Диагностическая дерматоскопия

ИЛЛЮСТРИРОВАННОЕ РУКОВОДСТВО

Diagnostic Dermoscopy

THE ILLUSTRATED GUIDE

SECOND EDITION

Jonathan Bowling MBChB FRCP
Consultant Dermatologist
Oxford, UK

CONSULTANT EDITORS

John Paoli PhD
Professor, Department of Dermatology and Venereology, Institute of Clinical Sciences, Sahlgrenska Academy, University of Gothenburg; and
Consultant Dermatologist,
Sahlgrenska University Hospital, Gothenburg, Sweden

Alex Chamberlain MBBS (Hons) FACD
Adjunct Senior Lecturer, Central Clinical School, Monash University; and
Specialist Dermatologist,
Victorian Melanoma Service, Alfred Health,
Prahran, Victoria, Australia

WILEY Blackwell

Диагностическая дерматоскопия

ИЛЛЮСТРИРОВАННОЕ РУКОВОДСТВО

Второе издание

Джонатан Боулинг

Редакторы-консультанты

Джон Паоли

Алекс Чемберлен

Перевод с английского

ИЗДАТЕЛЬСТВО ПАНФИЛОВА

Москва, 2025

УДК 616.5-073(084.4)
ББК 53.43
Б86

Боулинг Джонатан

Б86 Диагностическая дерматоскопия. Иллюстрированное руководство / Пер. с англ. – М.: Издательство Панфилова; 2025. – 336 с.: ил.

ISBN 978-5-91839-126-6.

Книга ведущего английского специалиста представляет собой уникальное практическое руководство по всем аспектам дерматоскопии. Материал второго издания включает дерматоскопическую диагностику меланомы, невусов, немеланоцитарных образований, базальноклеточного рака, сосудистых образований, образований кожи лица и волосистой части кожи головы, а также онихоскопию, трихоскопию, инфламмоскопию и энтомодерматоскопию. Авторы подчеркивают разнообразие дерматоскопических признаков меланомы и богато проиллюстрировали ее наиболее типичные морфологические варианты. В руководство включено более 1300 иллюстраций.

Книга предназначена для дерматологов и врачей общей практики.

УДК 616.5-073(084.4)
ББК 53.43

Предупреждение

Практики и исследователи всегда должны полагаться на свои собственные знания и опыт при оценке и использовании любой информации, методов и результатов, описанных в этой книге. Из-за быстрых изменений в медицинской практике и науке необходима независимая проверка диагнозов и дозировок лекарственных средств. В рамках, определенных действующими законами, авторы, редакторы или распространители не несут ответственности за любые повреждения и/или ущерб, нанесенный людям или собственности в результате небрежности или иных обстоятельств, или из-за применения или действия любых идей, инструкций, процедур или продуктов, описанных в этой книге.

Каждый раздел данной книги защищен авторскими правами. Любое ее использование вне положений закона об авторском праве при отсутствии письменного согласия издательства недопустимо и наказуемо. Ни одна из частей данной книги не может быть воспроизведена в какой-либо форме без письменного разрешения издательства.

All Rights Reserved. This translation published under license with the original publisher John Wiley & Sons, Inc.
Original title: «Diagnostic Dermoscopy - The Illustrated Guide, 2e by Jonathan Bowling», 2022. ISBN 9781118930489.

© 2025, ООО «Издательство Панфилова».

Перевод на русский язык, подготовка оригинал-макета, верстка, оформление.

ISBN 978-5-91839-126-6

Предисловие ко второму изданию

Со времени первого издания этого учебника, вышедшего 10 лет назад, дерматоскопия, как любая наука, неуклонно развивалась. Хотя принципы и технология в целом остаются прежними, используемый терминологический язык претерпел некоторые изменения, связанные с расширением внедрения дерматоскопии в клиническую практику, выходящую за рамки диагностики образований кожи.

В настоящее время наметилась тенденция к описанию дермоскопических структур на языке или в терминах, легко переводимых на любой язык мира. Это означает, что в будущем в дерматоскопии и соответственно в этом руководстве будет меньше «ксантоматозных облаков» и сосудов, напоминающих «цветущую вишню» и больше точек, глобул, вкраплений, кругов и линий.

Воспроизводимость языка, несомненно, является преимуществом для обучения и образования, поскольку минимизирует неопределенность и вероятность недопонимания. Кроме того, этот формализованный язык подходит для применения в теледерматоскопии и нейросетях.

В этой связи, где это было возможно в этом руководстве разработана новая терминология, адаптированная к новым стандартам дерматоскопического языка. Однако в некоторых случаях и примерах сохраняются исторические описания; это сделано намеренно для того, чтобы придать больше красок диагностической описательной палитре, надеюсь, не вызывая путаницы.

Обучение — сложный процесс, на который влияет множество факторов и то, как мы учимся, зависит от конкретного человека. Исторически сложившаяся медицинская «мантра» — «один раз увидеть, сделать и запомнить» повторялась поколениями, особенно при освоении навыков, основанных на процедурах. Однако это правило не имеет отношения к диагностике, поскольку вам, очевидно, потребуется увидеть более двух меланом, прежде чем стать компетентным в диагностике меланомы. Более того, для улучшения клинической диагностики мы полагаемся на опыт, основанный на неоднократном клиническом наблюдении, клиническом обучении, а также на изучении медицинских данных из различных источников.

В этом издании мы стремились преподнести больше знаний о раке кожи и особенно о меланоме, подчеркивая разнообразие ее проявлений. Но вместо того, чтобы приписывать диагнозу меланомы изменчивость, непредсказуемость и случайность, мы проиллюстрировали ее различные воспроизводимые морфологические признаки. Можно сказать, что эти повторяющиеся структурные образы создают морфологическую карту меланомы. Кроме того, иллюстрируя каждый признак множеством примеров, мы стремились повлиять на восприятие материала и тем самым повысить уверенность читателей в себе и их диагностических способностях.

Основная цель этой книги — помочь разобраться в проявлениях этого наиболее опасного клинического состояния, поскольку ранняя диагностика служит наиболее важным фактором, влияющим на выживаемость при меланоме.

Эти изменения были бы невозможны без ценного вклада моих соредакторов Алекса Чемберлена и Джона Паоли. Оба они известны во всем мире своим энтузиазмом в области дерматоскопического образования и опытом работы в дерматологии. В ходе этого проекта я почерпнул у этих увлеченных диагностов множество мудрых мыслей. Алекс обладает природным талантом к редактированию, а в сочетании с многоязычным подходом Джона к литературе по дерматоскопии в результате получился всеобъемлющий, целенаправленный и обширный текст. Их опыт в дерматоскопии обогатил эту книгу экспертными советами, точными ссылками и стандартизацией терминологии.

Наш дерматологический триумвират потратил много месяцев на создание и редактирование материала, а также на то, чтобы изложить суть диагноза в сжатом и удобочитаемом виде. Мы надеемся, что вы согласитесь с тем, что это издание станет ценным дополнением к вашей клинической практике.

