — диспластический невус. Распределение детей по полу и возрасту представлено в табл. 1.

Из 76 пациентов с комбинированными невусами в исследование включены 41 (53,9%) девочка и 35 (46,1%) мальчиков в возрасте от 3,5 до 18 лет (ср. возраст $10,4 \pm 3,4$ года; медиана 10 лет). Преобладали дети 7–12 лет, причем количество мальчиков этого возраста достоверно превалировало (80 и 48,8%, соответственно). Гиперинсоляцию в анамнезе отметили 50% родителей пациентов.

Среди 28 пациентов с голубыми невусами было 16 (57,1%) девочек и 12 (42,9%) мальчиков, средний возраст детей составил $12,5 \pm 4,4$ года (медиана 13,3 года) и колебался от 3,1 года до 18 лет.

Из 35 пациентов с невусами Шпица/Рида в исследование вошли 21 (60%) девочка и 14 (40%) мальчиков в возрасте от 2,1 года до 12 лет. Средний возраст составил $6,3 \pm 2,7$ года (медиана 6 лет) и был достоверно ниже ($p=0,00001$), чем у детей с диспластическими и голубым невусами.

Среди 31 пациента с диспластическими невусами было 12 (38,7%) девочек и 19 (61,3%) мальчиков. Их возраст варьировал от 4 до 18 лет и в среднем составил $12,3 \pm 3,8$ года (медиана 13 лет).

Комбинированные невусы в 44,7% случаев локализовались на туловище, в 31,6% — на голове/шее и в 23,7% — на верхних конечностях (табл. 2). У 85,5% пациентов они имели форму пятна и у всех не превышали 1,5 см. Множественных образований не было. Родители 76,3% детей обратились в РОНЦ в связи с ростом или изменением цвета невусов, остальные направлены непрофильными специали-

Таблица 1. Распределение детей с приобретенными меланоопасными невусами по полу и возрасту

Пол	Возраст							
	>2 – ≤3 лет		>3 – ≤7 лет		>7 – ≤12 лет		>12 – ≤18 лет	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Комбинированный невус (n=76)								
Мужской (n=35)	0	0	2	5,7	28	80	5	14,3
Женский (n=41)	0	0	8	19,5	20	48,8*	13	31,7
Голубой (n=28)								
Мужской (n=12)	0	0	1	8,3	3	25	8	66,7
Женский (n=16)	0	0	3	18,8	5	31,3	8	50
Шпиц/Рид (n=35)								
Мужской (n=14)	1	7,1	9	64,3	4	28,6	0	0
Женский (n=21)	2	9,5	12	57,2	7	33,3	0	0
Диспластический (n=31)								
Мужской (n=19)	0	0	2	10,5	6	31,6	11	57,9
Женский (n=12)	0	0	1	8,3	3	25	8	66,7
Всего (n=170)								
Мужской (n=80)	1	1,3	14	17,5	41	51,2	24	30
Женский (n=90)	2	2,2	24	26,7	35	38,9	29	32,2

Примечание: * различия достоверны по сравнению с мужским полом при $p < 0,05$.

Таблица 2. Клиническая характеристика приобретенных меланоопасных невусов

Параметр	Вид невуса							
	Комбинированный (n=76)		Голубой (n=28)		Шпиц/Рид (n=35)		Диспластический (n=31)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Локализация								
Голова/шея	24	31,6+	7	25	28	80*	0	0*+ #
Туловище	34	44,7*+	1	3,6	0	0	6	19,4+ #
Верхние конечности	18	23,7*	16	57,1	4	11,4*	8	25,8*
Нижние конечности	0	0	4	14,3#	3	8,6#	17	54,8*+ #
Форма								
Пятно	11	14,5	1	3,6	5	14,3	28	90,3*+ #
Папула	65	85,5	20	71,4	30	85,7	3	9,7*+ #
Узел	0	0*	7	25	0	0*	0	0*
Размеры (см)								
<1,5	76	100*	24	85,7	35	100	30	96,8
1,5–9,9	0	0*	3	10,6	0	0	1	3,2
10–20	0	0	1	3,7	0	0	0	0
Другие характеристики								
Изменения первоначального цвета/размера	58	76,3+	25	89,3	34	97,1	29	93,5#

Примечание: * различия достоверны по сравнению с голубым невусом при $p < 0,05$; + различия достоверны по сравнению со Шпиц/Рид при $p < 0,05$; # различия достоверны по сравнению с комбинированным невусом при $p < 0,05$.

