



¹ Общество дерматоскопии и оптической диагностики кожи, Москва

² Центральная государственная медицинская академия Управления делами Президента Российской Федерации, Москва

³ Московский государственный университет пищевых производств

Варианты изменения дерматоскопической картины меланоцитарных образований: разбор клинических случаев

Ю.Ю. Сергеев^{1,2}, В.Ю. Сергеев, к.м.н.^{1,2}, В.В. Мордовцева, д.м.н., проф.^{1,3}, Д.С. Бейнусов, к.м.н.¹

Адрес для переписки: Юрий Юрьевич Сергеев, tosergeev@gmail.com

Для цитирования: Сергеев Ю.Ю., Сергеев В.Ю., Мордовцева В.В., Бейнусов Д.С. Варианты изменения дерматоскопической картины меланоцитарных образований: разбор клинических случаев. Эффективная фармакотерапия. 2022; 18 (31): 96–100.

DOI 10.33978/2307-3586-2022-18-31-96-100

В статье приводятся клинические наблюдения изменений дерматоскопической картины различных меланоцитарных образований, взятых под динамическое наблюдение. Авторами предлагается углубленная классификация выявляемых изменений на основании возможности прогнозирования их развития, а также с учетом необходимости модификации дальнейшей лечебной тактики. Подчеркивается сложность диагностики меланомы, связанная не только со скудными проявлениями ранней опухоли, но и с однотипным характером структурных изменений, наблюдаемых в некоторых меланоцитарных невусах и меланоме.

Ключевые слова: дерматоскопия, динамическое наблюдение, меланоцитарный невус, меланома, ранняя диагностика

Практический опыт показывает, что клиническое течение различных меланоцитарных новообразований порой непредсказуемо. Увеличение размера или объема невуса, изменение его окрашивания, частичное или полное исчезновение существующего образования становятся причиной обращения пациента на осмотр или выявляются врачом в процессе динамического наблюдения. Чаще всего указанные изменения являются вариантом нормы, однако их разнообразие требует от врача специфической подготовки и значительного опыта динамического наблюдения за меланоцитарными образованиями при помощи дерматоскопии.

Помимо предложенной ранее оценки степени выраженности изменений дерматоскопической картины [1] и их классификации на допустимые и значимые [2], можно также подразделить выявляемые изменения на вероятные и непредсказуемые, стабилизирующие истораживающие, физиологические и патологические (таблица). Некоторые из предложенных вариантов классификации могут показаться похожими друг на друга, однако такая градация позволяет лечащему врачу более подробно описать и понять наблюдаемую динамику. Более того, один и тот же тип изменений может относиться сразу к нескольким указанным группам. Так, регресс меланоцитарного образования через гало-феномен может быть ожидаемым явлением, если при первичном осмотре пациента вокруг невуса заметен белесоватый венчик депигментации; вариантом нормы, если он появился вокруг обычного приобретенного или врожденного невуса в период наблюдения за пациентом; на-

стораживающим или даже патологическим явлением, если сочетается с дополнительным формированием атипичных структур в самом образовании. Поэтому крайне важно не только оценивать сам факт возникновения тех или иных изменений дерматоскопической картины, но и анализировать все условия, приведшие к модификации внешних проявлений образования, включая скорость развития данных изменений и наличие других образований со схожими проявлениями. На рисунках 1–18 приведены варианты изменений дерматоскопической картины меланоцитарных невусов и меланомы кожи, дополняющие цикл работ о динамическом наблюдении за пигментными образованиями при помощи цифровой дерматоскопии [3, 4].

