

# Дерматоскопическая диагностика врожденных меланоцитарных невусов

М.В.Жучков<sup>1,2</sup>, С.А.Косорукова<sup>2</sup>, С.А.Родионова<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ГБУ РО «Областной клинический кожно-венерологический диспансер». 390046, Россия, Рязань, ул. Спортивная, д. 9;

<sup>2</sup>ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П.Павлова» Минздрава России. 390026, Россия, Рязань, ул. Высоковольная, д. 9

В статье обсуждаются современные аспекты терминологии, этиопатогенеза, клинической, а главное – дерматоскопической диагностики врожденных невоклоклеточных невусов. В статье приводятся обзорные данные периодической литературы и личные наблюдения автора относительно характера дерматоскопической картины разных клинико-гистопатологических вариантов врожденных невусов.

**Ключевые слова:** дерматоскопия, врожденные невусы, модифицированный анализ паттерна Киттлера.

✉misha.juchkov@gmail.com

**Для цитирования:** Жучков М.В., Косорукова С.А., Родионова С.А. Дерматоскопическая диагностика врожденных меланоцитарных невусов. Consilium Medicum. Дерматология (Прил.). 2017; 1: 23–28.

## Dermatoscopy diagnosis of congenital melanocytic nevi

M.V.Zhuchkov<sup>1,2</sup>, S.A.Kosorukova<sup>2</sup>, S.A.Rodionova<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ryazan State Regional Dermato-Venerological Clinic. 390046, Russian Federation, Ryazan, ul. Sportivnaia, d. 9;

<sup>2</sup>I.P.Pavlov Ryazan State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation. 390026, Russian Federation, Ryazan, ul. Vysokovol'naiia, d. 9

The article discusses modern aspects of terminology, etiology and pathogenesis, clinical, and most importantly – dermatoscopy diagnosis of congenital nevi. The article presents the survey data periodical literature and the author's personal observations about the nature of dermatoscopy pictures of different clinical and histopathological variants of congenital nevi.

**Key words:** dermatoscopy, congenital nevi, the modified analysis pattern Kittler.

✉misha.juchkov@gmail.com

**For citation:** Zhuchkov M.V., Kosorukova S.A., Rodionova S.A. Dermatoscopy diagnosis of congenital melanocytic nevi. Consilium Medicum. Dermatology (Suppl.). 2017; 1: 23–28.

Несмотря на свою нозологическую самостоятельность, врожденные меланоцитарные невусы в современной дерматоонкологии являются одним из тех новообразований кожи, дать четкое определение которым в настоящее время очень трудно. Несмотря на свою клиническую очевидность, при больших размерах и специфическом анамнестическом времени появления на кожном покрове отсутствие патогномичных гистопатологических признаков и значительная распространенность «малых» клинических форм таких невусов делают проблему дифференциальной диагностики врожденных невоклоклеточных невусов весьма актуальной.



Одной из первых опубликованных работ по дерматоскопической диагностике врожденных невусов было пилотное исследование профессора **Ральфа Брауна**. В данном исследовании были весьма подробно описаны основные дерматоскопические признаки разных вариантов врожденных невоклоклеточных невусов [1]. В последующем большинство опубликованных работ дополняли информационные пробелы в разных аспектах изучения данной проблемы [2]. Большинство этих работ описывало дерматоскопические признаки врожденных невусов, опираясь на язык метафор. После опубликования в июне 2016 г. результатов III Консенсусной конференции IDS по стандартизации дерматоскопической терминологии описательный и метафорический языки дерматоскопии были фактически признаны взаимозаменяемыми [3]. Подтверждением этому стало издание словаря дерматоскопических терминов, «переводящего на описательный язык» наиболее распространенные метафорические термины. Для потребностей настоящей статьи и описания наиболее распространенных дерматоскопических стереотипов врожденных меланоцитарных невусов в дальнейшем мы будем ис-

пользовать только описательный язык дерматоскопии, разработанный выдающимся венским дерматологом Гарольдом Киттлером.