стами первичного звена из различных медицинских учреждений для уточнения диагноза.

Невусы Шпица/Рида поражали преимущественно область головы и шеи (80%), диспластические невусы — нижние конечности (54,8%), голубой невус — верхние конечности (57,1%). Все невусы Шпица/Рида не превышали 1,5 см и большинство (85,7%) имело форму папулы. Диспластические невусы были и в форме папулы 90,3% и в форме пятна, у 96,8% пациентов размеры опухоли не превышали 1,5 см. У 71,4% детей голубые невусы имели форму папулы, у 25% — форму узла и у 3,6% — форму пятна. В 10,7% случаев размеры опухоли составили 1,5–9,9 см, в 3,7% — 10–20 см (см. табл. 2). Родители большинства детей обратились в РОНЦ им. Н.Н. Блохина в связи с ростом невусов или изменением их первоначального цвета.

Следует отметить, что среди 28 детей с голубыми невусами было четыре пациентки с невусами, морфологически соответствующими категории невуса Ота. Это девочки в возрасте от 13 до 17 лет. Перед обращением в РОНЦ им. Н.Н. Блохина гиперинсоляцию в анамнезе отметили родители двух человек. Учитывая крайнюю редкость такого вида невуса, приводим его фото у одной из наших пациенток на рис. 1 а. Невус располагается в проекции I–II ветвей тройничного нерва. Патогномоничный признак невуса Ота — пятнистое поражение склеры (кожно-глазной меланоз) — отмечен у всех четырех девочек в виде мелких равномерных папул синего или синева-коричневого цвета (рис. 1 б). Дерматоскопическая картина соответствовала голубому невусу.

Результаты дерматоскопического осмотра приобретенных меланоопасных невусов у 170 детей, включенных в исследование, представлены в табл. 3.

Комбинированные невусы отличались зонами гомогенной серо-синей или голубой пигментации. Приводим их фото, сделанные при клиническом осмотре (рис. 2 а) и дерматоскопии (рис. 2 б). У большинства детей комбинированный невус представлял собой сочетание эпидермального или сложного (рис. 3 а) невуса с простым голубым невусом, патогномоничным признаком которого и является гомогенная серо-синяя или голубая пигментация. В нашей работе она отмечена у 89,5% детей с комбинированными невусами (см. табл. 3). При дерматоскопическом исследовании визуализировалось синее или голубое пятно округлых или неправильных очертаний, полностью (стрелка на рис. 2 б) или частично (стрелка 1 на рис. 3 б) скрывающее все подлежащие структуры на фоне дерматоскопических признаков эпидермального или сложного невуса (стрелка 2 на рис. 3 б).

В единичных случаях приобретенные меланоопасные комбинированные невусы состояли из диспластического и голубого невусов. Приводим описание одного из таких пациентов.

Пациент Н., 6 лет, фототип кожи I (цвет волос — рыжий). Родители обратились в НИИ ДОГ РОНЦ им. Н.Н. Блохина впервые с жалобами на наличие у ребенка «родимого пятна» на коже латеральной поверхности нижней трети правой голени. Субъективные ощущения в области новообразований отсутствовали. При объективном осмотре на коже латеральной поверхности нижней трети правой голени определяется пятно размерами 4,5×3,5 см, коричневого цвета, с неправильными очертаниями, фестончатыми границами, ростом длинных светлых щетинистых волос на поверхности. В нижнем крае пятна определяется неравномерно окрашенный



Рис. 1. Голубой невус Ота у пациентки М., 17 лет: а — вид при первичном осмотре; б — патогномоничный признак невуса Ота — пятнистое поражение склеры

Таблица 3. Дерматоскопическая характеристика приобретенных меланоопасных невусов

Параметр	Вид невуса							
	Комбинированный (n=76)		Голубой (n=28)		Шпиц/Рид (n=35)		Диспластический (n=31)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Симметричность	34	44,7*	27	96,4	16	45,7*	0	0*+
Монохромность	0	0*+	26	92,9	20	57,1*	0	0*+
Асимметричная окраска	0	0	0	0	0	0	30	96,8
Нетипичная пигментная сеть	0	0	0	0	0	0	30	96,8*+ #
Неравномерные гранулы	0	0	0	0	0	0	17	54,8*+ #
Пигментная сеть, постепенно исчезающая к периферии	0	0	0	0	0	0	8	25,8*+ #
Симметричные/асимметричные «псевдоподии» по периферии/лучистость	0	0+	0	0	14	40*	0	0+
Гомогенная темно-коричневая пигментация	0	0+	0	0	14	40*	0	0+
Типичная пигментная сеть	66	86,8	0	0#	0	0#	0	0#
Точки	1	1,3*+	5	17,9	6	17,1	0	0*+
Гранулы	1	1,3*+	7	25	9	25,7	0	0*+
Зоны гомогенной серо-синей/голубой пигментации	68	89,5	27	96,4	1	2,9*	0	0*#

