

## Опыт диагностики меланомы кожи диаметром менее 6 мм

Ю.Ю. СЕРГЕЕВ<sup>1</sup>, В.В. МОРДОВЦЕВА<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России, Москва, Россия

<sup>2</sup>Институт медико-социальных технологий ФГБОУ ВПО «Московский государственный университет пищевых производств», Москва, Россия

Несмотря на новые возможности адъювантной терапии меланомы кожи, своевременная диагностика этой опухоли остается ключевым прогностическим фактором, влияющим на общую выживаемость. В статье приводится описание серии случаев меланомы кожи диаметром менее 6 мм. Клинические, дерматоскопические и гистологические проявления ранних меланом отличаются от привычных при этой злокачественной опухоли. Так, все образования лишены полихромии и окрашены только в два цвета. Такие типичные для меланомы признаки, как неправильная форма и неравномерная окраска, встречаются всего в 67 и 58% случаев соответственно. Среднее значение дерматоскопического алгоритма диагностики меланомы ABCD составило 4,2 балла, 7-балльного алгоритма Argenziano — 2,2 балла. Чувствительность указанных алгоритмов составила 16 и 50% соответственно. Отличительными особенностями гистологической картины стали слабовыраженный полиморфизм ядер, отсутствие особенностей роста, характерных для наиболее часто встречающихся форм меланомы, незначительный педжетоидный рост и отсутствие/низкий митотический индекс. Ранняя диагностика рака кожи в настоящее время невозможна без комплексной оценки новообразования кожи, учитывающей клиническую картину, данные дерматоскопического осмотра и результаты гистологического исследования, а потому требует междисциплинарного подхода.

**Ключевые слова:** меланома, ранняя диагностика, дерматоскопия.

Ю.Ю. Сергеев — <http://doi.org/0000-0002-4193-1579>

В.В. Мордовцева — <https://doi.org/0000-0002-6396-2720>

### КАК ЦИТИРОВАТЬ:

Сергеев Ю.Ю., Мордовцева В.В. Опыт диагностики меланомы кожи диаметром менее 6 мм. *Клиническая дерматология и венерология*. 2018;17(4):97-104.

<https://doi.org/10.17116/klinderma20181704197>

## Experience in the diagnosis of skin melanoma smaller than 6 mm in diameter

YU.YU. SERGEEV<sup>1</sup>, V.V. MORDOVITSEVA<sup>2</sup>

<sup>1</sup>I.M. Sechenov First Moscow State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia

<sup>2</sup>Institute of Medical and Social Technologies of the Moscow State University of Food Production, Moscow, Russia

Despite the new possibilities of adjuvant therapy of skin melanoma, timely diagnosis of this tumor remains a key prognostic factor determining the overall survival. The article describes a series of cases of skin melanoma smaller than 6 mm in diameter. Clinical, dermoscopic, and histological manifestations of early melanomas differ from those characteristic of this malignant tumor. Thus, all neoplasms are bicolored rather than polychromic. The signs characteristic of melanoma, such as irregular shape and uneven coloring, occur in only 67 and 58% of cases, respectively. The mean value of the dermoscopic algorithm for the diagnosis of melanoma ABCD was 4.2 points, 7-point Argenziano algorithm — 2.2 points. The sensitivity of these algorithms was 16 and 50%, respectively. Distinctive features of histological picture included poor polymorphism of the nuclei, lack of growth peculiarities characteristic of the most common forms of melanoma, insignificant pagetoid growth, and the absence/low mitotic index. Early diagnosis of skin cancer is currently impossible without a comprehensive evaluation of skin lesions with allowance for the clinical presentation, dermoscopic examination data, and the results of histological examination, and therefore requires an interdisciplinary approach.

**Keywords:** melanoma, early diagnosis, dermoscopy.

Yu.Yu. Sergeev — <https://doi.org/0000-0002-4193-1579>

V.V. Mordovtseva — <https://doi.org/0000-0002-6396-2720>

### TO CITE THIS ARTICLE:

Sergeev YuYu, Mordovtseva VV. Experience in the diagnosis of skin melanoma smaller than 6 mm in diameter. *Russian Journal of Clinical Dermatology and Venereology = Klinicheskaya dermatologiya i venerologiya*. 2018;17(4):97-104. (In Russ.).

<https://doi.org/10.17116/klinderma20181704197>

Размер меланоцитарного образования является одним из традиционных дифференциально-диагностических критериев, используемых в диагностике меланомы кожи. Согласно клиническому правилу ABCD и мнемоническому правилу ФИГАРО диаметр образования более 6 мм является основанием для подозрения меланомы. Анализ пигментных образований при помощи указанных алгоритмов может привести к осмотру только крупных образований в процессе скрининга и сформировать у врача ложное представление о начальных проявлениях этой злокачественной опухоли. В то же время изменение порогового значения в 6 мм может обусловить ухудшение клинической диагностики меланомы. Так, при уменьшении порогового значения даже на 1 мм снизится специфичность клинического правила ABCD на 16%, а при увеличении на 1 мм — чувствительность метода уменьшится на 12% [1].