Jonathan Bowling

Было очень лестно присоединиться к моим коллегам Джону Паоли и Джонатану Боулингу для совместного редактирования Второго издания книги «Диагностическая дерматоскопия: иллюстрированное руководство». Мне повезло, что я начал свой путь в дерматологии как раз тогда, когда дерматоскопия только зарождалась как новая дисциплина, отсюда мое увлечение и интерес к ней. Этот текст объединил более чем 60-летний коллективный опыт дерматоскопических исследований, и расстояние между нашими родными городами, расположенными на противоположных полюсах мира, ни на йоту не повлияло на процесс сотрудничества. Я многим обязан наставникам как в Австралии, так и за рубежом, а также мировым экспертам, с которыми мне посчастливилось общаться на встречах и конгрессах. Нет никаких сомнений, что дерматоскопия полностью изменила наш подход к диагностике кожных болезней, и благодаря согласованным исследовательским усилиям многих ученых эта область продолжала развиваться именно тогда, когда вы думали, что все уже описано! Я бы настоятельно посоветовал тем, кто только начинает свой путь, продолжать свое профессиональное развитие с помощью чтения, размышлений и ревизии знаний, поскольку в действительности мы никогда не перестаем учиться.

Первое издание этой книги было очень удобным для чтения, изображения в ней — превосходными, а описания к ним — нетривиальными. Я с удовольствием рекомендовал его своим слушателям и даже включил в список обязательной литературы для Австралазийского колледжа дерматологов. Моя недолгая работа с Джонатаном в Оксфорде в 2007 году носила очень плодотворный характер, и я очень рад, что нам снова представилась возможность для сотрудничества спустя много лет. Этот текст предназначен для всех практикующих врачей, желающих взять в руки дерматоскоп. Со времени первого издания он, естественно, расширился. Надеемся, что это руководство вызовет еще больший энтузиазм у читателей, которые захотят поделиться своим увлечением, обучать и публиковать, продолжая расширять возможности неинвазивной диагностики.

Alex Chamberlain

С тех пор как я начал преподавать дерматоскопию, я рекомендовал своим студентам первое издание книги Джонатана Боулинга «Диагностическая дерматоскопия: иллюстрированное руководство». Сочетание кратких и простых описаний результатов дерматоскопического исследования, обширная подборка случаев и практичная цветовая маркировка для быстрого доступа к интересующей главе делают ее отличным справочным пособием для всех, кто изучает дерматоскопию. Таким образом, для меня было огромной честью получить приглашение поработать редактором-консультантом вместе с Алексом Чемберленом над этим новым изданием, которое вы держите в руках.

Второе издание предлагает еще больше примеров, которыми можно воспользоваться для обучения, придерживаясь выигрышной концепции Джонатана — кратких, но всеобъемлющих упорядоченных текстов. Главы о меланоцитарных образованиях и меланоме существенно расширились. Глава, посвященная меланоме, поделена на четыре отдельные части, а предыдущая глава, посвященная особенностям, связанными с локализацией, теперь разделена на пять, что значительно облегчает чтение и понимание. Кроме того, в раздел общей дерматологии добавлены новые нозологические формы и совершенно новые главы, посвященные сосудистым образованиям, генетическим заболеваниям, энтомодермоскопии и различным клиническим ситуациям. Помимо новых изображений и более практичной классификации глав, мы также увеличили количество ценных клинических советов и справочной информации, которые теперь можно найти внизу почти каждой страницы. Наконец, чтобы избежать путаницы при сравнении нашего руководства с другой актуальной современной литературой по дерматоскопии была максимально модернизирована и стандартизирована дерматоскопическая терминология.

Сотрудничество с Джонатаном и Алексом в работе над этой книгой было для меня настоящей честью и очень полезным опытом. Я получал удовольствие от наших еженедельных встреч в Zoom, переписки по электронной почте и WhatsApp, которые помогли нам преодолеть десятичасовую разницу в часовых поясах и превратили работу над книгой по-настоящему в приятное путешествие. Результатами плодотворной совместной работы и нашей общей страсти к дерматоскопии и преподаванию стали изменения и оптимизация текста. В целом, я уверен, что эта книга понравится вам, ее читателям.

John Paoli

Оглавление

Глава 1 Введение 1

Введение 2
Дерматоскопия и диагностика 3
Принципы дерматоскопии I — освещение 4
Принципы дерматоскопии II — увеличение 5
Пигменты I — эумеланин 6
Пигменты II — неэумеланин 7
Режимы визуализации I — цвета 8
Режимы визуализации II — структуры 9
Дерматоскопия нормальной кожи 10
Дерматоскопия фотоповрежденной кожи 11
Сосудистые структуры 12
Характерные сосудистые рисунки 13
Поляризованная дерматоскопия — блестящие белые структуры 14

Глава 2 Меланоцитарные невусы 15

Ранние невусы — глобулярная структура 16
Приобретенные невусы — ретикулярная структура 17
Приобретенные невусы — гомогенная структура 18
Приобретенные невусы — формирующиеся 19
Приобретенные невусы на светлой коже 20
Приобретенные невусы на коже средних тонов 21
Атипичные меланоцитарные образования 22
Атипичные меланоцитарные образования: клинические случаи 23
Внутридермальный невус — пигментированный 24
Внутридермальный невус — гиперпигментированный 25
Внутридермальный невус на смуглой коже 26
Сложный невус 27
Голубой невус 28
Голубой невус — склеротичный/гипохромный 29
Рецидивирующий невус 30
Галоневус 31
Врожденный невус 32
Множественный невус и пятнистый невус 33
Невус Рида I 34
Невус Рида II 35
Пигментный невус Шпиц 36
Гипопигментированный невус Шпиц I 37
Гипопигментированный невус Шпиц II 38

Глава 3 Меланома

Глава 3.1 Меланома – клинические варианты 39

Малый диаметр 40
Малый диаметр: клинические случаи 41
Геометрические контуры 42
Геометрические контуры: клинические случаи 43
Географические контуры 44
Географические контуры: клинические случаи 45
Полярность пигментации 46
Полярность пигментации: клинические случаи 47
Меланомы, ассоциированные с невусом 48
Меланомы, ассоциированные с невусом клинические случаи 49
Меланомы, ассоциированные с врожденным невусом 50

3.2 Меланома – пигментные варианты 51

Многоцветность 52
Многоцветность: клинические случаи 53

Многокомпонентность 54
Многокомпонентность: клинические случаи 55
Гиперпигментация 56
Гиперпигментация: клинические случаи 57
Беспигментные пятна 58
Беспигментные пятна: клинические случаи 59
Беспигментные папулы 60
Беспигментные папулы: клинические случаи 61
Гипопигментированные пятна 62
Гипопигментированные пятна: клинические случаи 63
Гипопигментированные бляшки цвета загара 64
Гипопигментированные бляшки цвета загара: клинические случаи 65

3.3 Меланома – дерматоскопические признаки 66

Специфичные признаки меланомы 67
Атипичная сеть — очаговая 68
Атипичная сеть — очаговая: клинические случаи 69
Атипичная сеть — многоочаговая 70
Атипичная сеть — многоочаговая: клинические случаи 71
Атипичная «бисерная» сеть 72
Атипичная «бисерная» сеть: клинические случаи 73
Черные точки и глобулы 74
Черные точки и глобулы: клинические случаи 75
Эксцентричный очаг коричневого цвета 76
Эксцентричный очаг коричневого цвета: клинические случаи 77
Эксцентричный очаг черного цвета 78
Эксцентричный очаг черного цвета: клинические случаи 79
Эксцентричный очаг серого цвета 80
Эксцентричный очаг серого цвета: клинические случаи 81
Трехлучевые звезды 82
Трехлучевые звезды: клинические случаи 83
Негативная сеть 84
Негативная сеть: клинические случаи 85
Диффузная регрессия 86
Диффузная регрессия: клинические случаи 87
Очаговая регрессия 88
Очаговая регрессия: клинические случаи 89
Голубовато-белая вуаль 90
Голубовато-белая вуаль: клинические случаи 91
Внутридермальная пигментация 92
Внутридермальная пигментация: клинические случаи 93
Полиморфные сосуды 94
Полиморфные сосуды: клинические случаи 95
Кожные бороздки 96
Кожные бороздки: клинические случаи 97