Примечание: * различия достоверны по сравнению с голубым невусом при $p < 0,05$; + различия достоверны по сравнению со Шпиц/Рид при $p < 0,05$; # различия достоверны по сравнению с комбинированным невусом при $p < 0,05$

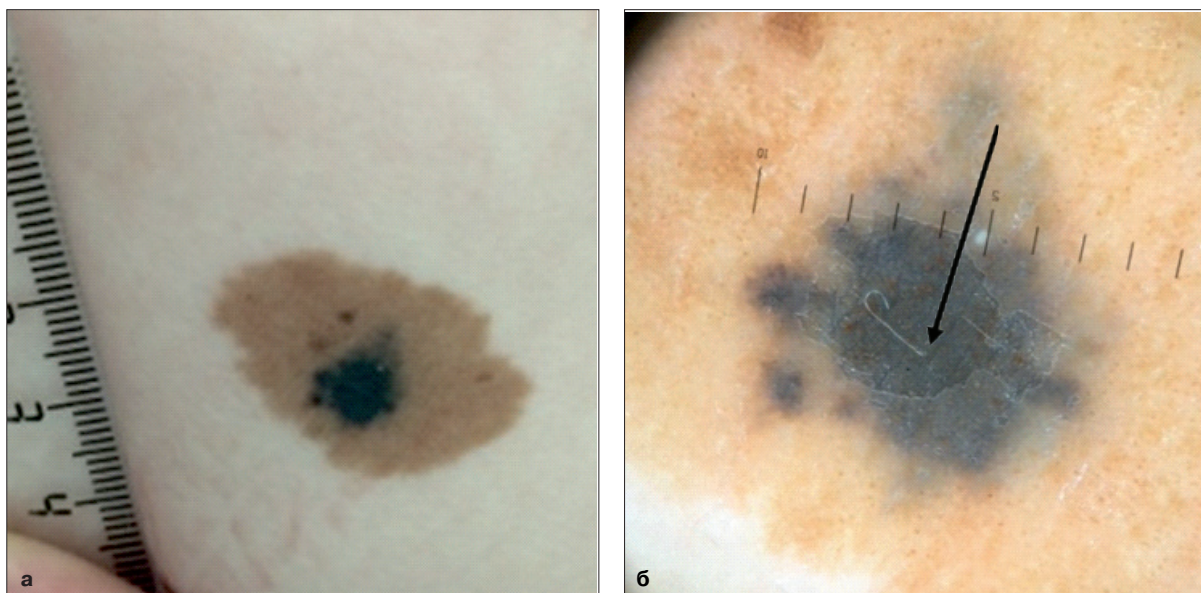


Рис. 2. Комбинированный невус на коже правой ягодичной области у пациента О., 3,5 года (объяснения в тексте)

узел голубовато-синего цвета 1 см в диаметре, округлых очертаний, с нечеткими границами (рис. 4 а). Регионарные лимфатические узлы не увеличены. При дерматоскопическом исследовании пятна визуализируются признаки, характерные для диспластического невуса (рис. 4 б): асимметричная окраска образования, нетипичная пигментная сеть (стрелки 1), неравномерные гранулы и постепенное исчезновение пигментной сети к периферии

(стрелка 2). При дерматоскопическом исследовании узла голубовато-синего цвета визуализируется гомогенная серо-синяя пигментация, характерная для голубого невуса (рис. 4 в). Рекомендована хирургическая эксцизия опухоли с последующим гистологическим исследованием операционного материала. При гистологическом исследовании верифицирован диагноз комбинированного невуса, состоящего из элементов диспластического и голу-

