

А.Ю. Добродеев, Д.И. Азовский, Д.Н. Костромицкий,  
Н.В. Безгодова, С.Г. Афанасьев, А.С. Тарасова,  
А.В. Августинovich

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРВИЧНОЙ БЕСПИГМЕНТНОЙ МЕЛАНОМЫ ТОЛСТОЙ КИШКИ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

DOI 10.25789/YMJ.2022.79.08

УДК 616.345-006.81-089

В статье приводится описание клинического случая, который демонстрирует возможности хирургического лечения первичной беспи- гментной меланомы толстой кишки с удовлетворительными онкологическими результатами.

**Ключевые слова:** первичная беспи- гментная меланомы, толстая кишка, хирургическое лечение.

The article describes a clinical case that demonstrates the possibilities of surgical treatment of primary non-pigmented melanoma of the colon with satisfactory oncological results.

**Keywords:** primary non-pigmented melanoma, colon, surgical treatment.

**Введение.** Меланомы – агрессив- ная опухоль, развивающаяся в резуль- тате злокачественной трансформации меланоцитов. Основной локализацией меланомы является кожа, но имеют- ся сообщения о первичной мелано- ме различных органов [1]. По данным Американской коллегии хирургов и Американского общества онкологов в период с 1985 по 1994 г., из 84836 слу- чаев меланомы наиболее часто встре- чалось поражение кожи – 91,2%, глаз – 5,2, слизистой оболочки желудочно- кишечного тракта (ЖКТ) – 1,3, в ряде случаев первичная локализация опу- холи установлена не была – 2,2% [2].

Первичная меланомы ЖКТ встреча- ется крайне редко [3], так как в норме в слизистой пищеварительного тракта меланоциты отсутствуют и появляются они только при нарушении онтогенеза. В настоящее время существует не- сколько теорий о появлении мелано- цитов в толстой кишке: одни авторы полагают, что первичные меланомы кишечника происходят из меланобла- стических клеток нервного гребня,

которые мигрируют через пупочно-ме- зентериальный канал в дистальную подвздошную кишку [4], по мнению других – эти опухоли происходят из клеток APUD-системы [5] либо из ней- робластических клеток Шванна кишеч- ной вегетативной нервной системы [6]. Вместе с тем ряд исследователей считают, что первичной меланомы тол- стой кишки не существует, а все вы- явленные случаи являются лишь ме- тастатическими очагами из первичной меланомы кожи, которая протекает бессимптомно или находится в фазе ремиссии [7, 8]. В связи с этим вопрос по поводу первичного или метаста- тического происхождения меланом ЖКТ до сих пор остаётся открытым.

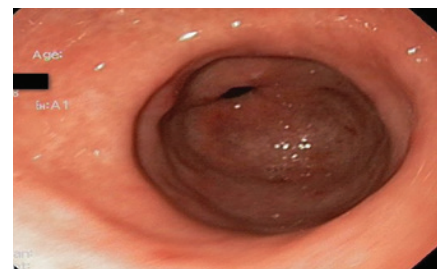
По данным мировой литературы, на 2018 г. было описано 36 наблюдений первичной меланомы толстой кишки [3]. Случаи развития беспи- гментной меланомы ЖКТ являются еще более редкими [9], что обуславливает акту- альность изучения данного типа опу- холей. В представленной статье мы рассмотрим клинический случай хи- рургического лечения больного с пер- вичной беспи- гментной меланомой по- перечно-ободочной кишки.

Больной Т., 60 лет, обратился в НИИ онкологии ТНМЦ в июле 2021 г. с жалобами на периодические боли в мезогастральной области. При обследовании во время видеокколоноскопии (08.07.2021 г.) в просвете поперечно- ободочной кишки была выявлена эк- зофитная опухоль, суживающая про- свет кишки до щелевидного (рис. 1). Взята биопсия. При гистологическом исследовании: недифференцирован- ная опухоль эпителиоидно-клеточного типа, солидного строения.

