

*И. Н. Украинская, М. А. Овчарова, В. А. Сазонова,
студентки Одесского медицинского института
Международного гуманитарного университета,
г. Одесса, Украина*

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДЕРМАТОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ ПИГМЕНТНЫХ НАРУШЕНИЙ КОЖИ

В настоящее время отмечается неуклонный рост заболеваемости злокачественными опухолями, в том числе, связанные с пигментными нарушениями кожи. Наиболее опасным из таких нарушений пигментации является развитие меланомы [1, с. 6–10]. Не смотря на то, что среди всех первичных злокачественных опухолей кожи меланома встречается лишь в 3–5 % случаев, она остается главной причиной смерти больных в онкодерматологии и отличается крайне агрессивным течением. В последние годы ведется активный поиск новых эффективных неинвазивных методов ранней диагностики меланомы, к которым относятся: эпилюминесцентная дерматоскопия, инфракрасная спектроскопия, оптическая когерентная томография, флуоресцентная дерматоскопия, высокочастотное ультразвуковое исследование кожи. Методика дерматоскопии широко внедряется в практическое здравоохранение стран Евросоюза (Австрия, Германия, Италия), США, Австралии [2, с. 1159–1162; 3, с. 1029–1038; 4, с. 130–151; 5, с. 136–145].

Согласно данным национального канцерреестра Украины заболеваемость меланомой в нашей стране за последние 3 года неуклонно растет, а в юго-восточном регионе этот показатель значительно выше общенационального. Раннее выявление меланомы позволяет достигнуть наилучших результатов радикального лечения.

Широкое внедрение дерматоскопии в практику дерматологов и онкодерматологов в последнее десятилетие привело к значительному повышению эффективности клинической диагностики. Поэтому, в современных специализированных европейских клиниках метод дерматоскопии является «золотым стандартом» обследования.

История метода дерматоскопии (поверхностной микроскопии кожи) берет свое начало в 1663 г., когда Johan Christophorus Kolhaus впервые исследовал с помощью микроскопа кровеносные сосуды ногтевого ложа. В 1879 г. Hueter использовал эту же идею для детального изучения кровеносных капилляров нижней губы.

Изучая оптические свойства кожи, P. Unna в 1893 г. установил, что верхние слои эпидермиса препятствуют проникновению света в дерму. Для увеличения проникновения света и получения изображения глубоких слоев кожи было предложено использование водорастворимого масла.

Первые модели монокулярных и бинокулярных микроскопов для капилляроскопии кожи были созданы в начале XIX века. Например, бинокулярные микродерматоскопы, созданные на основе разработанных Greenough в 1892 г. приборов, состояли из двух отдельных окуляров и объективов, расположенных под углом 140°. С помощью этого аппарата можно было осмотреть поверхность кожи с 10–160-кратным увеличением.

Впервые термин «дерматоскопия» применил Saphier в 1920 г. Изучая кровеносные капилляры кожи в патологических очагах у больных туберкулезом и сифилисом, он дал подробное описание микроскопии кожи. Свой научно-практический опыт по дерматоскопии, накопленный в клиниках Вены и Мюнхена, Saphier в 1920–1921 гг. представил в трех статьях, где описал бинокулярный микродерматоскоп со слабым боковым источником освещения. Изучая доброкачественные и злокачественные меланоцитарные новообразования кожи, он так же впервые применил термин «глобулы» в описании структуры меланоцитарных невусов, который введен в современные классификации. Были также изучены особенности формирования окраски кожных покровов с точки зрения морфологии. Так, по данным Unna, цвет кожи определяют 2 компонента: цветовая гамма эпидермиса и скопления пигмента в области акантотических тяжей.

В США дерматоскопия была впервые проведена J. Michael в 1922 г. В дальнейшем, усовершенствование данной методики продолжил Goldman, который в 1950 г. описал использование метода поверхностной микроскопии кожи при дерматозах и опухолях кожи. Goldman разработал

и применил для исследования меланоцитарных невусов и меланомы несколько приборов собственного производства.

Термин «прижизненная (in vivo) гистология кожи» был введен в 1952 г. F. Ehring (Германия). Gilje et al., продолжая разработки в области поверхностной микроскопии кожи, в 1958 г. определили ее роль и возможности при воспалительных заболеваниях.