Под нашим наблюдением за период 2015—2017 гг. находились 12 пациентов, которым по результатам клинико-дерматоскопического осмотра был предварительно поставлен диагноз меланомы кожи, несмотря на маленький размер образований — не более 6 мм. Клинические и дерматоскопические характеристики опухолей приведены в **табл. 1** и **2**. Средний возраст пациентов составил 39,6 года. Опухоли одинаково часто располагались на коже туловища и конечностей. При клиническом осмотре все опухоли были окрашены в два цвета, 58% имели неравномерную окраску и резкие границы, 67% неправильную форму. Средний диаметр образований составил 3,5 мм. При дерматоскопическом осмотре в 75% случаев выявлялся дополнительный третий оттенок цвета по сравнению с результатами клинического осмотра (**рис. 1, 2**). Структурная асимметрия разной степени выраженности отмечалась в 75% случаев

**Таблица 1.** Клиническая характеристика ранних проявлений меланомы

**Table 1.** Clinical characteristics of early manifestations of melanoma

Пол	Возраст	Локализация	Окраска	Оттенки цвета	Форма	Границы	Диаметр, мм
Ж	35	Бедро	Равномерная	Два цвета	Неправильная	Нерезкие	5
Ж	50	Голень	Равномерная	Два цвета	Неправильная	Резкие	3
Ж	27	Голень	Неравномерная	Два цвета	Неправильная	Резкие	2
Ж	23	Голень	Неравномерная	Два цвета	Неправильная	Нерезкие	4,5
Ж	35	Плечо	Равномерная	Два цвета	Неправильная	Резкие	2,5
Ж	65	Голень	Неравномерная	Два цвета	Неправильная	Нерезкие	4
М	29	Спина	Неравномерная	Два цвета	Округлая	Нерезкие	5
М	35	Спина	Неравномерная	Два цвета	Овальная	Резкие	4,5
Ж	41	Спина	Неравномерная	Два цвета	Округлая	Нерезкие	4
М	51	Спина	Неравномерная	Два цвета	Неправильная	Резкие	2
М	35	Спина	Равномерная	Два цвета	Неправильная	Резкие	4
Ж	50	Спина	Равномерная	Два цвета	Округлая	Резкие	2

*Примечание.* М — мужчины; Ж — женщины.

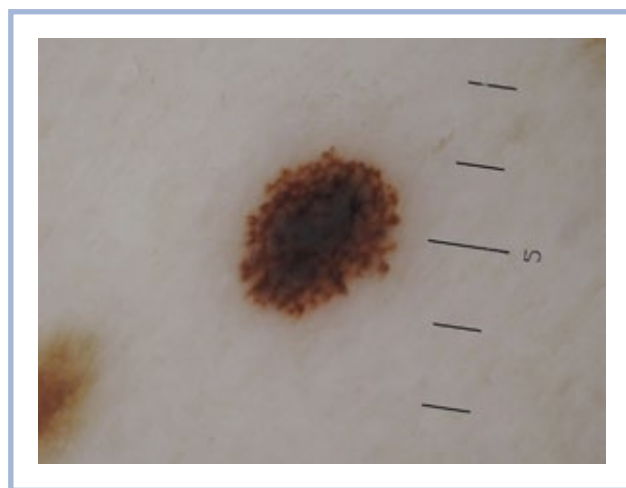


**Рис. 1.** Пациент №11.

Клиническая картина меланомы диаметром 2 мм. Образование равномерно окрашено, округлой формы и с резкими границами.

**Fig. 1.** Patient №11.

Clinical presentation of melanoma sized 2 mm in diameter. Neoplasm is uniformly colored, rounded, and has sharp boundaries.



**Рис. 2.** Пациент №11.

Дерматоскопическая картина меланомы диаметром 2 мм. При осмотре в центральной части выявлен дополнительный оттенок цвета — серый.

**Fig. 2.** Patient №11.

Dermatoscopic picture of melanoma sized 2 mm in diameter. Examination showed an additional color shade, gray, in the central part.

Таблица 2. Дерматоскопическая характеристика ранних проявлений меланомы

Table 2. Dermatoscopic characteristics of early manifestations of melanoma

Модель строения*	Асимметрия**	Окраска	Ведущий диагностический критерий	Дерматоскопическое правило ABCD	7-Балльный алгоритм
Неспецифическая	Отсутствует	Три цвета	Бело-голубая вуаль	3 балла	3 балла
Спитцоидная	Отсутствует	Три цвета	Атипичные полосы	4,3 балла	4 балла
Мультикомпонентная	Выраженная	Три цвета	Атипичные точки и глобулы	6,7 балла	3 балла
Неспецифическая	Умеренная	Два цвета	Неравномерно окрашенные волосяные фолликулы	2,3 балла	0 баллов
Неспецифическая	Умеренная	Три цвета	Зоны гиперпигментации, расположенные эксцентрично	4,7 балла	2 балла
Неспецифическая	Умеренная	Два цвета	Несоответствие образования известным моделям строения меланоцитарных невусов	4,2 балла	0 баллов
Мультикомпонентная	Умеренная	Три цвета	Зоны регрессии	3,3 балла	2 балла
Ретикулярная	Выраженная	Три цвета	Атипичная пигментная сеть	5,5 балла	3 балла
Ретикулярная	Умеренная	Два цвета	Атипичная пигментная сеть	3,3 балла	2 балла
Ретикулярная	Умеренная	Три цвета	Атипичная пигментная сеть	4,2 балла	3 балла
Ретикулярная	Умеренная	Три цвета	Атипичная пигментная сеть	5,4 балла	2 балла
Спитцоидная	Отсутствует	Три цвета	Атипичные полосы	3,8 балла	3 балла