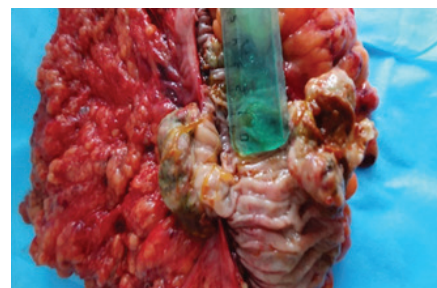
После стандартной плановой предо-

перационной подготовки 24.08.2021 г. больному была выполнена видеоасси- стированная резекция поперечно-обо- дочной кишки с лимфодиссекцией D3. Макропрепарат: поперечно-ободочная кишка с опухолью в виде экзофитного компонента до 5 см в диаметре, обту- рирующая просвет кишки, в брыжейке кишки лимфоузлы до 1,5–2 см в диа- метре (рис. 2). В послеоперационном периоде – признаки динамической киш- ечной непроходимости, купированы консервативной терапией.

По данным послеоперационного гистологического и иммуногистохими- ческого (ИГХ) исследования (рис. 3): злокачественная беспи- гментная ме- ланомы поперечно-ободочной кишки

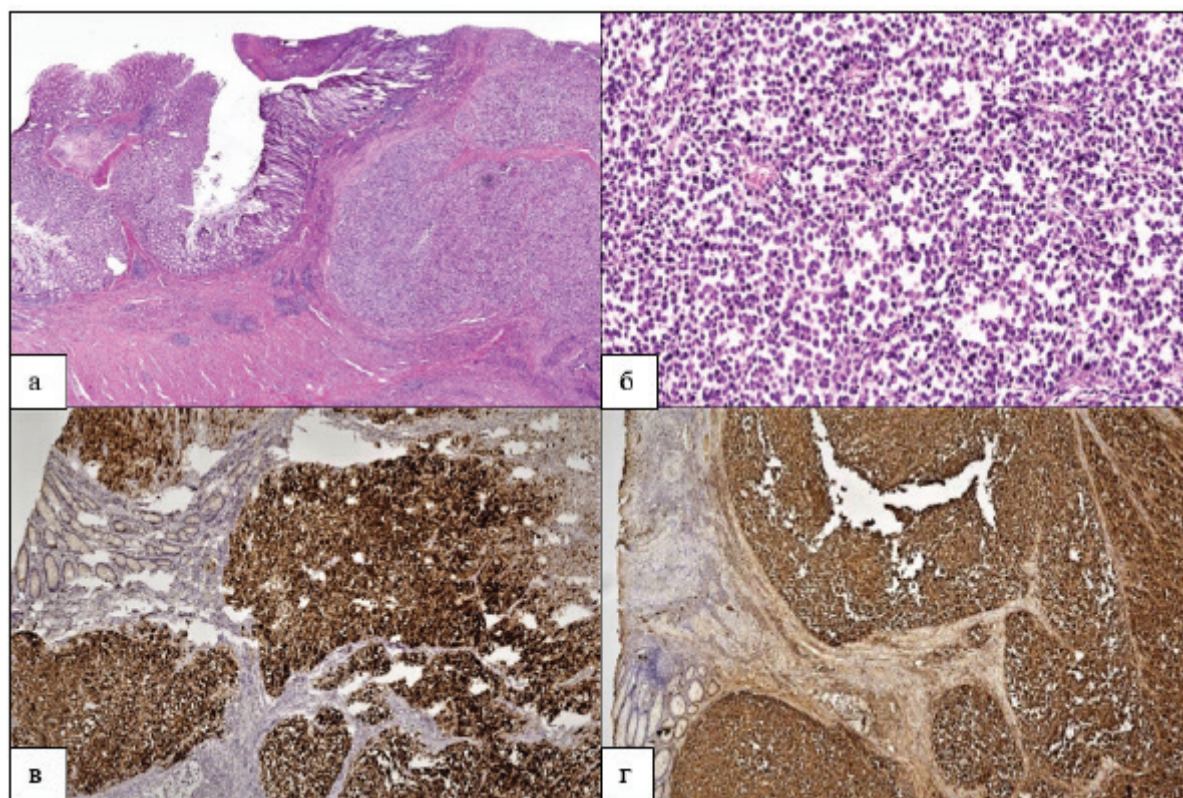


**Рис. 1.** Видеокколоноскопия. Экзофитная опухоль в поперечно-ободочной кишке



**Рис. 2.** Макропрепарат. Опухоль поперечно-ободочной кишки

НИИ онкологии, Томский НИМЦ РАН: **ДО- БРОДЕЕВ Алексей Юрьевич** – д.м.н., в.н.с., [dobrodeev@oncology.tomsk.ru](mailto:dobrodeev@oncology.tomsk.ru), ORCID: 0000-0002-2748-0644, **АЗОВСКИЙ Даниил Игоревич** – ординатор отделения, ORCID: 0000-0001-7375-9585, **КОСТРО- МИЦКИЙ Дмитрий Николаевич** – к.м.н., ORCID: 0000-0001-5691-2349, **БЕЗГО- ДОВА Наталья Владимировна** – врач- патологоанатом, ORCID: 0000-0003-4213- 9345, **АФАНАСЬЕВ Сергей Геннадьевич** – д.м.н., проф., зав. отделением, ORCID: 0000-0002-4701-0375, **ТАРАСОВА Анна Сергеевна** – к.м.н., н.с., ORCID: 0000-0001- 7006-602X, **АВГУСТИНОВИЧ Александра Владимировна** – к.м.н., с.н.с., ORCID: 0000-0001-7301-7581.



**Рис. 3.** Микроскопия: а) в стенке кишки рост опухоли солидного строения (ув.  $\times 20$ , окраска гематоксилин-эозин), б) опухолевые клетки средних размеров с четкой ровной цитоплазматической мембраной, скудной гомогенной эозинофильной цитоплазмой и крупными умеренно полиморфными ядрами с неравномерно распределенным пылевидным и глыбчатым хроматином (ув.  $\times 80$ , окраска гематоксилин-эозин). При ИГХ-исследовании в опухолевых клетках выявлена яркая диффузная экспрессия Melan A (v) и S100 (r)

с изъязвлением слизистой оболочки и распространением на 1/3 мышечной пластинки. Опухолевые эмболов в просвете сосудов и признаков нервальной инвазии не обнаружено. По границам резекции и в 25 лимфоузлах опухолевых клеток нет.