Описательный язык дерматоскопии подразумевает использование при интерпретации увиденных дерматоскопических изображений простых неметафорических легко интерпретируемых даже начинающими дерматоскопистами терминов. В описательном языке Киттлера используется 6 таких терминов: «точка», «линия», «круг», «псевдоподия», «комок» и «бесструктурная зона». Под линией описательный язык Киттлера подразумевает не прерывающийся на определенном расстоянии двумерный объект, имеющий одно направление, в котором длина намного больше его ширины. Точкой называют двумерный объект без какой либо формы, крайне маленьких размеров, не позволяющих судить (с помощью стандартного дерматоскопа) о какой-либо другой его форме, кроме как о круглой. Кругом в дерматоскопической картине новообразования называют изогнутую в кольцо или полукольцо линию, имеющую примерно равное удаление от центра этого круга. Псевдоподия – это единственный из 5 элементов описательного языка Киттлера, который пришел из метафорического языка дерматоскопии и остался без изменений. Псевдоподия – это линия с одним «колбовидным» окончанием. Термин «комок» (в английской транскрипции – clod) был предложен редактором русскоязычной версии перевода соответствующего издания Гарольда Киттлера [3] – выдающимся специалистом-дерматоонкологом, преподавателем Квинслендского университета (Австралия) Агатой Булиньска. Не вдаваясь в лингвистические нюансы перевода, спешим заметить, что термин «комок», хоть и непривычен большинству российских специалистов в области дерматоскопии, но является, по мнению авторов настоящей статьи, наиболее точным.

Каждый из перечисленных элементов модифицированного анализа паттерна составляет свой паттерн: пат-

терн линий, паттерн комков и др. Небольшое количество повторений одного из элементов, недостаточное для формирования паттерна, может сделать обнаруженный элемент признаком. Шестым элементом описательного языка Киттлера является так называемая бесструктурная зона. Это зона, основной характеристикой которой является отсутствие какого-либо из перечисленных ранее дерматоскопических элементов или недостаточное их количество в обсуждаемой области, чтобы сформировать свой специфический паттерн.

К сожалению, дерматоскопия, как и любой метод диагностики, имеет свои диагностические ограничения. Одним из них является отсутствие на данном этапе развития метода возможности корректно различать поверхность врожденный невус Аккермана и поверхностный и глубокий невус Зителли. Безусловно, как правильно замечает профессор Киттлер, это не значит, что «зона биологических совпадений» между этими видами опухолей кожи существует, скорее, это указывает на ограниченность наших знаний о дерматоскопической диагностике врожденных невусов сегодня.

Безусловно, абсолютное большинство врожденных невусов, особенно имеющих хотя бы один из диаметров более 1 см, любой опытный дерматолог может диагностировать клинически. В таких ситуациях дерматоскопия носит вспомогательный характер. Но это заключение справедливо лишь отчасти, так как до настоящего времени в клинической практике можно видеть диагностические ошибки, связанные с дифференциальной диагностикой «малых» врожденных невусов. Именно для этих целей практикующему врачу и необходимо знать наиболее характерные дерматоскопические особенности врожденных невусов, позволяющие ему в сложных диагностических ситуациях принимать верное решение.

Наиболее характерным дерматоскопическим элементом любого клинико-гистологического типа врожденных невусов являются коричневые комки. Последнее в новообразованиях могут как создавать собственный мономорфный паттерн, так и, при небольшом их количестве, становиться признаком врожденного невуса. Преобладание комков над ретикулярными/разветвленными линиями является скорее не диагностическим, а дифференциально-диагностическим признаком врожденных невусов, позволяющим отличить их от невусов Кларка, в которых наблюдается обратное соотношение [4].