*Примечание.* \* — оценка дерматоскопической модели строения образования (неспецифическая — дерматоскопическая картина не укладывается в известные модели строения образований; спитцоидная — образование напоминает по строению невус Спитца; мультикомпонентная — одновременно определяются не менее 3 типичных дерматоскопических признака меланомы; ретикулярная — преобладающим дерматоскопическим признаком является пигментная сеть); \*\* — оценка асимметрии образования по дерматоскопической картине (отсутствует — опухоль симметрична по цвету и структурам при проведении двух перпендикулярных друг другу осей симметрии через центр образования; умеренная — опухоль асимметрична по цвету и/или структурам по одной оси симметрии; выраженная — опухоль асимметрична по цвету и/или структурам по двум осям симметрии).

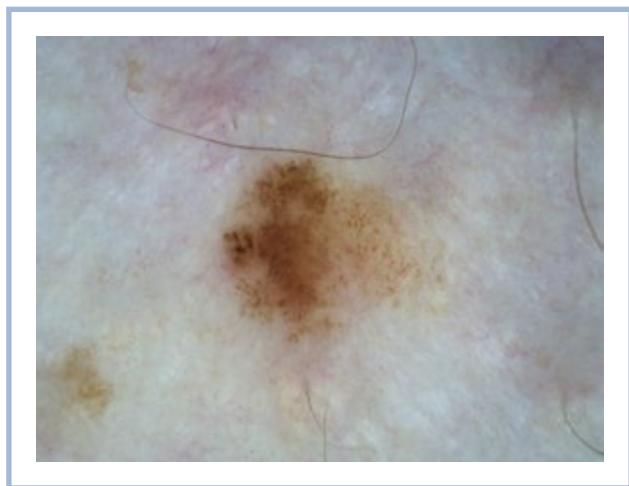


Рис. 3. Пациент №6.

Дерматоскопическая картина меланомы диаметром 4 мм. Общая модель образования — неспецифическая, нехарактерная для меланоцитарных невусов.

Fig. 3. Patient №6.

Dermatoscopic picture of melanoma sized 4 mm in diameter. The general model of the neoplasm is nonspecific, uncharacteristic of melanocytic nevi.



Рис. 4. Пациент №9.

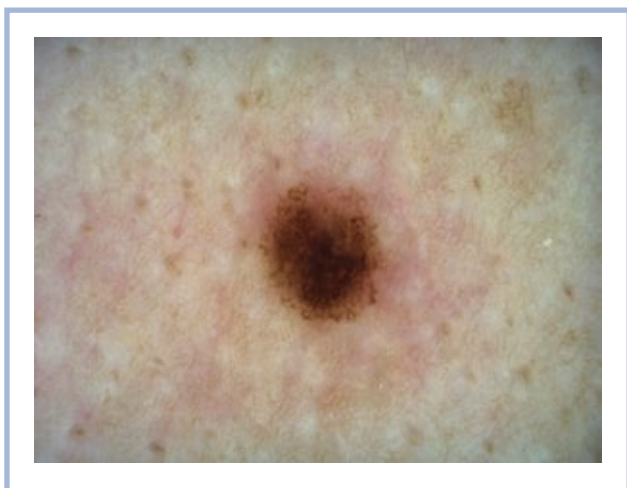
Первичный осмотр образования на коже спины. Отмечается тенденция к периферическому росту образования.

Fig. 4. Patient №9.

Primary examination of the neoplasm on the skin of the back. There is a tendency towards peripheral growth of the neoplasm.

Только в 8% случаев отсутствовали классические меланом-специфические дерматоскопические признаки (рис. 3). В 83% случаев решение о необходимости удаления образования принималось на первичном осмотре, в 17% — после динамического наблюдения в течение 3 или 6 мес в связи с задокументированными изменениями структур и окраски (рис. 4, 5).

В 16% значение дерматоскопического правила ABCD свидетельствовало в пользу меланомы (рис. 6), среднее значение алгоритма составило 4,2 балла (значение менее 4,75 свидетельствует о доброкачественной природе меланоцитарного образования) (рис. 7). Использование 7-балльного алгоритма Argenziano позволило диагностировать меланому в 50% случаев,

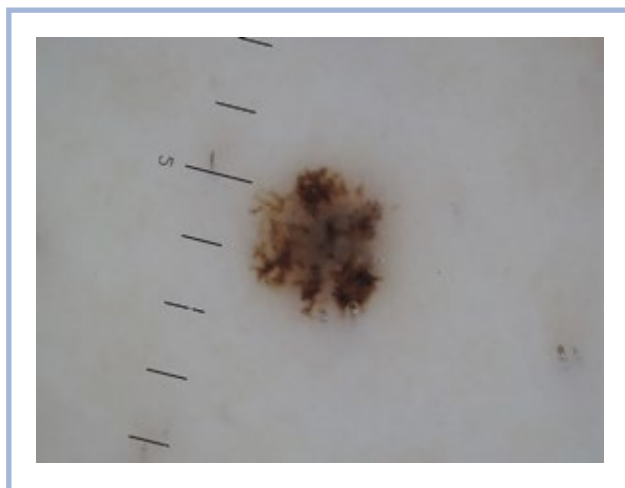


**Рис. 5. Пациент №9.**

Повторный осмотр образования на коже спины через 6 мес. Отчетливо определяются выраженные очаговые изменения окраски и структур образования.