В послеоперационном периоде при детальном клиническом осмотре и комплексном обследовании признаков опухолевого поражения кожи и глаз, а также головного мозга, скелета и паренхиматозных органов не выявлено.

Таким образом, на основании полученных результатов был сформирован заключительный клинический диагноз: Беспигментная меланوما поперечно-ободочной кишки, субкомпенсированный стеноз. Стадия I, T2N0M0. Состояние после видеоассистированной резекции поперечно-ободочной кишки (24.08.2021 г.).

Учитывая стадию опухолевого процесса и радикальность выполненной операции, адъювантное лечение не проводилось. На 7-е сутки после оперативного вмешательства больной был выписан из стационара. При контрольном обследовании через 6 мес. (февраль 2022 г.) признаков прогрессирования заболевания нет.

**Обсуждение.** На сегодняшний день как диагностика, так и лечение меланомы толстой кишки представляют определенные сложности, что обусловлено низкой встречаемостью и малоизученностью данной патологии. Ведущая роль в постановке диагноза первичной меланомы толстой кишки отводится ИГХ-исследованию (положительный результат на белок S100, мелан-А, НМВ-45 и виментин) в случае отсутствия у больного в анамнезе или в настоящее время специфического поражения кожных покровов или глаз, на долю которых приходится до 96,4% всех случаев меланомы [2].

В настоящее время не существует клинических рекомендаций по лечению первичной меланомы толстой кишки. Основным методом лечения является хирургический, который помимо удаления опухоли позволяет провести адекватное стадирование и выработать дальнейшую тактику лечения. Лучевая терапия в ряде случаев может обеспечить хороший местный контроль, но не приводит к улучшению выживаемости больных [1].