Наиболее часто структурные изменения дерматоскопической картины наблюдаются в меланоцитарных невусах, содержащих периферический глобулярный компонент. Ранее было показано, что в среднем такие образования увеличиваются на 0,25 мм² в месяц, а общая продолжительность стадии роста может достигать пяти лет [5]. В нашей практике размер подобных образований редко увеличивался более чем на 2 мм за 12 месяцев. Такой характер изменений можно классифицировать как вероятный и физиологический. Нередко в процессе увеличения меланоцитарного невуса дополнительно можно наблюдать изменение его общего характера окрашивания, а также появление других типичных дерматоскопических структур (рис. 1, 2). В случае существенного уменьшения или полного исчезновения периферических глобул и полос выявленную динамику можно дополнительно охарактеризовать как стабилизиру-



Варианты изменения дерматоскопической картины меланоцитарных образований

Тип изменений	Определение
Вероятный	Изменения дерматоскопической картины носят прогнозируемый характер
Непредсказуемый	Изменения дерматоскопической картины наблюдаются в образовании без каких-либо признаков атипии или тенденции к росту
Стабилизирующий	Степень выраженности признака, послужившего причиной для проведения динамического наблюдения (чаще всего структурной или цветовой атипии), не изменяется либо становится менее выраженной. В таком случае возможно увеличение интервала между повторными осмотрами
Настораживающий	В дерматоскопической картине отмечается появление непротяженных участков с атипичными структурами либо умеренное усиление степени выраженности исходных признаков структурной или цветовой атипии без значительного увеличения размера образования. Указанная динамика является показанием для проведения краткосрочного динамического наблюдения и определения показаний для удаления образования на контрольном осмотре
Физиологический	Изменения дерматоскопической картины приводят к формированию известных моделей строения меланоцитарных невусов без признаков атипии либо являются другим известным вариантом нормы
Патологический	В дерматоскопической картине отмечаются формирование новых атипичных структур, появление выраженной асимметрии и/или значительное изменение модели строения или размера образования. Указанная динамика требует выполнения эксцизионной диагностической биопсии



Рис. 1. Обычный приобретенный меланоцитарный невус. За 20 месяцев наблюдения отмечается равномерное увеличение размера на 3,5 мм без значительного изменения общей модели строения образования с сохранением тенденции к росту

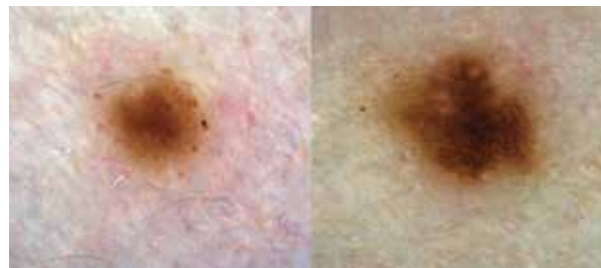


Рис. 2. Диспластический невус. За 31 месяц наблюдения отмечаются увеличение размера на 1,2 мм, формирование несколько неоднородного окрашивания и более выраженного рисунка пигментной сети. Тенденция к периферическому росту частично сохраняется

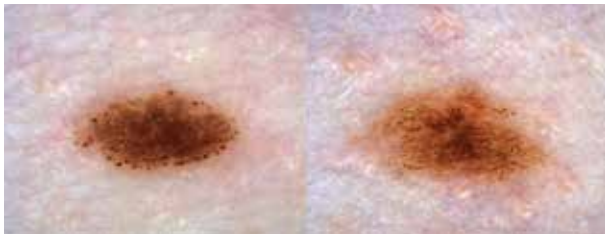


Рис. 3. Обычный приобретенный меланоцитарный невус. За 25 месяцев наблюдения отмечаются увеличение размера на 0,5 мм, практически полное исчезновение периферического глобулярного компонента и равномерное уменьшение интенсивности окрашивания образования

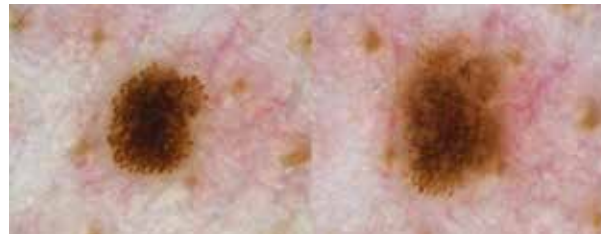


Рис. 4. Диспластический невус. За 10 месяцев наблюдения отмечаются увеличение размера на 1 мм, значительное уменьшение тенденции к периферическому росту, а также равномерное уменьшение интенсивности окрашивания образования