**Fig. 5. Patient №9.**

Repeated examination of the neoplasm on the skin of the back in 6 months. Focal changes in color and structures of the neoplasm are clearly visible.

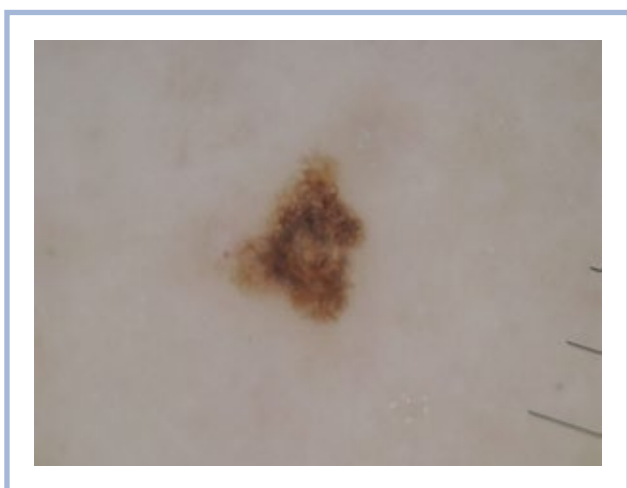


**Рис. 6. Пациент №3.**

Дерматоскопическая картина меланомы диаметром 2 мм. Отмечается выраженная структурная и цветовая асимметрия образования.

**Fig. 6. Patient №3.**

Dermatoscopic picture of melanoma sized 2 mm in diameter. There is pronounced structural and color asymmetry of the neoplasm.

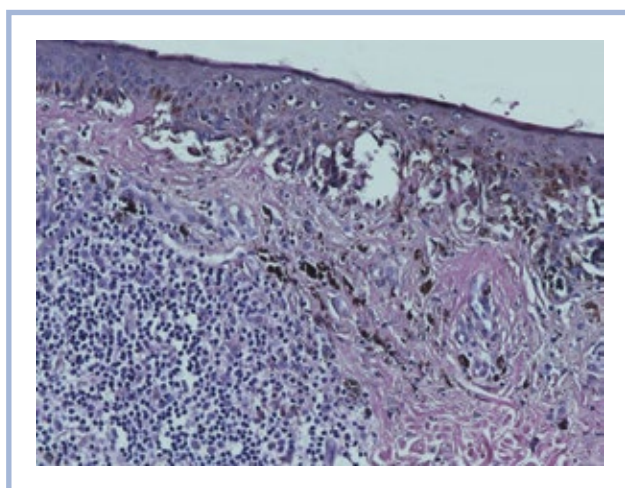


**Рис. 7. Пациент №10.**

Дерматоскопическая картина меланомы диаметром 2 мм. Образование асимметрично по структурам и окрашиванию по одной оси; имеет резкие границы в пяти секторах; выявляются три оттенка цвета — светло-коричневый, темно-коричневый и серый; представлено пигментной сетью и точками. Общий дерматоскопический индекс составляет 4,2 балла.

**Fig. 7. Patient №10.**

Dermatoscopic picture of melanoma sized 2 mm in diameter. The neoplasm has asymmetric structure and coloring along one axis and sharp boundaries in five sectors. There are three color shades: light brown, dark brown, and gray. It is represented by a pigmented network and dots. The total dermatoscopic index is 4.2 points.



**Рис. 8. Пациент №10.**

Гистологическая картина меланомы диаметром 2 мм. Отмечается преимущественно гнездовое расположение атипичных меланоцитов в пределах эпидермиса и сосочкового слоя дермы. Обращает на себя внимание слияние расположенных рядом гнезд меланоцитов, педжетоидный рост и лимфоцитарная инфильтрация у основания опухоли.

**Fig. 8. Patient №10.**

Histological picture of melanoma sized 2 mm in diameter. There is predominantly nested location of atypical melanocytes within the epidermis and papillary dermis. Merging of nearby melanocytic nests, pagetoid growth, and lymphocytic infiltration at the tumor base is observed.

среднее значение составило 2,2 (значение менее 3 свидетельствует о доброкачественной природе меланокитарного образования).

Гистологическая картина образований не была однотипной (**рис. 8**). Особую трудность для диагностики представляло преимущественно отсутствие особенностей роста, характерных для наиболее часто встречающихся, «классических» форм меланомы с

фазой горизонтального роста. К ним относятся поверхностно-распространяющаяся меланома, лентиго-меланома и лентигозная акральная меланома (лентигозная меланома акральных участков и слизистых оболочек). Почти в половине случаев (42%) не представлялось возможным классифицировать морфологический тип меланомы, равное число (по 16,5%) случаев пришлось на поверхностно-распро-

страняющийся и лентигозный тип опухоли, остальные (25%) были классифицированы как невоидные на основании наличия мелких клеток и преимущественно гнездного характера роста. Подавляющее большинство опухолей (75%) были внутриэпидермальными (*in situ*) или микроинвазивными (II уровень инвазии по Кларку). В 3 (25%) случаях имели место инвазивные меланомы, несмотря на небольшой клинический размер опухоли. При анализе гистологической картины в целом обращали на себя внимание такие признаки, как слабовыраженный полиморфизм ядер, отсутствующий или незначительный педжетоидный рост, отсутствие митозов или низкий митотический индекс (1 в 10 полях зрения). Признаки частичного регресса были выявлены только в одной меланоме с IV уровнем инвазии.