3.4 Меланома – варианты с наиболее неблагоприятным прогнозом 98

Поздние признаки меланомы 99
Меланома с невыраженными признаками 100
Меланома с невыраженными признаками: клинические случаи 101
Узловая меланома 102
Узловая меланома: клинические случаи 103
Беспигментная узловая меланома 104
Беспигментная узловая меланома: клинические случаи 105
Метастазы меланомы 106
Метастазы меланомы: клинические случаи 107
Редкие виды меланомы 108
Синхронная меланома 109

Глава 4 Немеланоцитарные образования 110

Макрокомедон 111
Солнечное лентиго — «отпечатки пальцев» 112
Солнечное лентиго — гомогенный рисунок 113
Солнечное лентиго — сетчатый рисунок 114
Солнечное лентиго — гиперпигментированное «чернильное пятно» 115
Солнечное лентиго — развивающийся себорейный кератоз 116
Себорейный кератоз — церебриформный рисунок 117
Себорейный кератоз — гомогенный рисунок 118
Себорейный кератоз — кератотические структуры 119
Себорейный кератоз — гиперпигментированный 120
Себорейный кератоз — гипопигментированный 121
Себорейный кератоз — воспалившийся 122
Себорейный кератоз — травмированный 123
Себорейный кератоз — клональный 124
Светлоклеточная акантома 125
Доброкачественный лихеноидный кератоз — воспалительная стадия 126

Доброкачественный лихеноидный кератоз — поствоспалительная стадия 127
Дерматофиброма 128
Дерматофиброма — гипопигментированная 129
Дерматофиброма — гиперпигментированная 130
Дерматофиброма — атипичная 131
Выбухающая дерматофибросаркома 132
Нейрофиброма 133
Порокератоз 134
Порокератоз: клинические случаи 135
Эпидермальный невус 136
Эпидермальный невус: клинические случаи 137
Т-клеточная лимфома кожи 138
Псевдолимфома 139
Эккринная порома 140

Глава 5 Базальноклеточный рак 141

Поверхностная базалиома — розовая 142
Поверхностная базалиома — розовая: клинические случаи 143
Поверхностная базалиома — пигментированная 144
Поверхностная базалиома — пигментированная: клинические случаи 145
Узловой БКР — мелкий узел розового цвета 146
Узловой БКР — мелкий узел розового цвета: клинические случаи 147
Узловой БКР — пигментированный мелкий узел 148
Узловой БКР — пигментированный мелкий узел: клинические случаи 149
Узловой БКР — крупный узел розового цвета 150
Узловой БКР — крупный узел розового цвета: клинические случаи 151
Склеродермоподобный/инфильтративный БКР 152
Склеродермоподобный/инфильтративный БКР: клинические случаи 153
Гипопигментированный БКР 154
Гиперпигментированный БКР 155
БКР, напоминающий себорейный кератоз 156
Фиброэпителиома Пинкуса 157

Глава 6 Дисплазия кератиноцитов 158

Актинический кератоз — I степень 159
Актинический кератоз — II степень 160
Актинический кератоз — III степень 161
Актинический кератоз — фолликулярный гиперкератоз 162
Болезнь Боуэна — классическая 163
Болезнь Боуэна — гипертрофическая 164
Болезнь Боуэна — пигментная 165
Болезнь Боуэна — пальцевая 166
Плоскоклеточный рак — белые кружочки 167
Плоскоклеточный рак — кератоакантома 168
Плоскоклеточный рак — умеренно дифференцированный 169
Плоскоклеточный рак — изъязвленный 170
Плоскоклеточный рак — низкодифференцированный 171

Глава 7 Частные случаи локализации

Глава 7.1 Акральные меланоцитарные образования 172

Приобретенный акральный невус 173
Акральный рисунок в виде параллельных борозд 174
Акральный решетчатый рисунок 175
Акральный фибриллярный рисунок 176
Врожденный акральный невус 177
Акральная лентигинозная меланома 178
Акральная лентигинозная меланома: клинические случаи 179
АЛМ — серо-коричневая пигментация 180
АЛМ — серо-коричневая пигментация: клинические случаи 181
Прогрессирующая акральная лентигинозная меланома 182

Глава 7.2 Онихоскопия 183

Невус ногтевого матрикса 184
Меланома *in situ* из структур ногтевого аппарата 185
Инвазивная меланома из структур ногтевого аппарата на ранних стадиях 186
Прогрессирующая меланома из структур ногтевого аппарата — пигментированная 187
Прогрессирующая меланома структур ногтевого аппарата — беспигментная 188
Плоскоклеточный рак структур ногтевого аппарата 189
Эритронихия 190
Онихопапиллома 191
Подногтевая гематома 192

Подногтевая гематома: клинические случаи 193
Околоногтевые бородавки 194
Онихомикоз 195
Хлоронихия — зеленые ногти 196
Пигментация ногтей — экзогенная 197
Капилляроскопия 198

Глава 7.3 Образования кожи лица 199

«Венозное озеро» 200
Меланоз слизистых оболочек 201
Милиум/роговая киста 202
Гидроцистома 203
Эпидермоидная киста 204
Пиломатриксома 205
Гиперплазия сальных желез 206
Аденома сальных желез 207
Невус сальных желез 208
Рак придатков кожи 209
Ювенильная ксантогранулема 210
Гранулематозный фолликулит 211
Фиброзная папула 212
Трихилеммома 213
Внутридермальный невус 214
Внутридермальный невус: клинические случаи 215
Солнечное лентиго — «отпечаток пальца» 216
Солнечное лентиго — гомогенная пигментация 217
Солнечное лентиго — края, «изъеденные молью» 218
Лентиго «чернильное пятно» 219
Доброкачественный лихеноидный кератоз 220
Доброкачественный лихеноидный кератоз — поствоспалительная стадия 221
Злокачественное лентиго 222
Злокачественное лентиго — кольцевидная зернистая пигментация 223
Злокачественное лентиго — круги 224
Злокачественное лентиго — перифолликулярная пигментация 225
Злокачественное лентиго — молодые взрослые 226
Лентиго-меланома — I 227
Лентиго-меланома — II 228

Глава 7.4 Образования волосистой части кожи головы 229

Невус волосистой части кожи головы — внутридермальный 230
Невус волосистой части кожи головы — пограничный 231
Невус волосистой части кожи головы — голубой 232
Невус волосистой части кожи головы — сетчатый гомогенный 233
Себорейный кератоз волосистой части кожи головы 234
Себорейный кератоз волосистой части кожи головы: клинические случаи 235
Меланома волосистой части кожи головы — тонкая 236
Меланома волосистой части кожи головы — тонкая: клинические случаи 237
Меланома волосистой части кожи головы — толстая 238
Метастазы в волосистой части кожи головы 239
Базальноклеточный рак волосистой части кожи головы 240
БКР волосистой части кожи головы: клинические случаи 241
В-клеточная лимфома волосистой части кожи головы 242
Цилиндромы/спираденомы волосистой части кожи головы 243
Саркоидоз волосистой части кожи головы 244