Во врожденных невусах выделяют несколько типов паттернов, два из них являются наиболее распространенными. Во-первых, это паттерн комков (коричневых); рис. 1, 2. Иногда они настолько плотно и конгруэнтно прилегают друг к другу, что отдаленно напоминают брусчатку, за что такой паттерн на метафорическом языке получил название «булыжной мостовой» (см. рис. 2). Вторым наиболее распространенным стереотипом расположения дерматоскопических структур во врожденном невусе является наличие коричневых (как правило, светло-коричневых) комков и ретикулярных/разветвленных линий. Причем в большинстве случаев комки расположены в центре новообразования, а ретикулярные линии – по периферии, таким образом, наличие двух сосуществующих паттернов в опухоли сохраняет симметрию распределения дерматоскопических структур (рис. 3, 4). На рис. 4 в центре опухоли определяются структуры, определяемые как комки коричневого и темно-коричневого цвета. Последних недостаточно, чтобы стать третьим «самостоятельным» паттерном, но при этом они располагаются в центре новообразования, не делая его несим-

метричным. По периферии представленного изображения определяются тонкие коричневые ретикулярные линии и немногочисленные круги (не очень специфичные, но и не исключающие врожденный невус дерматоскопические структуры). Все остальные паттерны встречаются при врожденных невусах со значительно меньшей частотой:

- паттерн, предусматривающий наличие коричневых ретикулярных линий или комков по периферии и центрально расположенной бесструктурной зоне (чаще телесного цвета, в отличие от представленных изображений); рис. 5, 6. Так, на рис. 6 представлены центральная темно-коричневая бесструктурная область и периферические коричневые комки;
- симметричный паттерн ретикулярных (коричневых) линий, комков и бесструктурной зоны. Симметрия в таких случаях достигается только в случае «мишеневидного» расположения трех указанных паттернов, причем, как правило, именно в такой последовательности, от периферии к центру опухоли;
- паттерн, состоящий только (или почти только) из ретикулярных/разветвленных линий (рис. 7, 8);
- мономорфный бесструктурный паттерн (рис. 9, 10).

Последние два стереотипа расположения дерматоскопических структур в опухоли встречаются нечасто и, по нашим наблюдениям, их частота находится в прямой корреляционной зависимости от максимального диаметра опухоли.

Основополагающими дерматоскопическими признаками, позволяющими предположить у пациента врожденный невоклеточный невус, являются:

1. Гипопигментация центрально расположенных дерматоскопических структур. Как правило, в данном случае речь идет о гипопигментации любых паттерно-составляющих дерматоскопических структур, расположенных в центральной области новообразования (симметрично). Чаще всего такими структурами являются либо комки (чаще), либо ретикулярные/разветвленные линии. Центральная гипопигментация является слабоспецифическим диагностическим, но весьма специфическим и чувствительным дифференциально-диагностическим признаком, позволяющим отличить врожденные невоклеточные невусы Аккермана и Зителли от невуса Уоллеса Кларка (рис. 11, 12).

2. Наличие терминальных волос, растущих из невуса. Данный признак, безусловно, не является дерматоскопическим, а может быть определен при простом визуальном осмотре опухоли, но, учитывая его большое диагностическое значение, мы позволили себе указать его в перечне признаков. Терминальные волосы – весьма специфичный и чувствительный признак врожденного невуса, что подтверждает большое количество исследовательских работ. Наличие хотя бы одного не вилюсного (терминального) волоса даже до проведения дерматоскопии значительно сужает круг дифференциального диагноза у конкретного пациента (рис. 13, 14).

3. Оранжевые точки и/или комки. Относительно чувствительный, но неспецифичный признак врожденного невоклеточного новообразования. Оранжевый цвет этим структурам во врожденном невусе придают кератин и, крайне редко, серозные корусти на поверхности элемента (рис. 15, 16).