В литературе встречаются единичные публикации, посвященные ранним проявлениям меланомы. А. Вопо и соавт. [2] описали опыт диагностики 206 меланоцитарных образований диаметром не более 3 мм, 23 из которых оказались меланомой. По результатам гистологического исследования 21 опухоль была представлена поверхностно-распространяющейся формой меланомы, 2 — узловой. Только 4 образования были меланомой *in situ*. Авторы подчеркивают роль дерматоскопического осмотра в диагностике мелких пигментных образований — показатель чувствительности повышается на 40% по сравнению с клинической диагностикой. Также А. Вопо и соавт. [3] описали 11 случаев узловой меланомы кожи диаметром менее 6 мм. Клинически пять опухолей имели симметричные очертания, три были однотонно окрашены. Из 8 образований, осмотренных также при помощи дерматоскопа, меланома была заподозрена в 6 случаях.

V. de Giorgi и соавт. [4] описали клинико-дерматоскопические характеристики 103 меланоцитарных образований диаметром менее 6 мм, из которых 34 оказались меланомой. 17 образований соответствовали хотя бы двум диагностическим критериям клинического правила ABCD и только пять — трем. Типичные дерматоскопические признаки меланомы, за исключением атипичных точек, встречались в мелких меланомах достоверно чаще по сравнению с меланоцитарными невусами. Наиболее часто определяемыми признаками мелких меланом по результатам исследования оказались атипичная пигментная сеть, атипичные глобулы, атипичные полосы и зоны регрессии. Перечисленные структуры, по мнению авторов, позволяют клиницисту заподозрить меланому, несмотря на размер образования. По результатам гистологического исследования все опухоли были представлены поверхностно-распространяющейся формой меланомы, из которых 18 были *in situ*.

S. Seidenari и соавт. [5] описали клинико-дерматоскопические проявления 482 меланом, из которых выделили группу 22 «микромеланом» — образова-

ний, диаметром не более 4 мм. Эта группа опухолей достоверно чаще встречалась на коже нижних конечностей и у более молодых пациентов по сравнению с выборкой меланом, включенной в исследование. Клинически 12 образований привлекли внимание врача за счет неоднородной или темной окраски, остальные 9 «микромеланом» выглядели банально. Наиболее частыми дерматоскопическими признаками «микромеланом» оказались атипичная пигментная сеть, атипичные точки и глобулы и эксцентричные зоны гиперпигментации. Однако авторы обратили внимание на более редкое наличие асимметрии и полихромии. Также значения дерматоскопического правила ABCD и 7-балльного алгоритма Argenzia по были несколько ниже по сравнению со всей выборкой меланом, включенной в исследование. По результатам гистологического исследования, 12 образований были меланомой *in situ*.

N. Emiroglu и соавт. [6] описали дерматоскопическую картину 71 меланомы, из которых 29 имели диаметр менее 6 мм. Такие типичные признаки меланомы как бело-голубая вуаль, зоны регрессии, розовая вуаль и мультикомпонентная модель встречались в мелких образованиях достоверно реже. По результатам гистологического исследования, 24 опухоли были представлены поверхностно-распространяющейся формой меланомы, по две — лентиго-меланомой и узловой формой и одна — десмопластической. Восемь образований из 29 были меланомой *in situ*.

G. Salerno и соавт. [7] описали 8 случаев меланомы кожи диаметром от 2,5 до 4,5 мм. Клинически только две опухоли имели неровные края, а три были асимметричны и имели полихромную окраску. Дерматоскопическая картина семи образований была представлена атипичной пигментной сетью и только в пяти случаях структуры и окраска были асимметричны. В четырех случаях показанием для удаления послужили задокументированные изменения наблюдаемых образований. По результатам гистологического исследования, все опухоли были представлены поверхностно-распространяющейся формой меланомы, а шесть образований были *in situ* [7]. В зарубежной литературе [8—10] встречаются описания единичных случаев меланомы кожи диаметром не более 2 мм.

Отечественные авторы описывали случаи меланомы кожи диаметром менее 6 мм. А.М. Ахматова и соавт. [11] наблюдали пациентку 20 лет с инвазивной поверхностно-распространяющейся формой меланомы кожи плеча диаметром 4 мм. Значения дерматоскопических алгоритмов диагностики меланомы были высокими — результат правила ABCD составил 6,1 балла, 7-балльного алгоритма Argenziano — 5 баллов. Нами описан случай инвазивной поверхностно-распространяющейся формы меланомы кожи спины диаметром 5 мм у пациента 29 лет. Опухоль характеризовалась типичной для меланомы мультикомпо-

нентной моделью строения и была представлена зонами регрессии и эксцентричной зоной гиперпигментации [12].