Известно, что больные первичной меланомой толстой кишки с распространенной первичной опухолью и

поражением лимфоузлов имеют неблагоприятный прогноз [2]. В данной ситуации требуется междисциплинарный подход к лечению, включая хирургическое лечение, химиотерапию и, возможно, иммунотерапию с использованием современных противоопухолевых препаратов [3, 10].

**Заключение.** Данное клиническое наблюдение демонстрирует возможности хирургического лечения у больного с первичной беспигментной меланомой поперечно-ободочной кишки (T2N0M0).

В связи с тем, что первичная меланوما толстой кишки является редкой патологией, диагноз устанавливается на основании ИГХ-исследования, а также результатов комплексного обследования, направленного на исключение метастатического характера поражения ЖКТ (отсутствие данных о меланоме кожи и органов зрения). В случае локализованного опухолевого процесса выполняются радикальные резекции, однако при местнораспространенной меланоме толстой кишки, особенно при поражении регионарных лимфоузлов, показано сочетание хирургического лечения с химио- и/или иммунотерапией.

## Литература

1. Первичная меланома прямой кишки (клиническое наблюдение) / Леонтьев А.В., Данилов М.А., Абдулатипова З.М. и др. // Тазовая хирургия и онкология. - 2020;10(2):53-56.

Primary rectal melanoma (a case report) / Leontyev A.V., Danilov M.A., Abdulatipova Z.M. et al. // Pelvic Surgery and Oncology. - 2020;10(2):53-56. <https://doi.org/10.17650/2686-9594-2020-10-2-53-56>

2. Титов К.С. Первичная меланома желудочно-кишечного тракта (обзор литературы) / Титов К.С., Долгопятов И.А., Аскерова З.М., Атрошенко А.О. // Колопроктология. - 2017;2(60):94-99.

Titov K.S. Primary melanoma of the gastrointestinal tract (literature review) / Titov K.S., Dolgopyatov I.A., Askerova Z.M., Atroshchenko A.O. // Coloproctology. - 2017;2(60):94-99.

3. Amar A., Jougon J., Edouard A., Laban P., Marry J.P., Hillion G. Mélanome malin primitif de l'intestin grêle [Primary malignant mel-

anoma of the small intestine]. Gastroenterol Clin Biol. 1992;16(4):365-7. French. PMID: 1397858.

4. Chang A.E., Karnell L.H., Menck H.R. The National Cancer Data Base report on cutaneous and noncutaneous melanoma: a summary of 84,836 cases from the past decade. The American College of Surgeons Commission on Cancer and the American Cancer Society. Cancer. 1998 Oct 15;83(8):1664-78. doi: 10.1002/(sici)1097-0142(19981015)83:8<1664::aid-cnrcr23>3.0.co;2-g. PMID: 9781962.

5. Krausz M.M., Ariel I., Behar A.J. Primary malignant melanoma of the small intestine and the APUD cell concept. J Surg Oncol. 1978;10(4):283-8. doi: 10.1002/jso.2930100402. PMID: 29168.

6. Manouras A., Genetzakis M., Lagoudianakis E., Markogiannakis H., Papadima A., Kafiri G., Filis K., Kekis P.B., Katergiannakis V. Malignant gastrointestinal melanomas of unknown origin: should it be considered primary? World J Gastroenterol. 2007 Aug 7;13(29):4027-9. doi:

10.3748/wjg.v13.i29.4027. PMID: 17663525; PMCID: PMC4171183.

7. Miliaras S., Ziogas I.A., Mylonas K.S., Papadopoulos V.N. Primary malignant melanoma of the ascending colon. BMJ Case Rep. 2018 Mar 9;2018:bcr2017223282. doi: 10.1136/bcr-2017-223282. PMID: 29523612; PMCID: PMC5847959.

8. Mishima Y. Melanocytic and nevocytic malignant melanomas. Cellular and subcellular differentiation. Cancer. 1967 May;20(5):632-49. doi: 10.1002/1097-0142(1967)20:5<632::aid-cnrcr2820200510>3.0.co;2-7. PMID: 6024276.

