



# Тезисы\*

## Мультидисциплинарный подход в лечении меланомы хориоидеи. Собственное клиническое наблюдение

Нечаева М.Н., Молнар С.М., Нечаев С.В., Рахманкулова Г.Г., Жукова И.В., Гладкородова О.А.

*Северодвинская городская клиническая больница № 2  
Архангельский клинический онкологический диспансер*

Уvealная меланома – редкое заболевание, которое отдельно не оценивается практически ни в одном регистре. Тем не менее это заболевание требует особенной тактики в диагностике и лечении.

**Цель** – представить личный опыт ведения пациента с меланомой хориоидеи.

**Материал и методы.** Пациент, 63 года, с 2021 г. наблюдается с диагнозом С69.3 меланома хориоидеи правого глаза (OD) T3NxM0 IVB стадии. С апреля 2021 г. по август 2022 г. проведено комбинированное лечение – операция и брахитерапия – в Межотраслевом научно-техническом комплексе (МНТК) «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова, г. Санкт-Петербург. Гистологического исследования в МНТК не проводилось. Далее – динамическое наблюдение в течение 7 месяцев.

**Результаты.** Первое прогрессирование в марте 2023 г. – метастазы в печень. Биопсия печени проведена дважды, гистологически метастазы не подтверждены. С августа по ноябрь 2023 г. получал иммунотерапию пембролизумабом 200 мг (в/в кап.) в 1-й день, цикл 21 день, всего 6 курсов. Перенес гипотиреоз 1-й ст. Прогрессирование в декабре 2023 г. в виде роста метастазов в печени, подтвержденных гистологически. Получил 3 курса химиотерапии дакарбазином 500 мг в/в кап. с 1-го по 5-й дни, 1 раз в 21 день, а также трансартериальную селективную химиоэмболизацию левой (февраль 2024 г.) и правой (март 2024 г.) ветвей печеночной артерии печени сферами доксорубицина по 50 мг в условиях НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова. Третье прогрессирование в марте 2024 г. в печени, с апреля по август 2024 г. проведена химиотерапия по схеме паклитаксел 350 мг, карбоплатин 600 мг в/в кап. в 1-й день, 1 раз в 21 день, всего 6 курсов. Химиотерапию переносил с диспепсией 2-й ст. Достигнута стабилизация заболевания, динамически наблюдался. Четвертое прогрессирование в декабре 2024 г. – рост очагов в печени. С учетом удовлетворительного состояния пациента рекомендована химиотерапия четвертой линии. Получал темозоломид 420 мг перорально в 1–5-й дни; цикл 28 дней, всего 2 курса. При обследовании в апреле 2025 г. зарегистрировано пятое прогрессирование – субтотальное метастатическое поражение печени до 90%. В мае 2025 года пациент умер. Общая выживаемость составила 50 месяцев.

**Выводы.** Клинический случай показывает, что для увеличения продолжительности жизни пациентов с увеальной меланомой подбор тактики должен проводиться мультидисциплинарной командой.

\* Тезисы публикуются в авторской редакции.



## X Ежегодная конференция Ассоциации специалистов по проблемам меланомы «Меланома и опухоли кожи 2026»

# Меланома, откуда не ждали. Случай, демонстрирующий значимость профессионального оборудования и минимальных профессиональных НАВЫКОВ

Карачевцев Н.А.

*Тюменский государственный медицинский университет*

В особую группу риска попадают пациенты, у которых кровные родственники имеют диагноз «меланома», поскольку описаны наследственные формы заболевания, ассоциированные прежде всего с мутациями генов CDKN2A и CDK4. Выявление этого заболевания на ранних стадиях развития гарантирует высокий процент выживаемости и сохранение высокого качества жизни пациента.

**Цель работы.** Обратит внимание клиницистов (дерматологов, онкологов, ординаторов) на важность тщательного осмотра всех новообразований кожи у пациентов. Продемонстрировать важность выявления при скрининговом осмотре новообразований у пациента такого дерматоскопического признака, как полихромия. Оно должно побудить специалиста к онконастороженности и более внимательному осмотру образования.