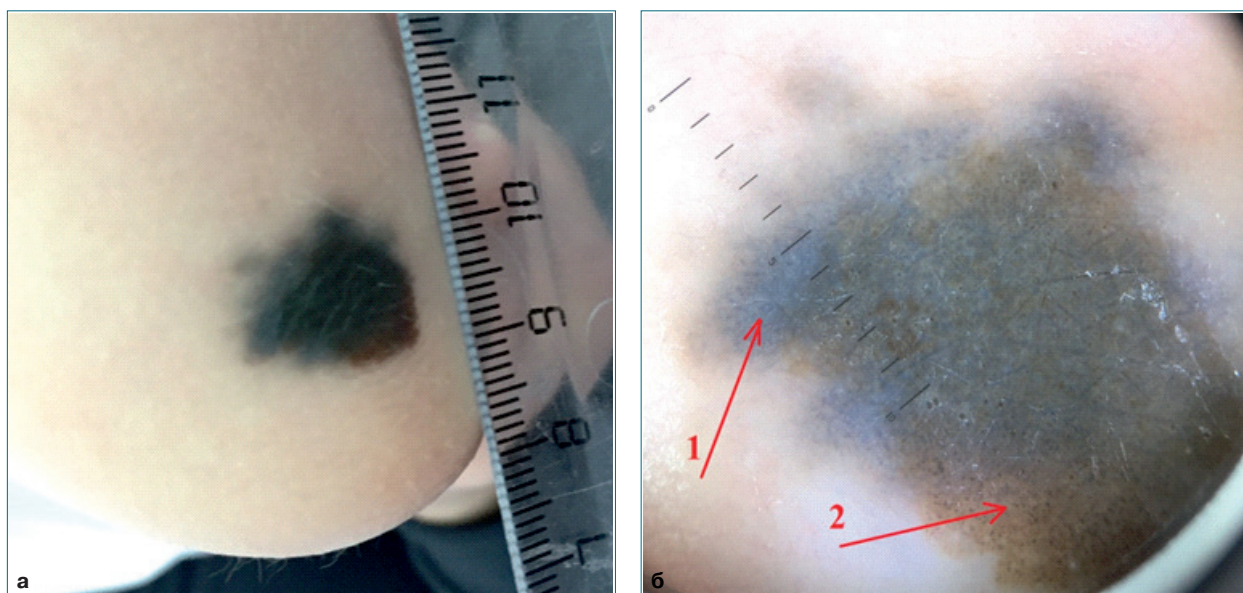


Рис. 3. Комбинированный невус правой локтевой области у пациента, 4 года (объяснения в тексте)