Глава 7.5 Трихоскопия 245

Очаговая алопеция 246
Андрогенная алопеция 247
Фронтальная фиброзирующая алопеция 248
Красный плоский лишай 249
Дискоидная красная волчанка 250
«Пучковый» фолликулит 251
Телеангиэктазия, индуцированная стероидами 252
Псевдопелада 253
Скрученные волосы 254
Шиповидный трихостаз 255
Узелок «щипальщика» 256
Тракционная/фрикционная алопеция 257
Псевдогниды 258

Глава 8 Сосудистые образования 259

Телеангиэктазия 260
Паукообразная телеангиэктазия 261
Кожная гематома — параллельные структуры 262

Кожная гематома — параллельные структуры: клинические случаи 263
Кожная гематома — гомогенный рисунок 264
Кожная гематома — гомогенный рисунок: клинические случаи 265
Гемангиомы — красные 266
Гемангиомы — пурпурные 267
Ангиокератомы 268
Лимфангиомы 269
Пиогенные гранулемы 270
Пиогенные гранулемы — акральные: клинические случаи 271
Сосудистые опухоли 272
Пурпура — травматическая 273

Глава 9 Инфламмоскопия 274

Мастоцитоз 275
Акне 276
Розацеа 277
Экзема 278
Псориаз 279
Красный плоский лишай 280
Пигментный красный плоский лишай 281
Капиллярит 282
Васкулит 283
Гранулематозные заболевания 284
Кольцевидная гранулема 285
Стригущий лишай 286
Розовый лишай 287
Кожная красная волчанка 288

Глава 10 Генодерматозы 289

Синдром Горлина 290
Синдром Каудена 291
Синдром Берта–Хогга–Дюбе 292
Синдром семейного цилиндроматоза 293
Синдром Мьюира–Торре 294
Синдром Рида 295
Семейная меланома 296
Комплекс Карни 297

Глава 11 Энтомодерматоскопия 298

Дерматозойный бред 299
Чесотка — *Sarcoptes scabiei* 300
Чесотка: клинические случаи 301
Головные вши — *Pediculosis capitis* 302
Постельный клоп — *Cimex lectularius* 303
Иксодовые клещи — *Ixodidae* 304
Лейшманиоз 305
Контагиозный моллюск 306
Вирусные бородавки — *Verrucae vulgaris* 307
Морские ежи — *Echinoidea* 308
Медуза — *Cnidaria* 309
Тунгиоз (саркопсиллез) — *Tunga penetrans* 310
Миаз — *Dermatobia hominis* 311

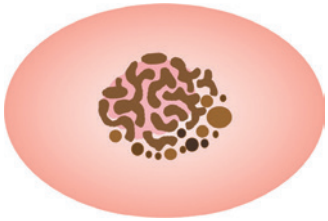
Глава 12 Разное 312

Келоиды и гипертрофические рубцы 313
Инородные тела 314
Инородные тела: клинические случаи 315
Экзогенная пигментация 316
Экзогенная пигментация: клинические случаи 317
Лазер 318
Криотерапия 319
Лучевая терапия 320

3.1 Меланома – клинические варианты

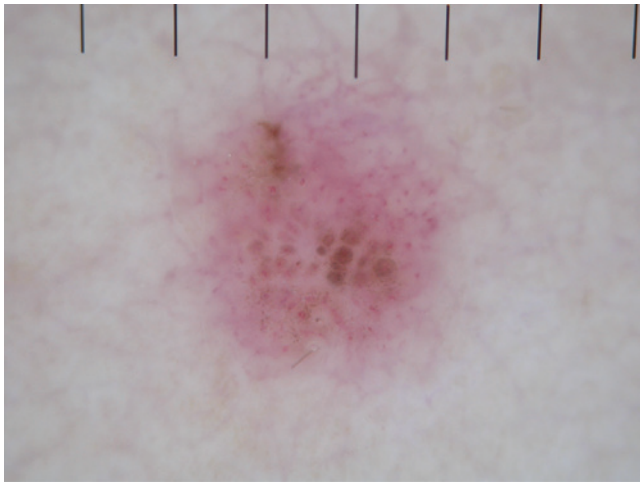
Малый диаметр 40
Малый диаметр: клинические случаи 41
Геометрические контуры 42
Геометрические контуры: клинические случаи 43
Географические контуры 44
Географические контуры: клинические случаи 45
Полярность пигментации 46
Полярность пигментации: клинические случаи 47
Меланомы, ассоциированные с невусом 48
Меланомы, ассоциированные с невусом: клинические случаи 49
Меланомы, ассоциированные с врожденным невусом 50

Малый диаметр



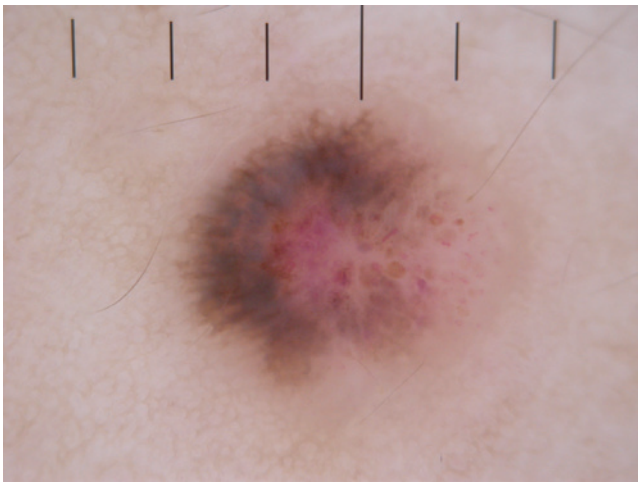
По мере своего развития меланомы приобретают все больше дерматоскопических признаков. Тем не менее, в меланоцитарных образованиях небольшого диаметра можно наблюдать те же дерматоскопические признаки, что и в более крупных опухолях, что позволяет установить диагноз меланомы. Это обстоятельство помогает идентифицировать меланому при последовательной дерматоскопической визуализации.





Пятно розового цвета размером 3 мм на коже плеча у женщины 19 лет: при дерматоскопии в этой поверхностно распространяющейся меланоме (ПРМ) толщиной 0,3 мм видны беспорядочные коричневые глобулы и точечные сосуды.