**Материал и методы.** Проведен ретроспективный анализ данных анамнеза и клинического обследования пациентки Ж., 51 год. Первичная диагностика включала физикальный осмотр и дерматоскопию аппаратом KaWe Piccolight D (x10) с оценкой дерматоскопических структур. Верификация диагноза осуществлена на основании результатов гистологического и гистохимического исследования операционного материала.

**Клинический случай.** Пациентка Ж., 51 год, обратилась к ординатору с просьбой удалить образования на теле. При осмотре на коже спины были видны множественные коричневые пятна и папулы разных оттенков коричневого цвета. Один из осматриваемых элементов привлек внимание своей незначительной полихромией. При более тщательном осмотре этого элемента в неполяризованном дерматоскопе KaWe Piccolight D (x10) нечетко просматривались черный, коричневый и белый цвета, возникло подозрение на негативную сеть – сетчатая структура белого цвета, наличие слабо узнаваемых сосудов разного калибра. На основании перечисленного набора дерматоскопических признаков образование было расценено молодым специалистом как подозрительное. Онкологом выполнена эксцизионная биопсия с последующим гистологическим и иммуногистохимическим исследованиями.

**Результаты.** По данным морфологического исследования установлен диагноз – меланома pT1a (уровень инвазии по Кларку II, толщина по Бреслоу < 0,8 мм). Края резекции интактны. Прогноз благоприятный.

**Выводы.** Ограниченные возможности дерматоскопа в цветопередаче изображения, отсутствие опыта у молодого специалиста не являются препятствиями для распознавания злокачественной меланомы. Небольшие размеры образования (менее 1 см) не исключают злокачественный характер новообразования. Наличие семейного анамнеза меланомы требует повышенной онкологической настороженности.



# Опыт терапии ингибитором сигнального пути Hedgehog у пациента с первично-множественным базальноклеточным раком кожи

Рахманкулова Г.Г., Нечаева М.Н., Жукова И.В., Нечаев С.В., Молнар С.М.

*Архангельский клинический онкологический диспансер  
Северодвинская городская клиническая больница № 2*

В 1,3% случаев базальноклеточный рак кожи (БКР) имеет местно-распространенный и метастатический характер. Возможности локальных методов ограничены, и требуется системная терапия. ТТ-ингибиторы сигнального пути Sonic Hedgehog (SHh) – наилучшая опция контроля заболевания.

**Цель работы.** Представить опыт лечения первично-множественного и метастатического БКР.

**Материал и методы.** Пациент, 43 года. С 2001 по 2022 г. – множественный БКР кожи туловища и лица. Оперативное лечение. Фотодинамическая терапия и близкофокусная рентгенотерапия. В феврале 2022 г. назначен висмодегиб. До мая 2023 г. препарат не получал. С апреля 2023 г. – новообразование в правой подмышечной области. Вскрытие и дренирование опухоли по месту жительства. Компьютерная томограмма (КТ): в правой подмышечной области метастаз 62 × 49 × 49 мм, с тяжами к мышцам. Сосуды без инвазии.

Консилиум в мае 2023 г.: оперативное лечение сомнительно, таргетная терапия (ТТ) – висмодегиб.

**Результаты.** С мая 2023 г. – положительная динамика, исчезновение кожных очагов, уменьшение инфильтрата подмышечной области. Нежелательное явление – дисгевзия 1-й ст.