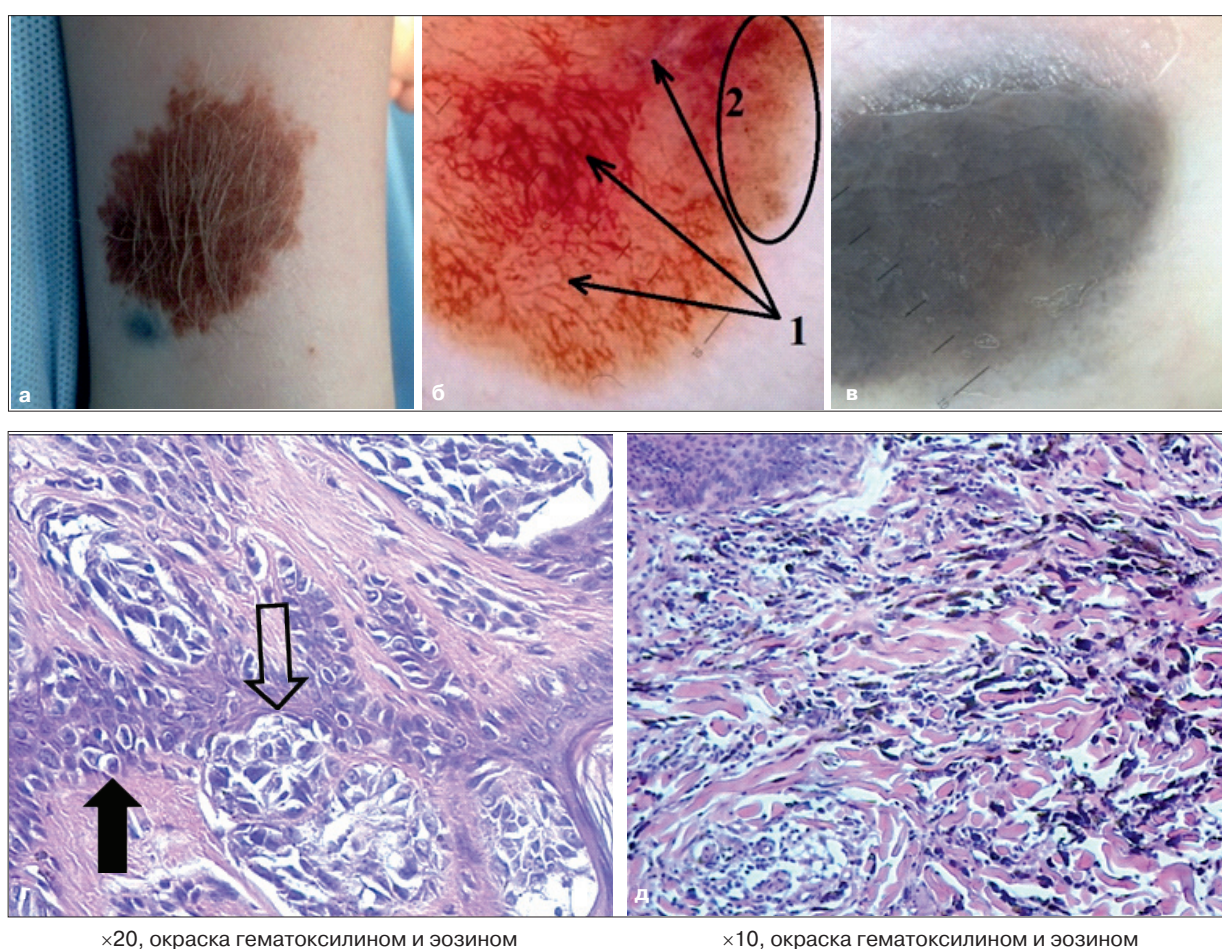


Рис. 4. Комбинированный невус нижней трети правой голени у пациента Н., 6 лет: а – вид при первичном осмотре; б – дерматоскопическая картина диспластического невуса в составе комбинированного невуса; в – дерматоскопическая картина голубого невуса в составе комбинированного невуса; г, д – результаты гистологического исследования (объяснения в тексте)

бого невусов. Определены фокусы педжетоидной меланоцитарной дисплазии и умеренно полиморфных невоидных клеток, формирующих гнездные скопления в юнкциональной зоне и дерме, — изменения, соответствующие диспластическому невусу (рис. 4 г). Рядом в сосочковом и ретикулярном слоях дермы отмечены гиперпигментированные крупные клетки, расположенные преимущественно параллельно эпидермису среди коллагеновых волокон, с очаговой интратуморальной лимфоцитарной инфильтрацией — изменения, соответствующие голубому невусу (рис. 4 д). При молекулярно-генетическом исследовании обнаружены мутации в генах BRAF (V600E), PDGFRA (S478P), CDKN2A (A148T). Рекомендовано динамическое наблюдение.

Несмотря на кажущуюся простоту диагностики голубого невуса, считаем необходимым рассмотреть его подробно, так как клинический и дерматоскопический осмотры не позволяют различать простой и клеточный типы образования. При дерматоскопии визуализируются идентичные признаки — гомогенная синяя или сине-серая, черно-синяя пигментация; в некоторых случаях можно увидеть рубцеподобные очаги. Так как клеточный тип опухоли отличается чрезвычайной склонностью к малигнизации, всем пациентам с голубыми невусами необходимо выполнять гистологическое исследование — единственный доступный метод, дающий возможность дифференцировать простой и клеточный типы невуса. Ниже приводим историю болезни одной из наших пациенток, наглядно демонстрирующую сложность дифференциальной диагностики голубого невуса и меланомы кожи.

Пациентка Р., 17 лет, фототип кожи II. Поступила в НИИ ДОГ РОНЦ им. Н.Н. Блохина впервые с жалобами на резкое увеличение диаметра и изменение окраски (потемнение) новообразования на коже правой щеки. Из анамнеза известно, что образование существует с раннего детства, его травм и солнечных ожогов кожи не отмечала. Субъективные ощущения в области образования отсутствовали. При объективном осмотре на коже правой щеки определяется папула размерами 8×7 мм, иссиня-черного цвета, округлых неправильных очертаний, с четкими границами (рис. 5 а). При дерматоскопии видна гомогенная бесструктурная зона сине-коричневого цвета (рис. 5 б). Регионарные лимфатические узлы не увеличены. На основании данных анамнеза, клинической и дерматоскопической картины нельзя исключить пигментную опухоль, в частности злокачественный голубой невус (меланома?). Рекомендована тотальная эксцизионная биопсия. При гистологическом исследовании операционного материала в сосочковом и ретикулярном слоях дермы выявлены скопления крупных невоидных клеток с округло-овальными ядрами и широкой светлой цитоплазмой, среди которых обилие гипер-

пигментированных (отмечено кругом на рис. 5 в и г) и беспигментных (отмечено квадратом на рис. 5 в и г) крупных невоидных клеток разной формы, расположенных в разных направлениях, — изменения, соответствующие клеточному голубому невусу.