9. Raja J., Hegde R., Srodon M., Katoch A., Kurtzman S., Zhang Z. A Case of Primary Melanoma of the Transverse Colon. Cureus. 2017 Oct 26;9(10):e1803. doi: 10.7759/cureus.1803. PMID: 29308331; PMCID: PMC5749940.

10. Yi N.H., Lee S.H., Lee S.H., Kim J.H., Jee S.R., Seol S.Y. Primary malignant melanoma without melanosis of the colon. Intest Res. 2019 Oct;17(4):561-564. doi: 10.5217/ir.2019.00020. Epub 2019 Aug 5. PMID: 31302994; PMCID: PMC6821945

Д.К. Гармаева, И.О. Попов, Д.В. Шивкин

## ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПАТТЕРНОВ РАЗВИТИЯ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА У ДЕТЕЙ КОРЕННОГО НАСЕЛЕНИЯ ОТ 0 ДО 4 ЛЕТ В РЕСПУБЛИКЕ САХА (ЯКУТИЯ)

DOI 10.25789/YMJ.2022.79.09

УДК617.723.2:616.31.002

В статье рассмотрен способ описания паттернов развития перегородки носа как один из практических методов ранней диагностики на основе данных компьютерной томографии детей коренного населения Республики Саха (Якутия). По результатам анализа выявлены статистически значимые корреляции, позволяющие судить о наличии линейной зависимости между возрастными группами и каждым из параметров перегородки носа, а также отмечены тенденции к уменьшению угла отклонения перегородки носа с возрастом.

**Ключевые слова:** паттерны развития, перегородка носа, компьютерная томография, анатомия, коренное население, искривление перегородки носа.

This article considers the method of describing the patterns of nasal septal development as one of the practical methods of early diagnosis of children, based on the computer tomography data of the indigenous children of the Republic of Sakha (Yakutia). The results of the analysis revealed statistically significant correlations, allowing us to judge the presence of a linear relationship between age groups with each of the indicators, and also noticed a tendency for the angle of deviation of the nasal septum to decrease with age.

**Keywords:** developmental patterns; nasal septum; computed tomography; anatomy; indigenous population; septal deviation.

**Введение.** Носовая перегородка локализуется в лицевой области головы в средней части носовой полости. Она разделяет два носовых хода и формирует каркас для поддержания наружного носа. Данная структура имеет мозаичный паттерн развития и состоит из костных структур, таких как перпендикулярная пластинка решетчатой кости сверху, сошник снизу и четырехгранный хрящ спереди. Развитие

свое получает из трех основных эмбриологических источников: эктодермы, нервного гребня и мезодермы. К концу 4-й недели гестации у зародыша образуются парные утолщения эктодермы, формирующие полость носа и ее структуры [1-4,9,11].

Отклонения развития носовой перегородки в эмбриональном и постэмбриональном периодах влекут за собой повышенный риск возникновения оториноларингологических патологий и становятся причиной нарушения воздухоносной функции носа [2,7-9,11,13]. При этом возникают такие состояния, при которых ухудшаются биомеханические аспекты прохождения воздуха через носовые ходы, что приводит к

хроническому течению гипоксических состояний, учащению развития инфекционных заболеваний верхних дыхательных путей, нарушению обонятельной функции и проблемам с речью, в частности, у детей. К таковым относят распространенную патологию, такую как девиация, или искривление перегородки носа. При несвоевременной диагностике данного нарушения может возникнуть нарушение циркуляции отделяемого из придаточных пазух носа, что приводит к созданию благоприятной среды для размножения инфекционных агентов и развития воспаления пазух носа (как пример: синуситы, этмоидиты, фронтиты). Воспаление слизистой оболочки носа также стано-

Мединститут СВФУ им. М.К. Аммосова, г. Якутск: **ГАРМАЕВА Дарима Кышектовна** – д.м.н., проф., [dari66@mail.ru](mailto:dari66@mail.ru), **ПОПОВ Иван Олегович** – аспирант, [pv25008@gmail.com](mailto:pv25008@gmail.com), **ШИВКИН Денис Валерьевич** – студент, [irtvwbzo@gmail.com](mailto:irtvwbzo@gmail.com)