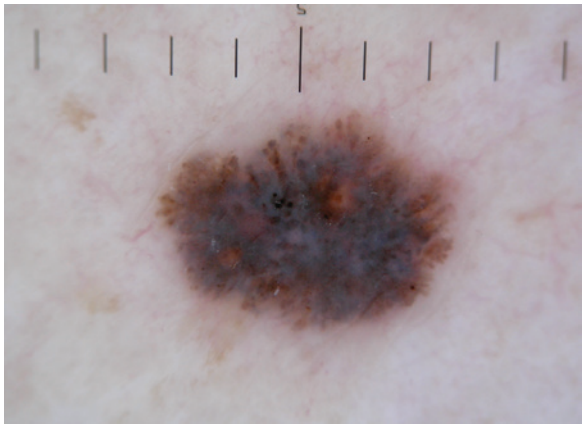




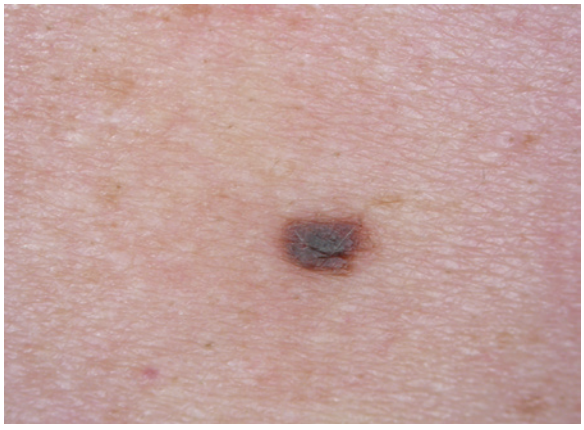
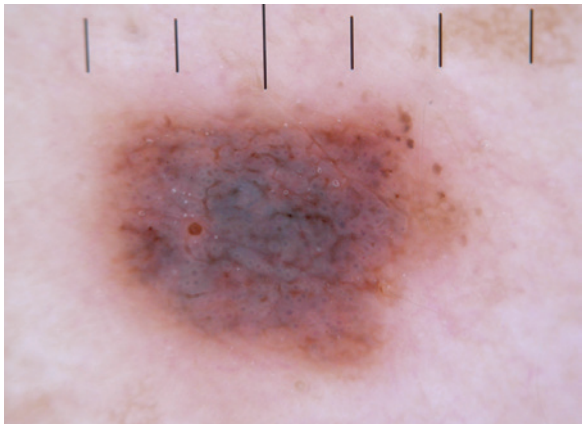
Гиперпигментированное пятно размером 3 мм на коже спины у мужчины 30 лет: при дерматоскопии в этой ПРМ толщиной 0,6 мм визуализируется неоднородная структура образования с беспорядочными коричневыми глобулами, полиморфными сосудами и штрихами по периферии.

Seidenari, S. et al. Dermoscopy of small melanomas: just miniaturized dermoscopy? *Br J Dermatol*. 2014;171(5):1006–1013.

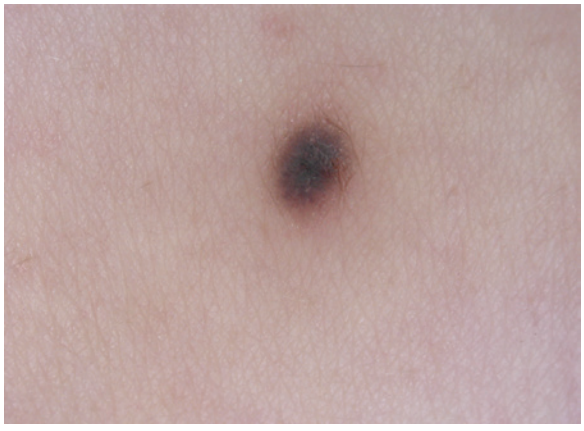
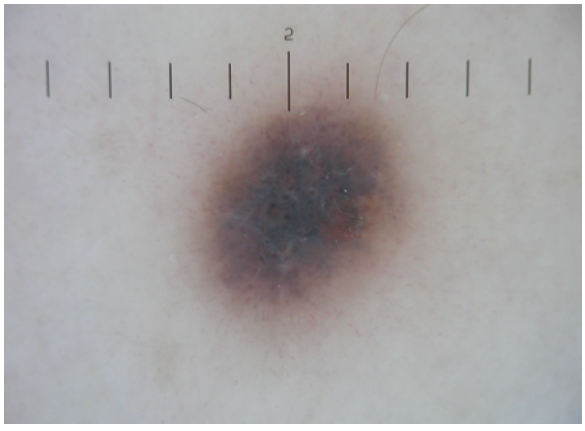
Малый диаметр: клинические случаи

Пигментное пятно размером 4 мм на коже плеча: при дерматоскопии в этой ПРМ толщиной 0,3 мм видны беспорядочные глобулы, периферические штрихи и голубовато-белая вуаль.

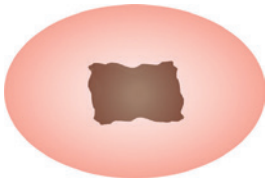
Пигментное пятно размером 4 мм на коже голени: при дерматоскопии в этой ПРМ толщиной 0,6 мм визуализируются эксцентричный фокус беспорядочных коричневых глобул, точечные сосуды и голубовато-белая вуаль.

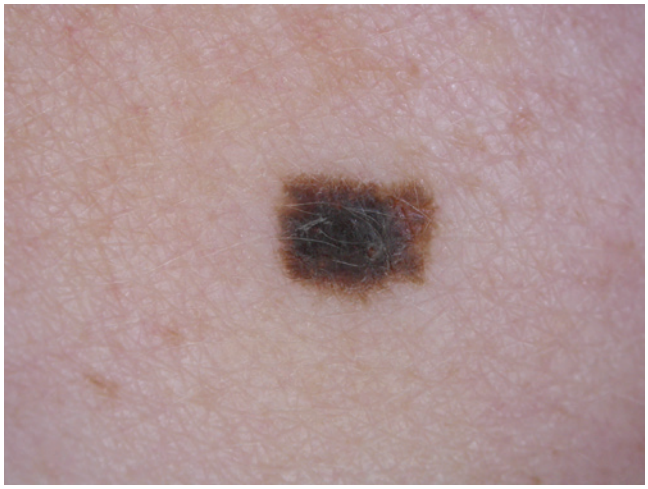
Голубовато-коричневое пятно диаметром 4 мм на коже спины у мужчины 20 лет: при дерматоскопии в этой ПРМ толщиной 0,4 мм определяется несколько цветов, включая слабо выраженную голубовато-белую вуаль в центре, блестящие белые штрихи, а также сосуды в виде диффузно расположенных точек и линий.

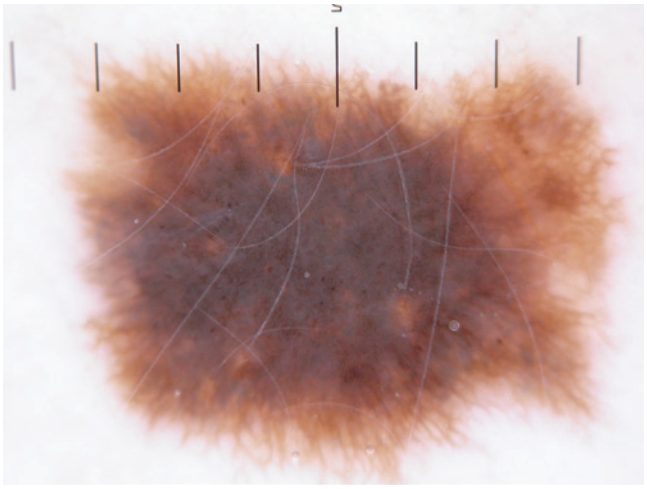
Дерматоскопистам необходимо использовать всю свою проницательность, чтобы идентифицировать меланомы малого диаметра, которые бывают инвазивными. Едва заметные мелкие меланомы, диагностированные при дерматоскопии, могут не иметь отчетливых клинических признаков (т. н. симптом «красной шапочки»).