ющую и пригласить пациента на повторный осмотр через более длительный промежуток времени (рис. 3, 4). Существенно реже подобные образования вместо увеличения подвергаются частичному или полному регрессу, в том числе через развитие гало-феномена. Такую динамику можно охарактеризовать как непредсказуемую, но все же физиологическую (рис. 5). В случаях, когда наблюдается более выраженное увеличение размера образования, важно оценивать привычные характеристики меланоцитарных образований и при отсутствии атипичных структур изменения можно продолжать рассматривать как физиологические (рис. 6). Дополнительным примером увеличения образования как вероятного физиологического изменения

является эволюция пограничного или смешанного невуса во внутридермальный согласно теории Унны. В дерматоскопической картине может отмечаться замещение структур образования гомогенными зонами, а также появление линейно-извитых телеангиоэктазий (рис. 7).

Большим разнообразием изменений дерматоскопической картины могут проявляться и образования с преобладанием в строении пигментной сети, причем в большинстве случаев динамика в таких случаях будет непредсказуемой. К вариантам физиологического изменения можно отнести равномерное изменение окрашивания образования (в случае смены цветовой гаммы на более светлый оттенок можно говорить в том числе о стабилизирующем варианте



Рис. 5. Гало-невус. За 18 месяцев наблюдения отмечаются значительный регресс большинства пигментных структур, формирование заметной ободка депигментации и точек серого цвета

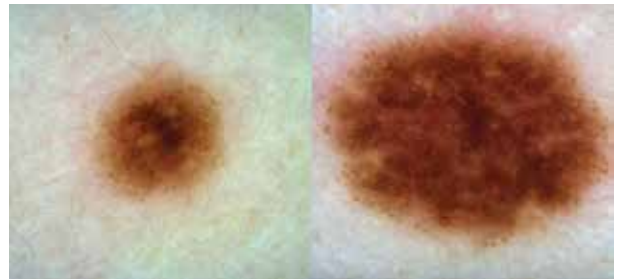


Рис. 6. Диспластический невус. За 24 месяца наблюдения отмечается равномерное увеличение размера образования на 5 мм с сохранением исходной модели строения и тенденции к дальнейшему периферическому росту



Рис. 7. Обычный приобретенный меланоцитарный невус. За 28 месяцев наблюдения отмечается изменение модели строения образования на гомогенную, а также существенное увеличение его объема

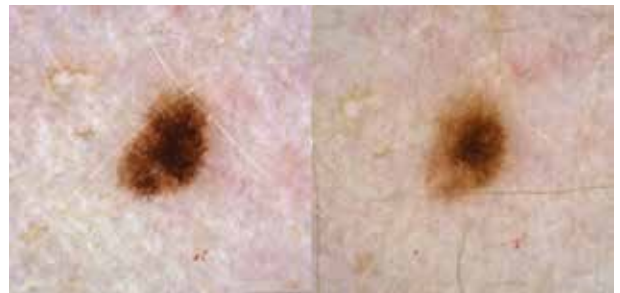


Рис. 8. Диспластический невус. За 22 месяца наблюдения отмечаются сохранение общей модели строения и существенное уменьшение интенсивности окрашивания образования