КТ в декабре 2023 г.: метастаз до 40 × 20 × 40 мм (ранее 54 × 18 × 40 мм). Продолжен прием ТТ до февраля 2024 г. По КТ – размеры прежние. Проблемы лекарственного обеспечения. С мая 2024 г. – отрицательная динамика, увеличение размеров метастаза в подмышечной области. После 3-го курса пембролизумаба, 200 мг, в правой подмышечной области метастаз с тяжами к мышцам. Размеры в верхних отделах до 27 × 24 мм, ниже – до 25 × 15 мм, в нижних отделах – 20 × 13 мм. Подмышечная вена интимно прилежит, в месте прилегания сужена до 3 мм – не исключена инвазия. Подмышечная артерия сужена до 3 мм – вероятно, компримирована. Продолжена иммунотерапия. КТ в ноябре 2024 г.: в правой подмышечной области уплотнение с увеличением, инфильтрацией прилежащих мышц; в верхних отделах до 49 × 45 мм (ранее 40 × 38 мм), ниже до 40 × 25 мм (ранее 37 × 22 мм), в нижних отделах до 35 × 33 мм (ранее 31 × 28 мм). Сверху – надключичные и подмышечные артерия и вена. Подмышечная вена частично не прослеживается – инвазия. Направлен на оперативное лечение в федеральный центр. Удаление опухоли с пластикой сосудов. С февраля 2025 г. возобновлена ТТ. Контрольные исследования в декабре 2025 г. – без рецидива, уменьшение размеров образований кожи спины, лица, конечностей. Продолжает лекарственную терапию в настоящее время.

**Заключение.** Появление ингибиторов сигнального пути SHh в лечении распространенного и метастатического БКР расширило возможности лечебных опций. Применение висмодегиба изменило прогноз и качество жизни больных местно-распространенным и метастатическим БКР в связи с быстрым и продолжительным действием при удовлетворительном профиле безопасности.



## X Ежегодная конференция Ассоциации специалистов по проблемам меланомы «Меланома и опухоли кожи 2026»

# Методика Slow Mohs в лечении злокачественных опухолей кожи

Щиголев М.И.

ООО «Центр косметологии и пластической хирургии» им. С.В. Нудельмана, Екатеринбург

Классическая Mohs-хирургия является золотым стандартом лечения злокачественных новообразований (ЗНО) кожи высокого риска рецидива благодаря полному контролю краев резекции и высоким показателям излечения. Однако метод остается трудоемким, организационно сложным и финансово затратным, что ограничивает его широкое применение в повседневной клинической практике. Методика Slow Mohs с использованием парафиновых срезов может рассматриваться как безопасная, доступная и эффективная альтернатива классическому методу, особенно в ситуациях, в которых требуется высокоточная морфологическая оценка.

**Цель** – описать методику Slow Mohs как безопасную, доступную и эффективную альтернативу классической методике Mohs в лечении ЗНО кожи.

**Материал и методы.** В Центре косметологии и пластической хирургии, г. Екатеринбург, с января 2025 г. выполнено 111 операций по методике Slow Mohs с исследованием операционного материала по типу Tubingen cake. В исследование вошли 100 пациентов с базальноклеточной карциномой, 5 – с меланомой и 6 – с плоскоклеточным раком кожи. Оценивались количество этапов удаления опухоли, способы заживления и реконструкции, сроки получения гистологического заключения и закрытия раны, частота послеоперационных осложнений и их связь с длительностью периода до зашивания раны.

**Результаты.** В 54% случаев удаление опухоли было выполнено за один этап, в 42% – за два этапа, в 4% – за три этапа. После удаления опухоли кожная пластика выполнена 102 пациентам, вторичное заживление произошло у 9 пациентов. Средний срок получения гистологического ответа составил 2,5 дня. Средний срок до закрытия раны – 4 дня, максимальный срок – 12 дней. Осложнения зарегистрированы у 12 из 111 пациентов (10,8%): воспаление – у 6 пациентов, частичное расхождение краев раны – у 4 пациентов, краевой некроз лоскута – у 2 пациентов. Возникшие осложнения были контролируемы: воспаления были незначительными и легко купировались назначением эмпирической антибиотикотерапии, ревизий ран не проводилось. Корреляции между количеством этапов удаления и длительностью периода между первичным иссечением и наложением швов не выявлено.

**Выводы.** Полученные клинические данные подтверждают, что методика Slow Mohs является практичной и клинически приемлемой опцией лечения ЗНО кожи высокого риска рецидива, обеспечивая радикальность удаления опухоли при приемлемых сроках реконструкции и удовлетворительном профиле безопасности. Данная методика может являться альтернативой классической Mohs-хирургии.



# Анализ гендерно-возрастных особенностей заболеваемости меланомой кожи в Краснодарском крае

Фрейлах И.О., Дороговцева В.А., Стефанова Ю.Ю., Степанова Л.Л., Разинькова Л.В.