Для исключения малигнизации невуса дополнительно проведено иммуногистохимическое исследование с маркером пролиферативной активности Ki-67 с использованием азура-А для нивелирования пигмента (пигмент приобретает зеленовато-голубовато-черный цвет (отмечено прямоугольником на рис. 5 д)), Ki-67 — коричневый цвет ядер за счет окрашивания хромагеном 3,3-диаминобензидин (отмечено овалом на рис. 5 д) в перекиси водорода и «красной метки» с использованием нафтолов AS-MX или AS-BI с прочным коричневым цветом (отмечено желтым кругом на рис. 5 е), красным цветом (красное окрашивание ядер при реакции с Ki-67 (отмечено красным ромбом на рис. 5 е)). Выявлена низкая пролиферативная активность Ki-67 — индекс пролиферации Ki-67 менее 1% опухолевых клеток. При молекулярно-генетическом исследовании выявлена мутация в гене GNAQ, характерная для голубых невусов. Рекомендовано хирургическое лечение.

В проведенном нами исследовании невусов Шпица/Рида симметричность дерматоскопических структур отмечена в 45,7% случаев (см. табл. 3), монохромность — в 57,1%, симметричные «псевдоподии» по периферии — в 40%, очаги гомогенной темно-коричневой пигментации — в 40%, точки — в 17,1%, гранулы — в 25,7%, зона гомогенной серо-синей пигментации — в 2,9%. В целом дерматоскопическая картина невусов Шпица/Рида имела несколько вариантов: гранулярный, радиальный, сетчатый, гомогенный и наиболее сложный для дифференциальной диагностики с меланомой кожи — атипичный вариант (рис. 6 а). Для него характерны дерматоскопические признаки, свойственные меланоме (рис. 6 б): асимметрия, полихромность, бело-голубая вуаль (стрелка 1), атипичные точки (стрелка 2), атипичные полосы (стрелка 3) и др. В сложных случаях установить диагноз позволяет только гистологическое исследование.

Тактику ведения пациентов с приобретенными меланоопасными невусами мы разрабатывали индивидуально в зависимости от результатов клинического и дерматоскопического обследования, проведенного в НИИ ДОГ РОНЦ им. Н.Н. Блохина. У 67,1% детей с комбинированными невусами выбрано динамическое наблюдение с клиническим и дерматоскопическим обследованием каждые 6–12 мес (табл. 4). Остальным 32,9% рекомендована хирургическая эксцизия невусов с последующим гистологическим исследованием, так как при дерматоскопии выявлены признаки активизации невусов либо новообразования локализовались в местах постоянной травматизации. В группе



Рис. 5. Голубой невус на коже правой щеки у пациентки Р., 17 лет: а — вид при первичном осмотре; б — дерматоскопическая картина; в, г — результаты гистологического исследования; д, е — результаты иммуногистохимического исследования (объяснение в тексте)