4. Белье точки (комки). Абсолютно неспецифический, но заслуживающий внимания признак врожденных невусов. Патогистологической структурой, наиболее часто соответствующей белым точкам, выявляемым при дерматоскопии, являются ретенционные кисты: в случае акральных пальмарно-плантарных опухолей – ретенционные кисты потовых желез, а в случае



Рис. 1



Рис. 5

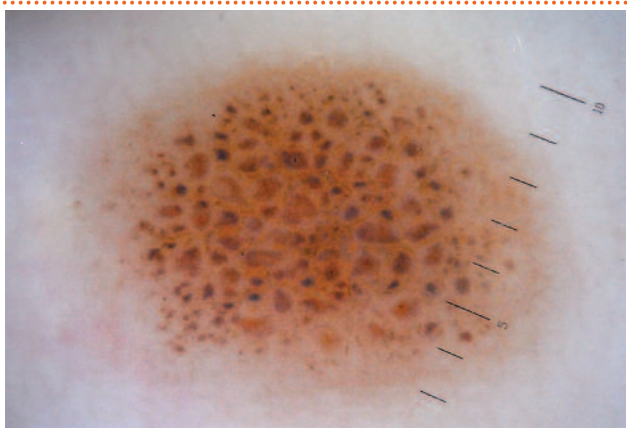


Рис. 2

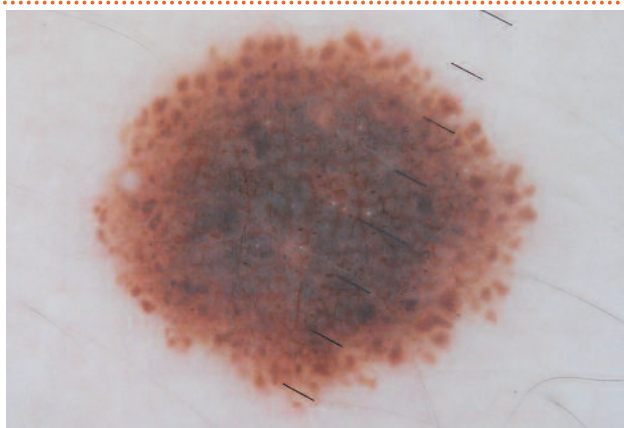


Рис. 6



Рис. 3



Рис. 7

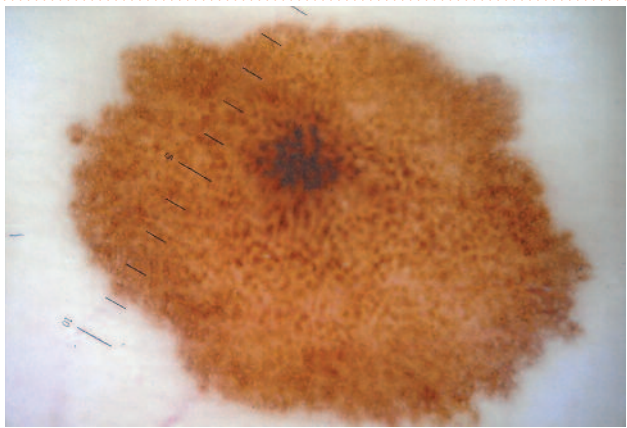


Рис. 4

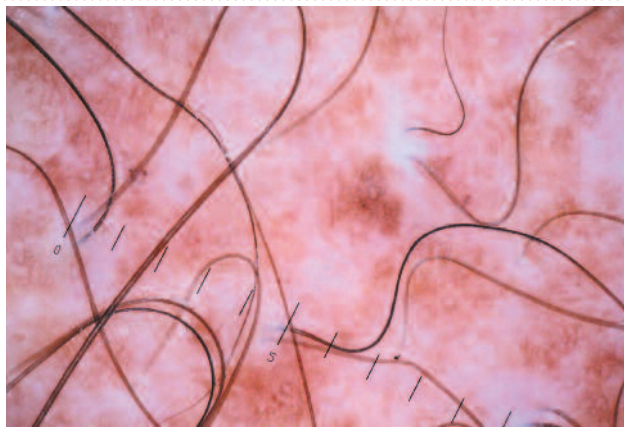


Рис. 8



Рис. 9

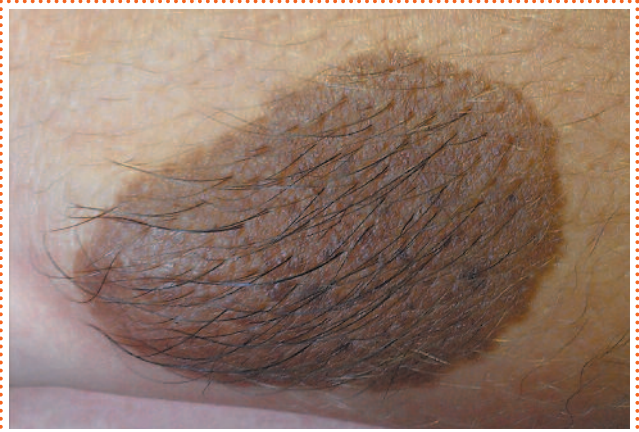


Рис. 13

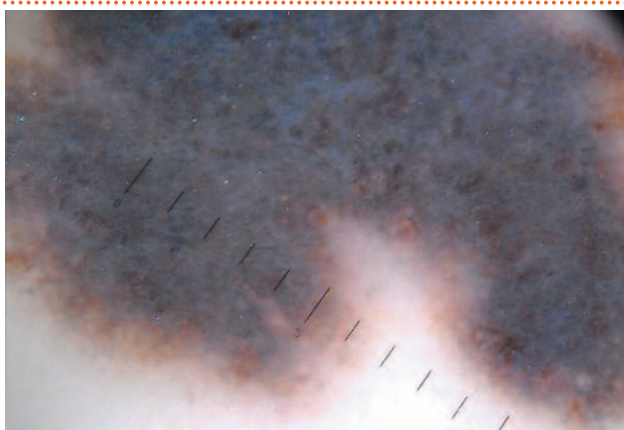


Рис. 10

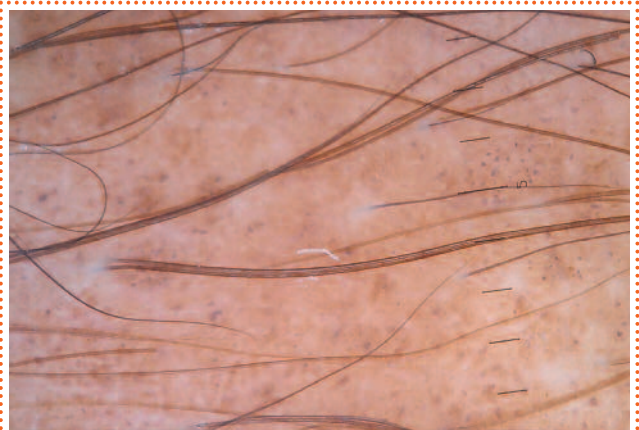


Рис. 14



Рис. 11



Рис. 15

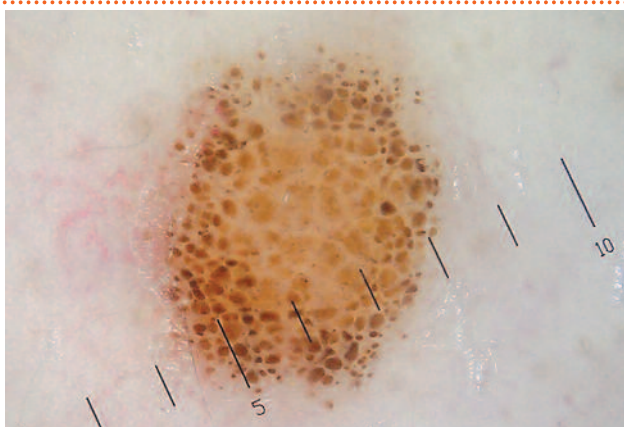


Рис. 12

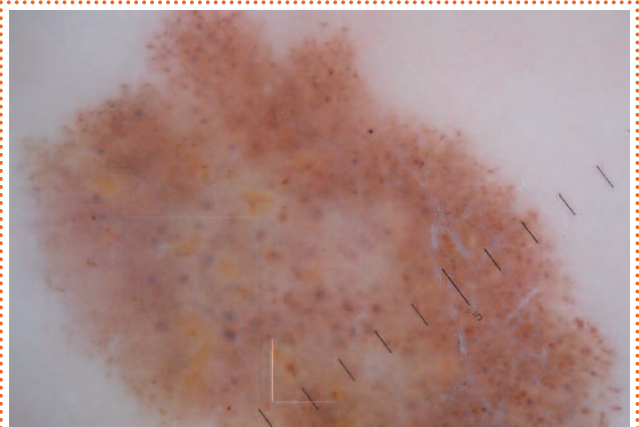


Рис. 16



Рис. 17



Рис. 21

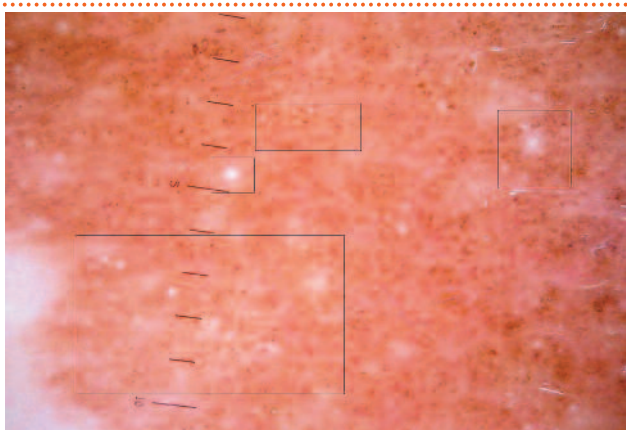


Рис. 18

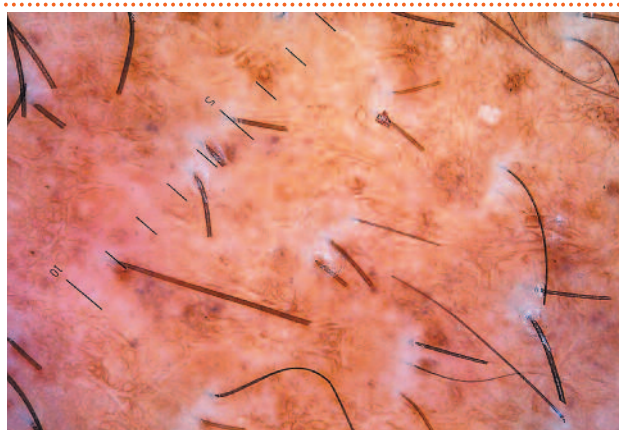


Рис. 22



Рис. 19



Рис. 23

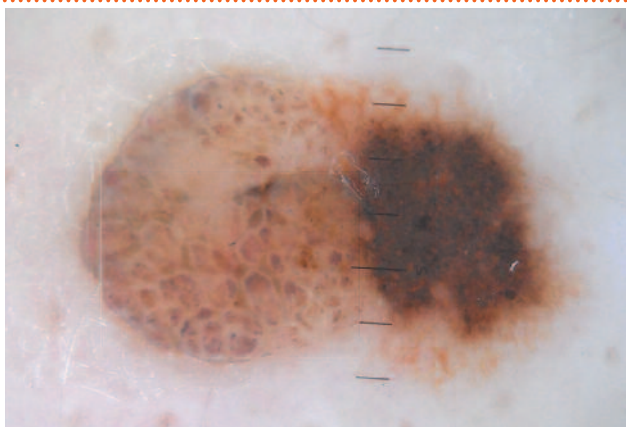


Рис. 20