Геометрические контуры

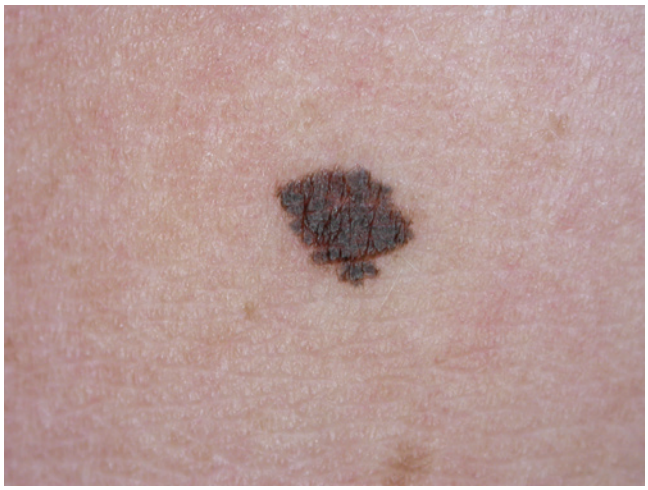


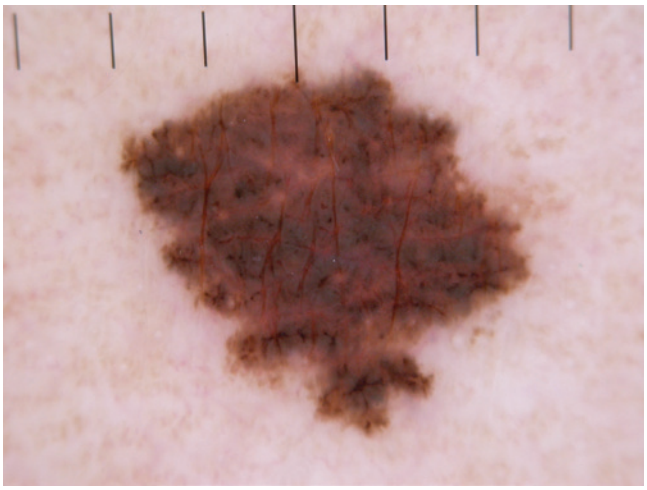
Доброкачественные меланоцитарные образования обычно имеют округлую или овальную форму с несколькими осями симметрии. Солитарное меланоцитарное образование с угловатыми контурами или правильной геометрической формы необходимо тщательно исследовать на наличие дерматоскопических признаков меланомы. Угловатые края могут напоминать наконечники стрел.





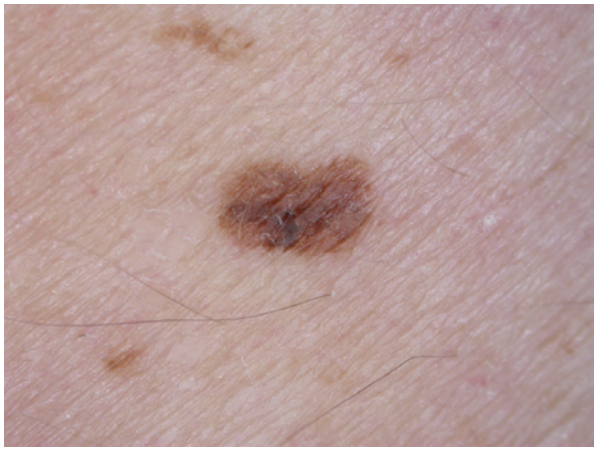
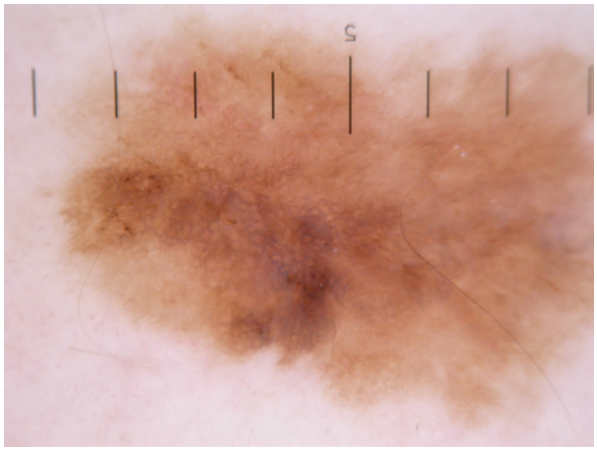
Угловатое/геометрическое гиперпигментированное пятно на коже плеча у женщины 50 лет: при дерматоскопии в этой меланоме *in situ* (*MIS*) определяются центральная гиперпигментация, атипичная пигментная сеть и периферические штрихи).



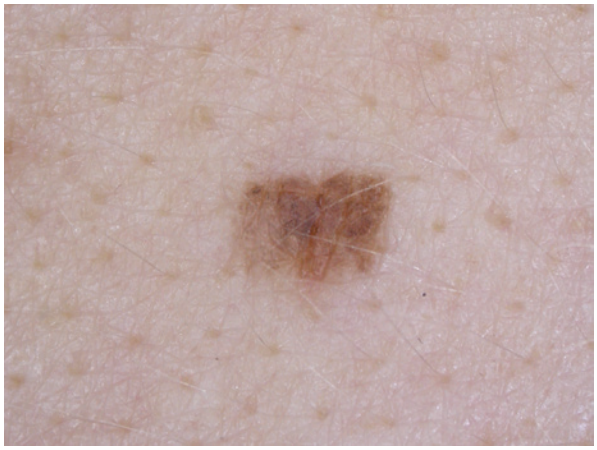
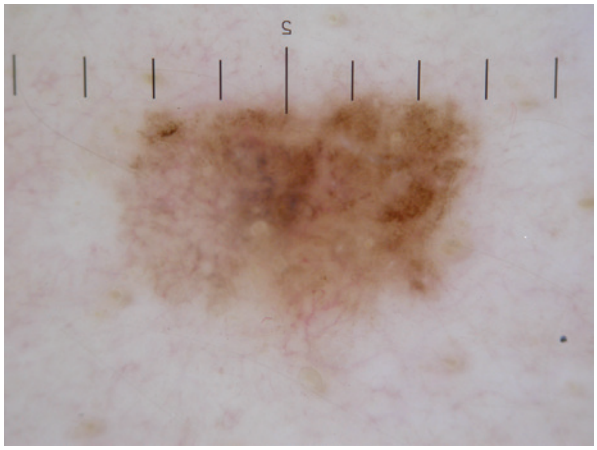


Гиперпигментированное «геометрическое» пятно на коже живота у женщины 40 лет: при дерматоскопии в этой многоцветной ПРМ 0,3 мм видны черные точки и штрихи как в центре, так по краям образования.

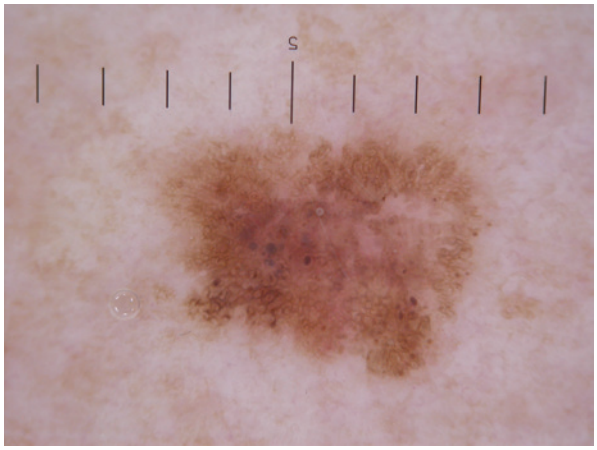
Morris, AD. et al. Geometric Cutaneous Melanoma: A Helpful Clinical Sign of Malignancy? *Dermatol Surgery*. 2003;29:827–9.