*Кубанский государственный медицинский университет  
Клинический онкологический диспансер № 1, Краснодар*

**Цель** – изучить заболеваемость меланомой кожи (МК) у лиц молодой (18–44 года, МВ) и старшей возрастной группы (45 лет и старше, СВ), среди мужчин (М) и женщин (Ж) в 2011–2025 гг. в Краснодарском крае (КК).

**Материал и методы.** Проводился расчет заболеваемости (на 100 тыс. населения), структуры заболеваемости (%) всего населения, мужчин, женщин, для МВ и СВ. Использовались государственные формы статистики и данные региональной системы «Популяционные раковые регистры РФ». Количество впервые выявленных случаев МК в 2011 г. составило 429, в 2025 г. – 740.

**Результаты.** Показатель заболеваемости в МВ значительно меньше, чем в СВ: в 2011 г. – в 3,8 раза, в 2025 г. – в 4,5 раза. Из всех случаев МК в 2011 г. 79,7%, а в 2025 г. 85% возникли у лиц старше 45 лет. В 2025 г. в сравнении с 2011 г. заболеваемость МК увеличилась на 53%. Прирост произошел за счет увеличения показателя у лиц СВ, где он составил 54,3% (М – 73,5%, Ж – 44,9%). Среди лиц МВ увеличение заболеваемости составило 28,6% (М – 44,8%, Ж – 20%). Женщины чаще болеют МК. У женщин МВ в 2011 г. показатель был в 1,9 раза выше, чем у мужчин, в 2025 г. – в 1,6 раза выше. В СВ эта разница в 2025 г. практически сгладилась, в 2025 г. у женщин она выше всего на 8,1%.

При сравнении по возрастной заболеваемости пик показателя отмечен: у мужчин – в 2011 г. в 70–74 года, в 2025 г. – в 75–79 лет, у женщин – в 75–79 лет.

Чаще всего МК локализуется на туловище (М – 53,3%, Ж – 41,2%). У мужчин затем следуют руки (13%), далее голова и шея (10,7%), у женщин – нижние конечности (20,7%) и руки (19,4%). Как у молодых, так и у лиц более старшего возраста МК чаще встречается на туловище (36,7%, 47,7%). Затем в МВ идут нижние (23,5%) и верхние (18,4%) конечности, а в СВ, наоборот, руки (16,5%) и ноги (14,6%).

**Выводы.** Анализ заболеваемости свидетельствует о тревожной эпидемиологической ситуации с МК в КК. В 2011–2025 гг. отмечается значительный прирост заболеваемости МК всего населения, особенно у лиц СВ. Это приводит к увеличению в структуре заболевших лиц СВ. Тенденция к росту заболеваемости отмечается и у молодого контингента. МК женщины болеют чаще мужчин, эта разница особенно выражена в МВ. Однако рост заболеваемости МК у мужчин происходит более значительными темпами. Структура топографии МК имеет незначительные гендерно-возрастные отличия, первое ранговое место занимает туловище. Особенности распространенности МК обуславливают необходимость повышения информирования врачей первичного звена по вопросам онконастороженности в отношении МК во всех возрастах и обучения их дерматологическому онкоскринингу.



## X Ежегодная конференция Ассоциации специалистов по проблемам меланомы «Меланома и опухоли кожи 2026»

# Трудности дифференциальной диагностики базальноклеточной карциномы и трихобластомы: от дерматоскопического поиска к иммуногистохимической верификации

Маркеева М.В.

*Приволжский исследовательский медицинский университет, Нижний Новгород*

Проблема дифференциальной диагностики базальноклеточной карциномы (БКК) и трихобластомы (ТБ) – одна из наиболее сложных задач дерматопатологии. Несмотря на различный прогноз, морфологическое сходство опухолей столь велико, что даже у опытных специалистов могут возникать затруднения. Диагностика определяет тактику лечения: БКК требует иссечения с отступами 0,5–1,0 см, ТБ удаляется экономично. При локализации на лице гипердиагностика БКК ведет к необоснованной Mohs-хирургии.