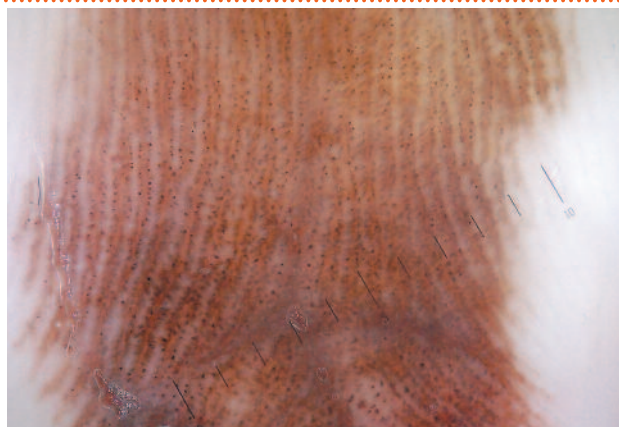


Рис. 24

экзофитных образований на коже вне ладоней и подошв – ретенционные кисты сальных желез. Бесспорно, белые точки (комки) являются более характерным дерматоскопическим признаком себорейных кератом, но их наличие в экзофитных врожденных невусах не является редкостью (рис. 17, 18). В отличие от себорейных кератом, во врожденных невусах белые точки/комки почти никогда не достигают такого количества, чтобы стать паттерном, а всегда остаются неспецифическим признаком этой опухоли кожи.

5. Большие центрально расположенные многоугольные комки светло коричневого цвета или цвета кожи. В случае обнаружения большого количества таких дерматоскопических структур они могут смело называться паттерном, но при наличии единичных коричневых/телесных многоугольных комков они на языке модифицированного анализа паттерна Киттлера становятся признаком, который чаще обозначается как «бульжаная мостовая» (рис. 19, 20).

6. Сосуды в виде точек, расположенные в гипопигментированном пространстве вокруг ретикулярных линий, – нечастая находка во врожденных невусах. Пато-