В 1970 г. J. Schumann, а затем, в 1971 г. R. MacKie впервые четко определили высокую эффективность поверхностной микроскопии кожи при диагностике пигментных новообразований кожи, особенно в случае необходимости дифференциальной диагностики доброкачественных и злокачественных опухолей.

На сегодня с целью диагностики меланоцитарных образований кожи в нашей стране используется высокоинформативная эпилюминесцентная компьютерная дерматоскопия – ЭКД [6, с. 59–61], при проведении которой используется эпилюминесцентный видеодерматоскоп DermDOC (20–100 увеличение), с компьютерным программным обеспечением группы MoleMax (Австрия). При этом электронный протокол ЭКД формируется на основании цифрового анализа данных (макро- и эпилюминесцентная микроскопия структур новообразования) по Международной шкале ABCD score в автоматическом режиме. Доброкачественное новообразование кожи (НОК) – 1,0-4,75; подозрительное НОК – 4,8-5,45; злокачественное НОК – > 5,45 балла.

Оценка 31 дерматоскопического критерия, применяемая в данном высокотехнологическом оборудовании, позволяет проводить диагностику меланомы с чувствительностью 80-100 % и специфичностью 60–97,8 %.

Визит пациента в клинику для проведения дерматоскопии ставит перед специалистом определенную цель:

- установить тип НОК;
- выявить характерные клинические признаки НОК, требующего неотложного вмешательства (исключить меланому);
- определить надлежащую тактику ведения пациента с НОК.

При оценке результатов дерматоскопии специалист должен придерживаться определенных приоритетов:

- наблюдение;
- удаление образования;
- биопсия образования;
- удаление образования с гистологическим контролем.

Важно отметить, что начальным этапом дерматоскопического обследования является диагностический скрининг, где важную роль играют клинические и анамнестические данные.

1. Клиническая оценка НОК:

- длительность существования НОК;
- наличие изменений цвета образования, размера, контуров;
- наличие клинических симптомов (боль, зуд, кровотечение и др.).

2. Общая оценка риска меланомы кожи (для выявления групп риска меланомы):

- I – II тип кожи по Фитцпатрику;
- семейный диспластический невус-синдром;
- множественные меланоцитарные невусы (50 и более образований);
- врожденный невус;
- меланома в личном или семейном анамнезе;
- частое посещение солярия и проведение ПУВА-терапии;
- наличие иммуносупрессии.

Дерматоскопия состоит из двух последовательных шагов, первый из которых дает ответ на вопрос, является НОК меланоцитарным, или нет? При этом существуют определенные дерматоскопические признаки (паттерны) для различных меланоцитарных и немеланоцитарных НОК.

Таким образом, актуальным является применение метода дерматоскопии, как нового диагностического направления, что позволяет значительно улучшить диагностику новообразований и качество хирургического их лечения на коже.

ЛИТЕРАТУРА

1. Комплексный метод ранней диагностики меланомы кожи / Д. В. Соколов, Г. Н. Ворожцов, А. Н. Махсон, С. Г. Кузьмин // Российский онкологический журнал. – 2008. – № 4. – С. 6–10.
2. Terminology in surface microscopy / F. A. Bahmer, P. Fritsch, J. Kreuzsch [et al.] // J. Am. Acad. Dermatol. – 1990. – V. 23. – P. 1159–1162.
3. Digital image analysis for diagnosis of cutaneous melanoma. Development of a highly effective computer algorithm based on analysis of 837 melanocytic lesions / A. Blum, H. Luedtke, U. Ellwanger [et al.] // Br. J. Dermatol. – 2004. – V. 151, № 5. – P.1029–1038.
4. Friedman R. Early detection of malignant melanoma: role of physician examination and self-examination of the skin / R. Friedman, D. Rigel, A. Kopf // CA Cancer J. of Clinicians. – 1985. – V. 35. – P. 130–151.
5. Gilje O. Capillary microscopic examination in skin disease / O. Gilje, P. A. O'Leary, E. Y. Baldes // Arch. Dermatol. – 1958. – V. 68. – P. 136–145.
6. Бочаров В. А. Эпилюминесцентная компьютерная дерматоскопия в диагностике пигментных образований кожи / В. А. Бочаров, Г. И. Макурина, Д. В. Чешенко // Актуальні питання фармацевтичної і медичної науки. – 2010. – Випуск XXIII, № 2. – С. 59–61.