Анализ данных литературы свидетельствует о том, что любая форма меланомы начинается с небольшого образования, причем маленький размер опухоли не гарантирует отсутствия метастатического процесса. Внешние проявления мелких меланом могут быть неспецифичны и имитировать обычные меланоцитарные невусы. Совершенствование диагностики меланомы кожи, в особенности ранних форм, является таким же важным направлением развития помощи больным меланомой, как и разработка новых лекарственных препаратов.

Учитывая возможные неспецифические клинические и иногда дерматоскопические признаки, а также не ярко выраженную гистологическую картину начинающихся меланом необходимо тщательнее подходить к вопросам скрининга рака кожи. К сожалению, определенных клинических критериев для выбора образований, требующих дерматоскопического осмотра, не существует. Ориентируясь только на внешние проявления пигментированных новообразований кожи, собственный опыт в дерматоонкологии или анамнестические данные (недавнее появление, изменение «родинки») врач выявляет только 62% подозрительных меланоцитарных образований [13]. Анализ «подозрительного» для врача пигментного образования в отрыве от всех остальных образований пациента является грубой ошибкой. Так, использование сравнительного подхода в оценке множественных меланоцитарных невусов позволяет сократить количество удалений доброкачественных образований на 41% [14]. Врач, проводящий дерматоскопический осмотр, должен четко знать типичные модели строения меланоцитарных невусов (ретикулярная, глобулярная, гомогенная и т.д.), структурные особенности образований в зависимости от расположения на коже, возраста пациента, типа его кожи, и учитывать возможные физиологические состояния (беременность) или внешние воздействия (недавняя инсоляция) [15]. При множественных клинически и дерматоскопически атипичных меланоцитарных образований показано тщательное динамическое наблюдение за пациентом с фотодокументированием дерматоскопических проявлений всех атипичных образований. Наиболее значимыми изменениями со стороны меланоцитарных образований, выявляемыми при дерматоскопии, являются очаговые изменения окраски или структур образования (рис. 7, 8) [16]. В случаях, вызывающих у врача затруднения с постановкой диагноза, возможно проведение удаленной диагностики с привлечением более опытных коллег. Нами показано, что удаленный анализ дерматоскопических изображений превосходит по информативности результаты осмотра клинической картины новообразований кожи [17]. Также

в 2017 г. мы оценивали возможность удаленной оценки нестандартизованных дерматоскопических изображений. В 78,2% случаев врач-консультант мог описать дерматоскопическую картину и поставить диагноз по присланным изображениям в спорных для врачей ситуациях [18].

Гистологическая диагностика начальной стадии меланомы, в первую очередь меланомы *in situ*, очень сложна. Особенно это верно в отношении опухолей небольшого диаметра. Длительное время размер опухоли, превышающий 6 мм (позже 4—5 мм), считали также и гистологическим критерием диагностики меланомы. М. Тап и А. Ackerman [19] были первыми и, возможно, единственными среди дерматопатоморфологов своего времени, кто выступил с критикой этого подхода, говоря о том, что размер образования не имеет значения, ведь «все меланомы были когда-то меньше». Они же провели тщательный анализ того, как менялись критерии диагностики меланомы в опубликованных англоязычных статьях и руководствах за период с 1947 по 2000 г. Рекомендуемые в разные годы критерии отражали представления авторов, нередко ошибочные в соответствии со временем публикации, о природе меланомы и характере ее роста. В основном рекомендации носили описательный характер, иногда довольно расплывчатый, редко — противоречивый. Сам А. Ackerman [20] более 20 лет разрабатывал и совершенствовал гистологические критерии меланомы, подчеркивая важность точных формулировок, не оставляющих места для разночтений и двусмысленности. Вместе с соавторами он предложил 15 диагностических критериев меланомы, описывающих структурную организацию опухоли и три цитологических критерия. При этом 10 из 15 критериев «архитектуры» опухоли относятся только к эпидермальным структурам и эпителию придатков кожи. Другими словами, эти 10 критериев являются диагностическими критериями меланомы *in situ*. Следует отметить, что А. Ackerman не признавал образных сравнений и «домысливания» событий, происходящих в опухоли, которые невозможно увидеть и оценить в фиксированном срезе при микроскопическом исследовании. К сожалению, даже такие ценнейшие публикации не всегда доходят до того читателя, которому они крайне необходимы. В патоморфологии постоянное самообразование так же необходимо, как опыт и базовая квалификация. Неудивительно, что ранняя гистологическая диагностика меланомы сегодня, как и раньше, считается областью экспертной оценки в патоморфологии меланоцитарных новообразований кожи.

В свете экспертной оценки представляют интерес результаты исследования, проведенного недавно в США [21]. 1187 патоморфологам из 10 американских штатов было предложено поставить диагноз по 8976 гистологическим препаратам различных меланоцитарных новообразований кожи. Как видно из

**Таблица 3.** Результаты многоцентрового исследования в США по эффективности дифференциальной диагностики меланоцитарных новообразований кожи при гистологическом исследовании

**Table 3.** The results of the multicenter study on the effectiveness of differential diagnosis of melanocytic skin neoplasms using histological examination in the United States

Класс	Новообразование	Точность диагностики, %	Коэффициент согласия наблюдателей*, %
I	Обычный невус; голубой невус; невус с дисплазией легкой степени	92	76,7
II	Невус с дисплазией умеренной степени; невус Спитца	25	35,2
III	Невус с дисплазией тяжелой степени; атипичный невус Спитца; меланома <i>in situ</i>	40	59,5
IV	Ранняя/тонкая инвазивная меланома (pT1a)	43	63,2
V	Инвазивная меланома ( $\geq$ pT1b)	72	82,6

Примечание. \* — Отношение числа совпадающих диагнозов разных врачей к общему числу наблюдений.