гистологическим субстратом этого дерматоскопического феномена становятся визуально определяемые сосуды акантоотически измененных сосочков дермы.

7. Изогнутые линии во врожденных невусах могут быть не только признаком, но и составлять паттерн, если занимают большую площадь дерматоскопического изображения (рис. 21, 22).

8. Последним важным признаком поверхностных, а также поверхностных и глубоких врожденных невусов, располагающихся в акральных участках кожи, является распределение точек/комков коричневого/черного цвета вдоль борозд и гребешков (рис. 23, 24).

В заключение хотелось бы отметить: несмотря на то, что часто дерматоскопическая картина не является решающим методом, в диагностике невусов Аккермана и Зителли, особенно в случаях имеющих четких анамнестических указаний на длительность существования опухоли или при наличии значительных размеров образования, знание особенностей дерматоскопических критериев диагностики врожденных невусов полезно для качественной дифференциальной диагностики «малых» форм этого вида новообразований кожи.

#### Литература/References

1. Braun RP, Calza AM, Krischer J, Saurat JH. The use of digital dermoscopy for the follow-up of congenital nevi: a pilot study. *Pediatr Dermatol* 2001; 18 (4): 277–81.
2. Lodha R, McDonald WS, Elgart GW, Thaller S. Dermoscopy for congenital melanocytic nevi. *J Craniofac Surg* 2003; 14 (5): 661–5.
3. Kittler H et al. Standardization of terminology in dermoscopy/dermatoscopy: Results of the third consensus conference of the International Society of Dermoscopy. *J Am Acad Dermatol*. 2016; 74 (6): 1093–106.
4. Kiyohara T et al. Congenital melanocytic naevus with atypical pigment network on dermoscopy. *Acta Derm Venereol* 2009; 89 (1): 88–9.

#### СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

**Жучков Михаил Валерьевич** – зам. глав. врача по организационно-методической работе ГБУ РО ОККВД, ассистент каф. сестринского дела ФГБОУ ВО РязГМУ. E-mail: misha.juchkov@gmail.com  
**Косорукова Светлана Александровна** – канд. мед. наук, ассистент каф. дерматовенерологии ФГБОУ ВО РязГМУ  
**Родионова Славяна Александровна** – врач-дерматовенеролог ГБУ РО ОККВД