**Цель** – совершенствование подходов дифференциальной диагностики базальноклеточной карциномы и трихобластомы для обоснованного выбора объема хирургического вмешательства.

**Задачи:** изучить и систематизировать дерматоскопические признаки БКК и ТБ, провести сравнительный гистологический анализ исследуемых образований, выявить закономерности экспрессии ключевых иммуногистохимических маркеров.

**Материал и методы.** Проанализировано 10 случаев БКК и 10 случаев ТБ. Дерматоскопия – Heine Delta 20T. Гистология – стандартная проводка. Иммуногистохимическое исследование – Bond-Max с антителами к VCL2, CK20, Ber-EP4, CD10, CD34, CK5/6, CK14, AR.

**Результаты.** Дерматоскопически для ТБ характерны: извитые сосуды (70% vs 20%), милиум-кисты (70% vs 30%), волосы (50% vs 20%), комедоны (30% vs 0%), сосуды по типу короны (20% vs 0%). Для БКК: древовидные сосуды (90% vs 20%), овоидные структуры (40% vs 10%), «кленовый лист» (30% vs 0%), эрозии (30% vs 10%). Гистологически: ретракционные щели в 80% БКК и 20% ТБ; папиллярные мезенхимальные тельца только при ТБ. Иммуногистохимическое исследование: VCL2 – диффузно при БКК, очагово при ТБ; CK20 – в 30% ТБ, отсутствует при БКК.

**Выводы.** 1. Паттерн БКК: древовидные сосуды, овоидные структуры, «кленовый лист» (дерматоскопия); ретракционные щели (гистология); диффузная VCL2 (иммуногистохимическое исследование). 2. Паттерн ТБ: извитые сосуды, сосуды по типу короны, милиум-кисты, комедоны (дерматоскопия); отсутствие ретракционных щелей, папиллярные тельца (гистология); очаговая VCL2, CK20+ (иммуногистохимическое исследование). 3. ТБ и БКК представляют собой морфологический континуум опухолей с перекрывающимся гистогенезом, что объясняет их сходство и трудности диагностики. 4. Выделенные паттерны повышают точность предоперационной верификации, что позволяет обоснованно выбрать объем иссечения и избежать неоправданной Mohs-хирургии на лице.



# Применение навигационной системы DeclipseSPECT для интраоперационной визуализации сигнальных лимфатических узлов при меланоме кожи

Кондратович В.А., Гладышев А.О., Гресская Е.Д.

*Минский городской клинический онкологический центр*

**Цель** – оценить эффективность применения навигационной системы DeclipseSPECT для интраоперационной визуализации сигнальных лимфоузлов при меланоме кожи и проанализировать данные, полученные при исследовании.

**Материал и методы.** Метастатическое поражение лимфатических узлов является одним из наиболее значимых предикторов выживаемости при меланоме кожи. Интраоперационное определение состояния сигнального лимфоузла позволяет выбрать необходимый объем хирургического вмешательства на лимфатическом аппарате и провести адекватное стадирование заболевания. В исследование включены 58 пациентов, оперированных в Минском городском клиническом онкологическом центре по поводу меланомы кожи. Их средний возраст составил  $58,7 \pm 14,4$  года. При дооперационном обследовании данных о метастатическом поражении регионарных лимфоузлов не получено. Для проведения исследования использовался изотоп технеция  $99\text{mTc}$ -СЕНТИ-СЦИНТ, который вводили за сутки до операции в зону первичной опухоли. С помощью системы DeclipseSPECT интраоперационно выполнялась детекция сигнальных лимфатических узлов, после чего производилась их эксцизия со срочным морфологическим исследованием. При подтверждении метастатического поражения сигнального лимфоузла объем операции расширялся до стандартной лимфодиссекции.