Прямоугольное коричневатое пятно-«гадкий утенок»: при дерматоскопии наблюдается эксцентрично расположенный фокус расширенной атипичной сети, занимающий один квадрант этой *MIS*.

Прямоугольное пятно цвета загара на коже поясницы: при дерматоскопии в этой *MIS* определяется неоднородная пигментация и серые точки.

Прямоугольное пятно с угловатыми контурами на коже живота у женщины 60 лет: при дерматоскопии в этой ПРМ толщиной 0,5 мм визуализируются атипичная пигментная сеть и беспорядочные серо-коричневые глобулы.

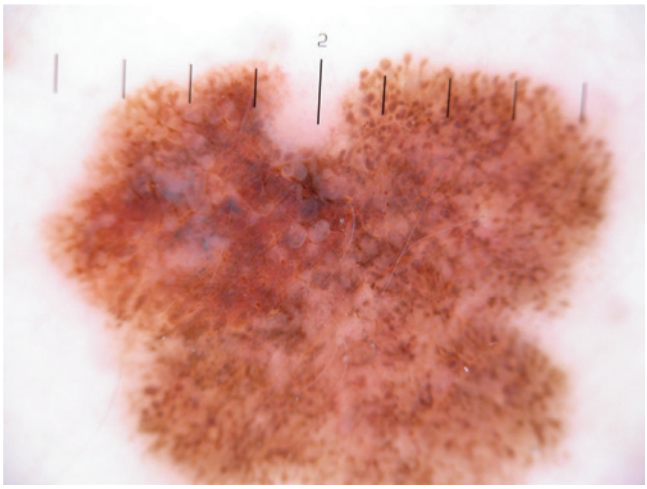
Gachon, J. et al. First prospective study on the recognition process of melanoma in dermatological practice. *Arch Dermatol*. 2005;141(4):434–438.

Географические контуры

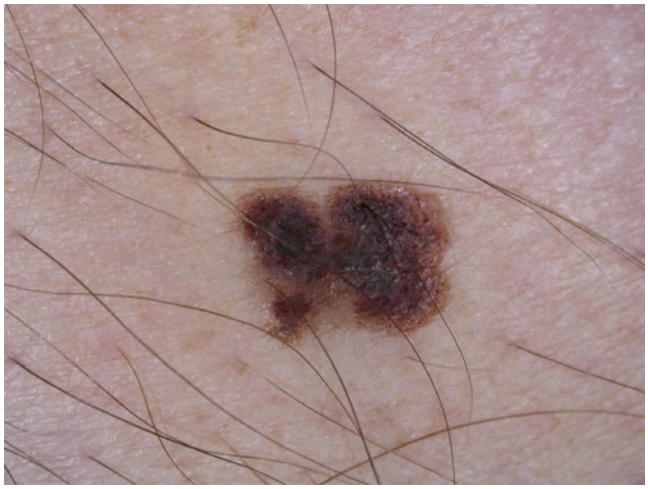


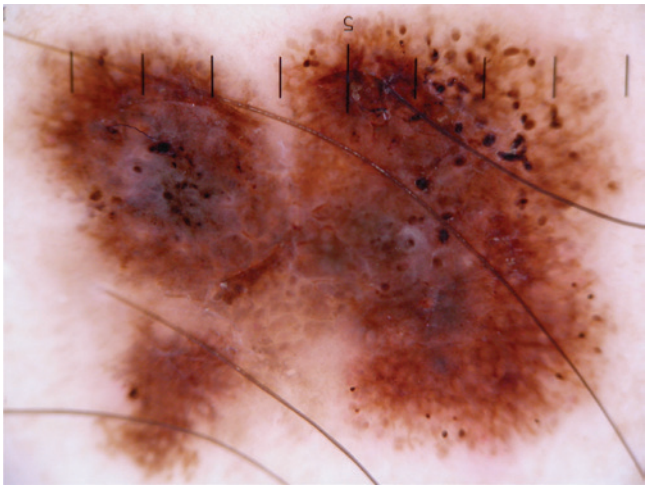
Чтобы исключить дерматоскопические признаки меланомы меланоцитарные образования с «географическими» контурами необходимо исследовать также тщательно, как и меланоцитарные образования с «геометрическими» краями.





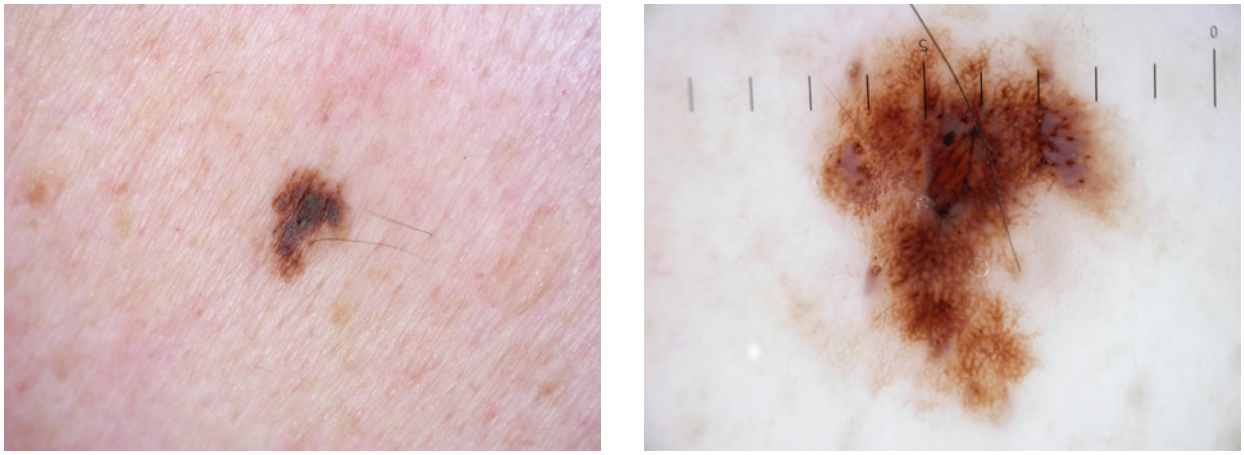
Гиперпигментированная ПРМ толщиной 0,5 мм неправильной формы на коже верхней части спины: при дерматоскопии наблюдается беспорядочная глобулярная структура образования с эксцентричными фокусами голубовато-белой вуали.





Гиперпигментированная ПРМ толщиной 0,7 мм неправильной формы на коже голени: при дерматоскопии определяется асимметричный многокомпонентный рисунок с беспорядочными черными точками и глобулами, атипичной пигментной сетью, голубовато-белой вуалью и негативной сетью.