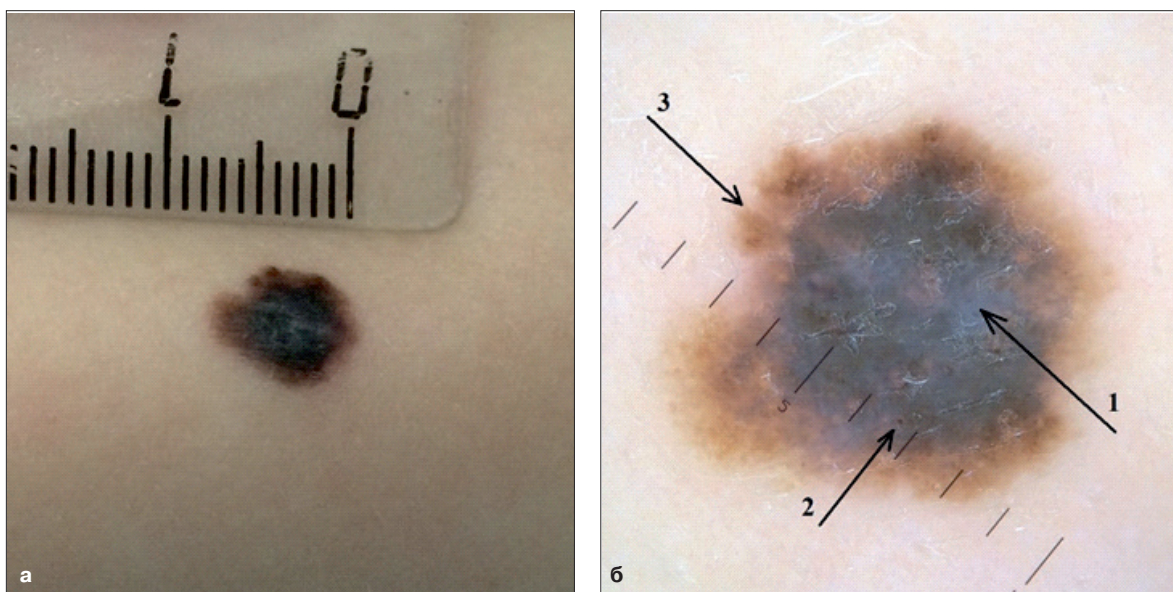


Рис. 6. Невус Шпица/Рида на коже левого предплечья у пациента П., 4 года: а — вид при первичном осмотре; б — дерматоскопическая картина (объяснения в тексте)

Таблица 4. Тактика ведения пациентов с приобретенными меланоопасными невусами

Параметр	Вид невуса							
	Комбинированный (n=76)		Голубой (n=28)		Шпиц/Рид (n=35)		Диспластический (n=31)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Динамическое наблюдение	51	67,1%	19	67,9%	0	0	0	0
Хирургическая эксцизия с гистологическим исследованием	25	32,9	9	32,1	35	100	31	100

детей с голубыми невусами тактика ведения была аналогичной. Частота динамического наблюдения составила 67,9%, рекомендации хирургической эксцизии невусов с последующим гистологическим исследованием — 32,1%.

Всем 66 пациентам с клиническими и дерматоскопическими признаками невусов Шпица/Рида и диспластических невусов настоятельно рекомендовали хирургическую эксцизию с гистологическим исследованием. Однако только в 16 случаях дети оперированы в НИИ ДОГ РОНЦ им. Н.Н. Блохина. Родители остальных решили проводить лечение и наблюдение по месту жительства. После иссечения невусов всем пациентам рекомендовано динамическое наблюдение с клиническим осмотром и дерматоскопией каждые 6 мес в течение нескольких лет.

Следует отметить, что за 7,5 года, в течение которых мы проводим диагностику и лечение приобретенных меланоопасных новообразований, ни у кого из подопечных детей не было малигнизации невусов. Данный факт свидетельствует о правильности выбранной тактики ведения пациентов и своевременном удалении новообразований.

Выводы

1. Частота диагностики приобретенных меланоопасных невусов у детей 2–18 лет в течение 7,5 года исследования в НИИ ДОГ РОНЦ им. Н.Н. Блохина составила:

- комбинированных невусов — 44,7%;
- невусов Шпица/Рида — 20,6%;
- диспластических невусов — 18,2%;
- голубых невусов — 16,5%.

В отечественной литературе мы не нашли аналогичных показателей, так как до настоящего времени никто не проводил масштабных исследований в крупных специализированных детских клиниках.

2. При первичном обращении в НИИ ДОГ РОНЦ им. Н.Н. Блохина средний возраст детей с невусами Шпица/Рида был достоверно ниже (6,3 года), чем у детей с диспластическим (12,3 года) и голубым (12,5 лет) невусами ($p=0,00001$).

3. Большинство комбинированных невусов представляли собой сочетание эпидермального или сложного невуса с простым голубым невусом, в единичных случаях голубому невусу сопутствовал диспластический невус.

4. Распространенность невуса Ота у детей с голубыми невусами составила 14,3% (4/28). Столь высокая концентрация пациентов с этим крайне редким новообразованием в НИИ ДОГ им. Н.Н. Блохина, вероятно, обусловлена высокой онкологической настороженностью родителей и их стремлением обратиться за помощью в самую крупную федеральную детскую онкологическую клинику. Во всех случаях у детей наблюдался патогномичный признак невуса Ота — пятнистое поражение склеры в виде мелких равномерных папул синего или синевато-коричневого цвета (кожно-глазной меланоз).

5. Тактика ведения пациентов с приобретенными меланоопасными невусами зависела от результатов клинического и дерматоскопического обследования. Хирургическую экцизию невусов с последующим гистологическим исследованием рекомендовали при наличии дерматоскопических признаков активизации невусов в тех случаях, когда новообразования были травмированы или локализовались в местах постоянной травматизации. В остальных случаях рекомендовали динамическое наблюдение с клиническим и дерматоскопическим обследованием каждые 6–12 мес.