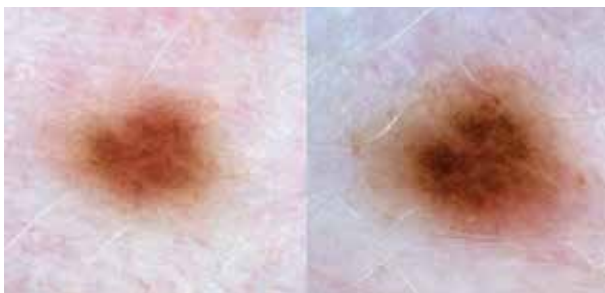


Рис. 9. Обычный приобретенный меланоцитарный невус. За 20 месяцев наблюдения отмечаются увеличение размера на 1 мм, появление рисунка типичной пигментной сети в периферической части образования и сохранение исходной модели строения

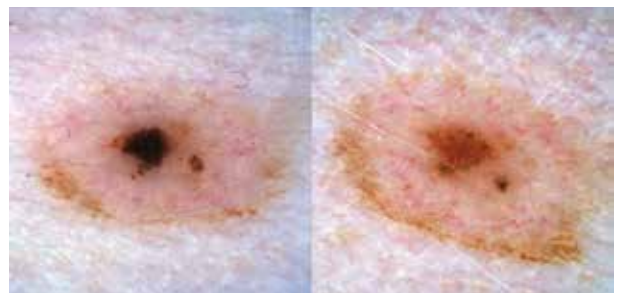


Рис. 10. Смешанный меланоцитарный невус. За 24 месяца наблюдения отмечаются существенное уменьшение интенсивности окрашивания бесструктурной области черного цвета, незначительное увеличение образования с сохранением исходной модели строения



Рис. 11. Смешанный меланоцитарный невус. За 12 месяцев наблюдения отмечается замещение зоны гиперпигментации иссиня-черного цвета диффузным коричневым окрашиванием, а также увеличение размера образования на 1 мм

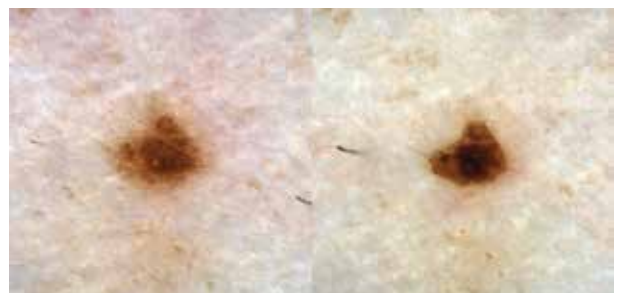


Рис. 12. Обычный приобретенный меланоцитарный невус. Через четыре месяца после первичного обращения и проведения лазерной эпиляции отмечается замещение рисунка пигментной сети бесструктурными зонами



Рис. 13. Другое меланоцитарное образование той же пациентки, что и на рис. 12. Через 24 месяца после проведения лазерной эпиляции отмечается восстановление ретикулярной модели строения обычного приобретенного меланоцитарного невуса



Рис. 14. Смешанный меланоцитарный невус. За 12 месяцев наблюдения пациент случайно травмировал образование и заметил формирование более темного участка после заживления раневого дефекта



Рис. 15. Меланома кожи, поверхностно-распространяющаяся форма. За 12 месяцев наблюдения отмечаются увеличение размера образования на 1 мм, изменение степени выраженности негативной сети



Рис. 16. Диспластический невус. За 24 месяца наблюдения отмечаются увеличение размера на 1 мм, изменение формы образования и утолщение рисунка пигментной сети. Диагноз верифицирован гистологическим исследованием

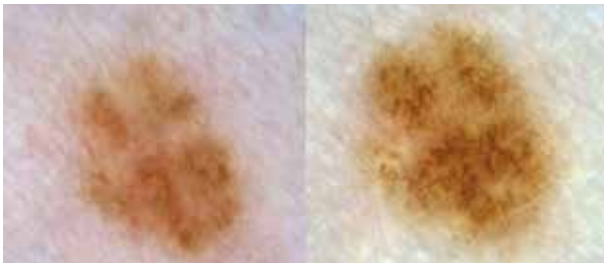


Рис. 17. Меланома кожи, поверхностно-распространяющаяся форма. За 24 месяца наблюдения отмечаются увеличение размера на 1 мм и формирование заметного рисунка пигментной сети