**табл. 3,** диагнозы в спектре от диспластического невуса с умеренной дисплазией до ранней инвазивной меланомы (II уровень инвазии по Кларку) преимущественно не были ни воспроизводимыми, ни верными. Гипердиагностика составила 8%, гиподиагностика — 9,2%, что, с учетом субъективного характера патоморфологического метода, является вполне закономерным и допустимым результатом. В связи с этим возникает проблема контроля качества диагностики меланоцитарных новообразований кожи в других странах, где подобные исследования не проводятся, и где может даже не быть сертификационной специализации по патоморфологии кожи. Американские авторы делают заключение о необходимости создания стандартизованной системы классификации меланоцитарных образований. Кроме того, патоморфолог, с их точки зрения, должен отражать в заключении свою неуверенность в ответе (при ее наличии) и давать оценку риска прогрессирования болезни, что дало бы основание клиницистам модифицировать тактику лечения. Поиск дополнительных молекулярных маркеров необходим для возможно-

сти объективного подтверждения мнения врача-патоморфолога.

Необходимо также отметить важность предоставления патоморфологу исчерпывающей клинической информации с акцентом на данные дерматоскопии. Наш опыт свидетельствует, что подозрение на меланому при дерматоскопическом исследовании не следует игнорировать.

Таким образом, диагностический процесс в медицине и в XXI веке остается достаточно субъективным и строго зависящим от опыта врача. В руках специалистов в настоящее время появился дополнительный метод исследования кожи, позволивший иначе взглянуть на клиническую диагностику пигментных новообразований кожи. На наш взгляд, диагноз меланомы кожи, особенно ранних форм, должен базироваться не столько на гистологическом исследовании, сколько на сопоставлении данных клинического осмотра, дерматоскопической картины и гистологического исследования. Такой подход позволит улучшить современные представления о развитии меланомы.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

The authors declare no conflicts of interest.

## ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Abbasi NR, Yancovitz M, Gutkowitz-Krusin D, Panageas KS, Mihm MC, Googe P, King R, Prieto V, Osman I, Friedman RJ, Rigel DS, Kopf AW, Polsky D. Utility of lesion diameter in the clinical diagnosis of cutaneous melanoma. *Arch Dermatol*. 2008;144(4):469-474. <https://doi.org/10.1001/archderm.144.4.469>
2. Bono A, Tolomio E, Trincone S, Bartoli C, Tomatis S, Carbone A, Santinami M. Micro-melanoma detection: a clinical study on 206 consecutive cases of pigmented skin lesions with a diameter  $\leq$  3 mm. *British Journal of Dermatology* 2006;155:570-573. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2133.2006.07396.x>
3. Bono A, Tolomio E, Carbone A, Moglia D, Crippa F, Tomatis S, Santinami M. Small nodular melanoma: the beginning of a life-threatening lesion. A clinical study on 11 cases. *Tumori*. 2011;97(1):35-38. <https://doi.org/10.1700/611.7158>
4. De Giorgi V, Savarese I, Rossari S, Gori A, Grazzini M, Crocetti E, Sara Longo A, Oranges T, Massi D. Features of small melanocytic lesions: does small mean benign? A clinical-dermoscopic study. *Melanoma research*. 2012;22:252-256. <https://doi.org/10.1097/CMR.0b013e3283527430>
5. Seidenari S, Ferrari C, Borsari S, Fabiano A, Bassoli S, Giusti F, Ponti G, Magnoni C. Dermoscopy of small melanomas: just miniaturized dermoscopy? *British Journal of Dermatology* 2014;171:1006-1013. <https://doi.org/10.1111/bjd.12542>
6. Emiroglu N, Pelin Cengiz F, Hofmann-Wellenhof R. Dermoscopic and clinical features of trunk melanomas. *Advances in Dermatology and Allergology/Postępy Dermatologii i Alergologii*. 2014;31(6):362-367. <https://doi.org/10.5114/pdia.2014.47119>