ЛИТЕРАТУРА

- Хегер Петер Г. Детская дерматология. Пер. с нем. под ред. А.А. Кубановой, А.Н. Львова. М.: Издательство Панфилова; БИНОМ. Лаборатория знаний. 2013, с. 299.
- Spitz S. Melanomas of childhood. *Am. J. Path.* 1948, v. 24, p. 591.
- Lott J.P., Wititsuwannakul J., Lee J.J. et al. Clinical characteristics associated with Spitz nevi and Spitzoid malignant melanomas: the Yale University Spitzoid Neoplasm Repository experience, 1991 to 2008. *J. Am. Acad. Dermatol.* 2014, v. 71, No. 6, p. 1077-1082.
- Дерматоонкология. Под ред. Г.А. Галил-Оглы, В.А. Молочкова, Ю.В. Сергеева. М: Медицина для всех. 2005, с. 152-154.
- Moscarella E., Al Jalbout S., Piana S. et al. The stars within the melanocytic garden: unusual variants of Spitz naevi. *Br. J. Dermatol.* 2015, v. 172, No. 4, p. 1045-1051.
- Moscarella E., Zalaudek I., Cerroni L. et al. Excised melanocytic lesions in children and adolescents — a 10-year survey. *Br. J. Dermatol.* 2012, v. 167, No. 2, p. 368-373.
- Vaccaro M., Borgia F., Cannavò S.P. Dermoscopy of pigmented variant of acral Spitz nevus. *J. Am. Acad. Dermatol.* 2015, v. 72, Suppl. 1, p. 11-12.
- Busam K.J., Kutzner H., Cerroni L. et al. Clinical and pathologic findings of Spitz nevi and atypical Spitz tumors with ALK fusions. *Am. J. Surg. Pathol.* 2014, v. 38, No. 7, p. 925-933.
- Yoradjian A., Enokihara M.M., Paschoal F.M. Spitz nevus and Reed nevus. *An. Bras. Dermatol.* 2012, v. 87, No. 3, p. 349-355.
- Bär M., Tschandl P., Kittler H. Differentiation of pigmented Spitz nevi and Reed nevi by integration of dermatopathologic and dermatoscopic finding. *Dermatol. Pract. Concept.* 2012, v. 2, No. 1, p. 13-24.
- Zembowicz A., Phadke P.A. Blue nevi and variants: an update. *Arch. Pathol. Lab. Med.* 2011, v. 135, No. 3, p. 327-336.
- Martin R., Emanuel P. Combined cellular blue nevus and trichoepithelioma. *J. Clin. Aesthet. Dermatol.* 2013, v. 6, No. 8, p. 35-38.
- Казубская Т.П., Харкевич Г.Ю., Мусатов В.К. и соавт. Диспластические невусы и их значимость для идентификации предрасположенности к развитию и ранней диагностики меланомы кожи. *Вестн. онкол. научн. центра им. Н.Н. Блохина.* 1993, № 1, с. 20-25.
- Харатишвили Т.К., Бельшева Т.С., Вишневская Я.В., Дорошенко М.Б., Колобяков А.А., Алиев М.Д. Возможности ранней диагностики опухолей кожи с использованием современных неинвазивных методов визуализации. *Саркомы костей, мягких тканей и опухоли кожи.* 2010, № 1, с. 61-78.
- Reed D., Kudchadkar R. Controversies in the Evaluation and Management of Atypical Melanocytic Proliferations in Children, Adolescents, and Young Adults. *J. Natl. Compr. Canc. Netw.* 2013, v. 11, No. 6, p. 679-686.

Статья поступила 11.11.2016 г., принята к печати 07.12.2016 г.
Рекомендована к публикации Т.К. Харатишвили

ACQUIRED MELANOCYTIC NEVI WITH THE RISK OF MALIGNANCY IN CHILDREN

Belysheva T., Aliev M.

N.N. Blokhin Russian Cancer Research Center Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow

Key words: Spitz/Reed nevi, dysplastic, combined and blue nevi, dermatoscopy

Acquired melanocytic nevi formally belong to the group of benign tumors, but they (Spitz/Reed nevi, dysplastic, combined and blue nevi) require special attention and constant medical supervision due to the high risk of malignancy. Management of acquired nevi with high risk of malignancy depends on the results of clinical and dermatoscopy examination.