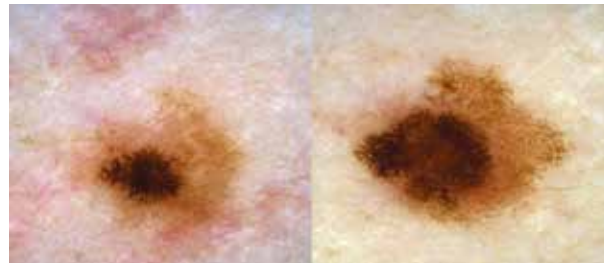


Рис. 18. Меланома кожи, поверхностно-распространяющаяся форма. За 14 месяцев наблюдения отмечаются увеличение размера образования на 2 мм, существенное увеличение площади атипичной пигментной сети, появление периферических глобул в правой части образования

изменений) и незначительное увеличение площади пигментной сети без формирования атипичных структур (рис. 8, 9). При сочетании пигментной сети и эксцентричных зон гиперпигментации черного или серо-синего цвета также можно наблюдать стабилизирующий характер изменений дерматоскопической картины. На контрольном осмотре эти участки могут стать менее насыщенными по окрашиванию и перестать рассматриваться как локальный атипичный признак (рис. 10, 11). Такая картина более характерна для пациентов молодого возраста (в том числе детей) и ранее была описана как «симптом Болоньи» [6]. Более выраженные изменения строения могут наблюдаться после некоторых косметологических лазерных и PPL-процедур. При таком варианте воздействия наиболее часто наблюдается формирование обширных бесструктурных зон гиперпигментации, которые в дальнейшем заменяют-

ся исходной моделью строения образования либо подвергаются практически полному регрессу (рис. 12, 13). Наш опыт и литературные данные о дальнейшем стабильном течении подобных образований [7] позволяют рассматривать такую динамику как физиологическую. Сложнее интерпретировать дерматоскопическую картину после случайного бытового повреждения меланоцитарного невуса – по аналогии с рецидивными невусами в зоне раневого дефекта могут формироваться атипичные структуры [8]. Такой характер изменений (рис. 14) следует рассматривать какстораживающий и проводить более пристальное динамическое наблюдение, поскольку аналогичным образом может проявляться развитие меланомы на фоне существовавшего ранее меланоцитарного невуса. Определенные сложности может представлять дифференциальная диагностика изменений, наблюдаемых в диспла-



стических невусах и ранней меланоме. Наш опыт показывает, что в большинстве случаев врач не только не сможет предсказать, какое из взятых под наблюдение образований может измениться, но и с уверенностью отличить эти нозологии на повторном осмотре через относительно небольшой интервал (до 12 месяцев) из-за схожести выявляемых изменений (рис. 15). Так, общими характеристиками развития невусов и меланомы являются постепенное увеличение размера с модификацией формы и характера окрашивания наблюдаемого образования, а также видимое изменение рисунка пигментной сети или других существующих структур. Как уже было отмечено, принятие правильного решения о дальнейшей тактике ведения подобных образований невозможна без учета дополнительных факторов. С одной стороны, однотипное увеличение одного или сразу нескольких образований у молодого пациента с синдромом диспластических невусов должно расцениваться как непредсказуемый истораживающий, но все же физиологический тип изменений (рис. 16). С другой стороны, сохранение в течение нескольких лет тенденции к увеличению единичного образования у пациента более старшей возрастной группы (> 40 лет) и с отягощенным личным анамнезом по раку кожи стоит рассматривать как показание для проведения диагностической биопсии (рис. 17).