**Результаты.** Визуализировать сигнальный лимфоузел удалось в 100% случаев. Поражение сигнальных лимфатических узлов было выявлено в 7 (12%) из 58 исследуемых случаев. При этом в 6 из 7 случаев поражение сигнальных лимфоузлов было выявлено при толщине опухоли  $\geq 4$  мм и только в одном случае – при толщине опухоли, равной 2 мм. В 5 из 51 (9,8%) случаев при отрицательном результате биопсии сигнальных лимфоузлов в сроки от 2 до 9 месяцев у пациентов развилось прогрессирование заболевания в виде метастазов в регионарных лимфоузлах этого же коллектора, что, по нашему мнению, вероятнее всего, связано либо с наличием альтернативных путей лимфооттока, либо с недостаточной оценкой гистологического препарата. В частности, в ходе гистологического исследования изучалось малое количество срезов (до 10) с шагом 4–5 микрон, также выполнялась только стандартная окраска гистологических препаратов гематоксилин-эозином без выполнения иммуногистохимического исследования, что, на наш взгляд, не позволило адекватно оценить состояние сигнальных лимфоузлов данного коллектора.

**Заключение.** Метод определения сигнальных лимфатических узлов с помощью системы DeclipseSPECT является эффективным в диагностике их раннего поражения при меланоме кожи и адекватного стадирования заболевания. Применение метода наиболее оправданно при «толстых» меланомах кожи. Необходимо дальнейшее улучшение качества морфологической диагностики.



## X Ежегодная конференция Ассоциации специалистов по проблемам меланомы «Меланома и опухоли кожи 2026»

# Результаты лечения меланомы конъюнктивы стадий T1–T3 (опыт Межотраслевого научно-технического комплекса «Микрохирургия глаза»)

Жидков С.В., Булгакова Е.С., Яровой А.А.

*Межотраслевой научно-технический комплекс «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова, Москва*

**Актуальность.** Меланома конъюнктивы (МК) представляет собой редкое злокачественное новообразование и характеризуется высокими рисками развития локальных рецидивов (16–37%) и метастатической болезни (14–30%). На ее долю приходится 5,8–12% от всех опухолей конъюнктивы. Ежегодная заболеваемость МК в Европе составляет от 0,28 до 0,54 на 1 млн населения.

**Цель** – представить результаты локального лечения МК различными методами.

**Материал и методы.** В исследование были включены 65 пациентов. Средний возраст – 58 лет (от 18 до 88). Средний срок наблюдения – 47,8 мес. (6–236). Мужчин – 29, женщин – 36. Стадирование: T1 – 44 пациента (68%), T2 – 18 (28%), T3 – 3 (4%). Метастазов на долечевом этапе в лимфоузлах или отдаленных органах не было. Использованы методы лечения: хирургическое удаление у 21 пациента (32%), комбинация хирургии с брахитерапией в 31 случаях (48%), экзентерация орбиты в четырех случаях (6%), самостоятельная брахитерапия в семи случаях (11%), брахитерапия + криодеструкция в одном случае (1,5%), хирургия + криодеструкция в одном случае (1,5%).

**Результаты.** Рецидив опухоли возник в 14 случаях (21%) из 65. Средний срок развития рецидива составил 19,5 мес. (от 3 мес. до 8 лет). Из 44 пациентов со стадией T1 рецидив возник у семи пациентов, из 18 пациентов со стадией T2 рецидив также возник у семи пациентов ( $p < 0,05$ ).

Из 14 пациентов с рецидивом удалось достичь регрессии опухоли у шестерых с помощью дополнительного лечения. Из оставшихся 8 пациентов одному выполнена экзентерация по причине продолженного роста, шестеро находятся под наблюдением, один пациент выбыл из-под наблюдения.

У четырех пациентов имели место отдаленные метастазы, которые отмечались в период от 2,5 до 7 лет после первичного лечения.

Осложнений локального органосохраняющего лечения нами отмечено не было. Средняя острота зрения до лечения составила 0,6 (от 0,01 до 1), после лечения – 0,5 (от 0 до 1).

Из 61 пациента, которым было проведено органосохраняющее лечение, положительного локального результата удалось достичь у 51 пациента (84%) (45 без рецидива и 6 с успешно пролеченным локальными методами лечения рецидивом).

**Выводы.** Использование в системе лечения меланомы конъюнктивы различных методик и их комбинаций позволяет получить удовлетворительные результаты.