7. Salerni G, Alonso C, Fernández-Bussy R. A series of small-diameter melanomas on the legs: dermoscopic clues for early recognition. *Dermatol Pract Concept* 2015;5(4):8. <https://doi.org/10.5826/dpc.0504a08>
8. Pellizzari G, Magee J, Weedon D, Rosendahl C. A tiny invasive melanoma: a case report with dermoscopy and dermatopathology. *Dermatol Pract Conc*. 2013;3(2):6. <https://doi.org/10.5826/dpc.0302a06>
9. Rosendahl C, Cameron A, Bulinska A, Williamson R, Kittler H. Dermatoscopy of a minute melanoma. *Australas J Dermatol*. 2011;52(1):76-78. <https://doi.org/10.1111/j.1440-0960.2010.00725.x>
10. Teng PP, Hofmann-Wellenhof R, Campbell TM, Soyer HP. Dermoscopic presentation of a 2-mm melanoma in situ. *Australas J Dermatol*. 2010;51(2):152-153. <https://doi.org/10.1111/j.1440-0960.2009.00620.x>
11. Ахматова А.М., Потехаев Н.Н., Решетов И.В., Ткаченко С.Б., Миченко А.В., Львов А.Н. Ранняя диагностика меланомы в практике дерматолога. *Клиническая дерматология и венерология*. 2012;10:2:32-36. Akhmatolva AM, Potekaev NN, Reshetov IV, Tkachenko SB, Michenko AV, Lvov AN. Early diagnostics of melanoma in dermatological practice. *Russian Journal of Clinical Dermatology and Venereology = Klinicheskaya dermatologiya i venerologiya*. 2012;10:2:32-36. (In Russ.).
12. Сергеев Ю.Ю., Олисова О.Ю., Сергеев В.Ю. Возможности ранней диагностики и профилактики злокачественных новообразований кожи. *Фарматека*. 2016; Дерматология/Аллергология;17-21. Sergeev YuYu, Olishova OYu, Sergeev VYu. Potentials for the early diagnosis and prevention of skin cancer. *Farmateka*. 2016; Dermatology/Allergology;17-21. (In Russ.).
13. Seidenari S, Longo C, Giusti F, Pellacani G. Clinical selection of melanocytic lesions for dermoscopy decreases the identification of suspicious lesions in comparison with dermoscopy without clinical preselection. *British Journal of Dermatology*, 2006;154:873-879. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2133.2006.07165.x>
14. Argenziano G, Catricalà C, Ardigò M, Buccini P, De Simone P, Eibenschutz L, Ferrari A, Mariani G, Silipo V, Zalaudek I. Dermoscopy of patients with multiple nevi. Improved management recommendations using a comparative diagnostic approach. *Arch Dermatol*. 2011;147(1):46-49. <https://doi.org/10.1001/archdermatol.2010.389>
15. Zalaudek I, Docimo G, Argenziano G. Using dermoscopic criteria and patient-related factors for the management of pigmented melanocytic nevi. *Arch Dermatol*. 2009;145(7):816-826. <https://doi.org/10.1001/archdermatol.2009.115>
16. Salerni G, Carrera C, Lovatto L, Martí-Laborda RM, Isern G, Palou J, Alós L, Puig S, Malvey J. Characterization of 1152 lesions excised over 10 years using total-body photography and digital dermatoscopy in the surveillance of patients at high risk for melanoma. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2012;67(5):836-845. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2012.01.028>
17. Сергеев Ю.Ю., Сергеев В.Ю. *Возможна ли удаленная диагностика новообразований кожи? Сборник тезисов X Международного форума дерматовенерологов и косметологов «Перспективы дерматовенерологии и косметологии XXI века — приоритет эффективности и персонализированной медицины»*. 2017;120 (тезисы). Sergeev YuYu, Sergeev VYu. *Vozmozhna li udalennaja diagnostika novoobrazovaniy kozhi? Sbornik tezisov X Mezhdunarodnogo foruma dermatovenerologov i kosmetologov «Perspektivy dermatovenerologii i kosmetologii XXI veka — prioritett jeffektivnosti i personalizirovannoj mediciny»*. 2017;120. (In Russ.).
18. Сергеев Ю.Ю., Сергеев В.Ю. *Опыт удаленной оценки дерматоскопических изображений*. Санкт-Петербургские дерматологические чтения: сборник тезисов XI Научно-практической конференции дерматовенерологов и косметологов. Под ред. Самцова А.В., Соколовского Е.В., Разнатовского К.И. СПб. 2017;89-91. Sergeev YuYu, Sergeev VYu. *Opyt udalennoj ocenki dermatoskopicheskikh izobrazhenij*. Sankt-Peterburgskie dermatologicheskie chteniya: sbornik tezisov XI Nauchno-prakticheskoy konferencii dermatovenerologov i kosmetologov. Pod red. Samcova AV, Sokolovskogo EV, Raznatovskogo KI. SPb. 2017;89-91. (In Russ.).
19. Tan MAL, Ackerman AB. Criteria for histopathologic diagnosis of melanoma, 1947—2000: a critique in historical perspective. *Dermatopathology: Practical and Conceptual*, 2001;7:39-53.
20. Dewan M, Ackerman AB. What is your diagnosis of these melanocytic neoplasms? *Dermatopathology: Practical and Conceptual*. 1999;5:328-335.
21. Elmore JG, Barnhill RL, Elder DE, Longton GM, Pepe MS, Reisch LM, Carney PA, Titus LJ, Nelson HD, Onega T, Tosteson ANA, Weinstock MA, Knezevich SR, Piepkorn MW. Pathologists' diagnosis of invasive melanoma and melanocytic proliferations: observer accuracy and reproducibility study. *BMJ*. 2017;357:j2813. <https://doi.org/10.1136/bmj.j2813>



**БИЛЕТЫ:**  
**WWW.INTERCHARM.RU**

 /INTERCHARM

ОРИГАНИЗАТОР:

 Reed Exhibitions®

- Средства по уходу за кожей
- Аппаратная косметология
- Инъекции, пилинги
- Лазерная косметология
- Мезотерапия
- Средства и расходники для депиляции
- Косметология, косметика анти-эйдж
- Лечебная косметика, парафармацевтика
- Расходные материалы
- Профессиональная одежда
- Оборудование и мебель для салонов красоты