В некоторых развивающихся меланомах более выраженные структурные изменения становятся заметны и в первый год динамического наблюдения. Динамику, при которой в пределах пигментного образования существенно усиливаются изначальные признаки атипичии либо появляются типичные для меланомы дерматоскопические структуры (рис. 18), можно охарактеризовать как непредсказуемую и патологическую. Следует отметить, что в диспластических невусах и невусах Спитц (особенно небольшого размера) иногда может наблюдаться аналогичный характер изменений. Подобная динамика является абсолютным показанием для выполнения диагностической биопсии.

В заключение еще раз подчеркнем, что изменение меланоцитарного образования является важным клиническим симптомом, который никогда не должен оставаться без внимания врача или пациента. Наибольший интерес представляют непредсказуемые варианты изменений, требующие в некоторых случаях более продолжительного динамического наблюдения для исключения возможного наличия меланомы кожи. Проведение дополнительных исследований по наблюдению за меняющимися и атипичными меланоцитарными образованиями может помочь выработать алгоритм ведения подобных опухолей и унифицировать лечебную тактику. ●

Литература

1. Argenziano G., Kittler H., Ferrara G., et al. Slow-growing melanoma: a dermoscopy follow-up study. *Br. J. Dermatol.* 2010; 162 (2): 267–273.
2. Kittler H., Pehamberger H., Wolff K., Binder M. Follow-up of melanocytic skin lesions with digital epiluminescence microscopy: patterns of modifications observed in early melanoma, atypical nevi, and common nevi. *J. Am. Acad. Dermatol.* 2000; 43 (3): 467–476.
3. Сергеев Ю.Ю., Сергеев В.Ю., Мордовцева В.В. Динамическое наблюдение за меланоцитарными образованиями при помощи дерматоскопии (обзор литературы). *Медицинский алфавит.* 2020; 6: 66–71.
4. Сергеев Ю.Ю., Бейнусов Д.С., Мордовцева В.В., Сергеев В.Ю. Меланома кожи, выявленная в процессе динамического наблюдения: обзор литературы и случаи из практики. *Фарматека.* 2021; 28 (14): 34–41.
5. Bajaj S., Dusza S.W., Marchetti M.A., et al. Growth-curve modeling of nevi with a peripheral globular pattern. *JAMA Dermatol.* 2015; 151 (12): 1338–1345.
6. Pizzichetta M.A., Massone C., Grandi G., et al. Morphologic changes of acquired melanocytic nevi with eccentric foci of hyperpigmentation (“Bologna sign”) assessed by dermoscopy. *Arch. Dermatol.* 2006; 142 (4): 479–483.
7. Guicciardi F., Ferreli C., Rongioletti F., Atzori L. Dermoscopic evaluation of melanocytic nevi changes after photo-epilation techniques: a prospective study. *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol.* 2019; 33 (5): 954–958.
8. Мордовцева В.В., Сергеев Ю.Ю. Меланоцитарные невусы и меланома кожи: практическое руководство по диагностике меланоцитарных опухолей кожи. Екатеринбург, 2022.

Options of Changing the Melanocytic Formations Dermatoscopic Picture: Analysis of Clinical Cases

Yu.Yu. Sergeev^{1,2}, V.Yu. Sergeev, PhD^{1,2}, V.V. Mordovtseva, PhD, Prof.^{1,3}, D.S. Beinusov, PhD¹

¹ Society for Dermoscopy and Optical Skin Diagnostics, Moscow

² Central State Medical Academy of Department of Presidential Affairs, Moscow

³ Moscow State University of Food Production

Contact person: Yury Yu. Sergeev, tosergeev@gmail.com

The article provides clinical observations of changes in the dermoscopic picture of various melanocytic formations taken under dynamic observation. The authors propose an in-depth classification of the detected changes based on the possibility of predicting their development, as well as taking into account the need to modify further therapeutic tactics. Emphasized the complexity of the diagnosis of melanoma, associated not only with the meager manifestations of an early tumor, but also with the same type of structural changes observed in some melanocytic nevi and melanoma.

Key words: dermoscopy, dynamic observation, melanocytic nevus, melanoma, early diagnosis