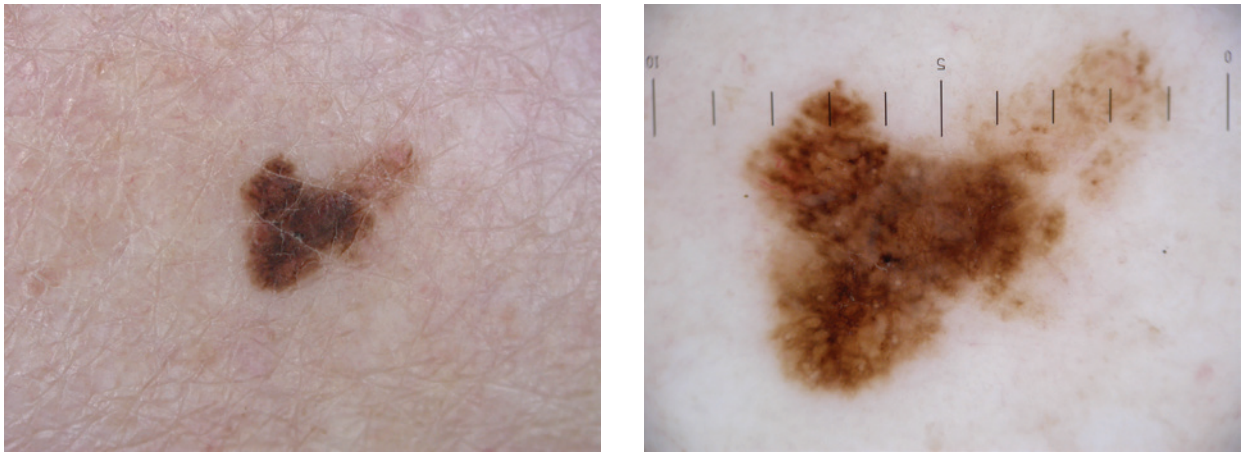
Меланома обычно представляет собой пигментированное образование неправильной формы. В то время как правило ABCD хорошо применимо к меланомам в фазе радиального роста, оно не всегда помогает при узловой меланоме.



Пигментное пятно-«гадкий утенок» неправильной «географической» формы на коже спины у мужчины 50 лет: при дерматоскопии в этой *MIS* видны беспорядочные черные точки и глобулы.



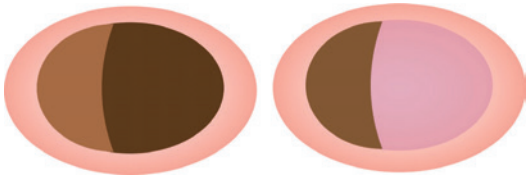
Пятно-«гадкий утенок» неправильной формы на коже бедра у женщины 65 лет: при дерматоскопии в этой ПРМ толщиной 0,2 мм визуализируется беспорядочная структура образования с черными точками, зернистой пигментацией и фокусами штрихов по периферии.



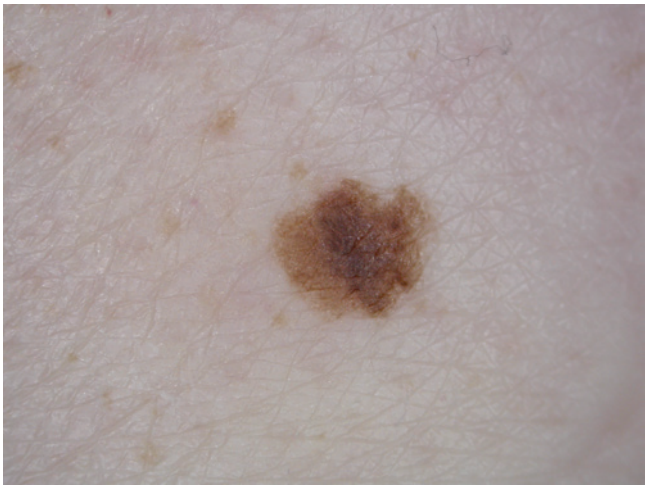
Пятно-«гадкий утенок» неправильной формы на коже бедра у женщины 70 лет: при дерматоскопии в этой ПРМ толщиной 0,3 мм визуализируется беспорядочная структура образования с атипичной пигментной сетью и черными точками.

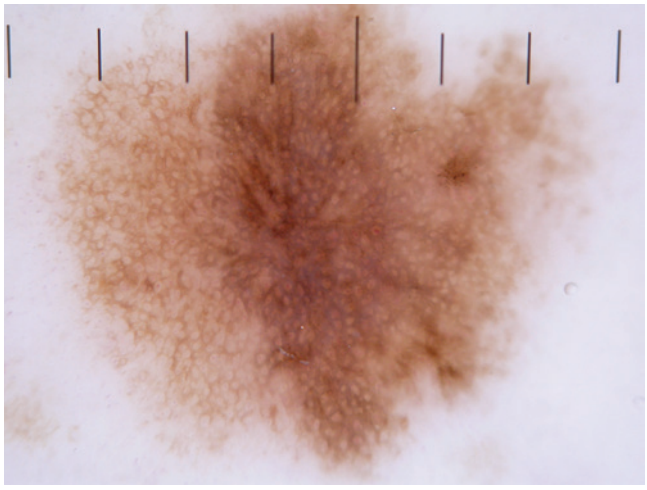
Blum, A. et al. Rorschach dermoscopy. *Arch Dermatol*. 2012;148(11):1342.

Полярность пигментации



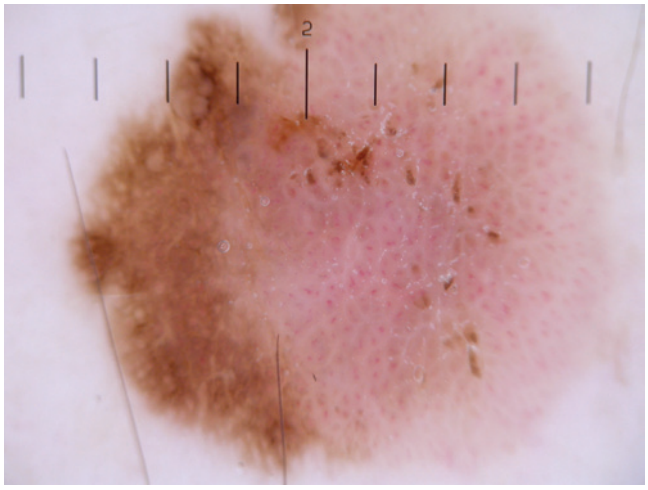
У некоторых пациентов нередко наблюдаются множественные невусы с сочетанием двух тонов пигментации. Важно понимать, что это может быть характерной особенностью, «фирменным знаком» пациента. Однако к солитарному меланоцитарному образованию с двумя полюсами пигментации или с соответствующими дерматоскопическими признаками следует относиться с подозрением.





Двухцветное пигментное пятно на коже верхней части спины у мужчины 50 лет: при дерматоскопии с одной стороны этой *MIS* определяется сетчатая пигментация цвета загара, а с другой — более темная и грубая сеть.





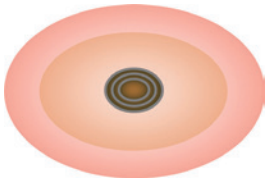
Двухцветная розово-коричневая бляшка на коже подколенной ямки у мужчины 60 лет: при дерматоскопии с одной стороны этой ПРМ толщиной 0,9 мм видна атипичная пигментная сеть, а с другой — точечные сосуды, эрозии и негативная сеть.

Относитесь с подозрением к любому солитарному двухцветному меланоцитарному образованию. Иногда такая картина соответствует исключительно диспластическому невусу. Наличие негативной или инверсной сети служит ключевым диагностическим признаком меланомы, ассоциированной с невусом.

4 Немеланоцитарные образования

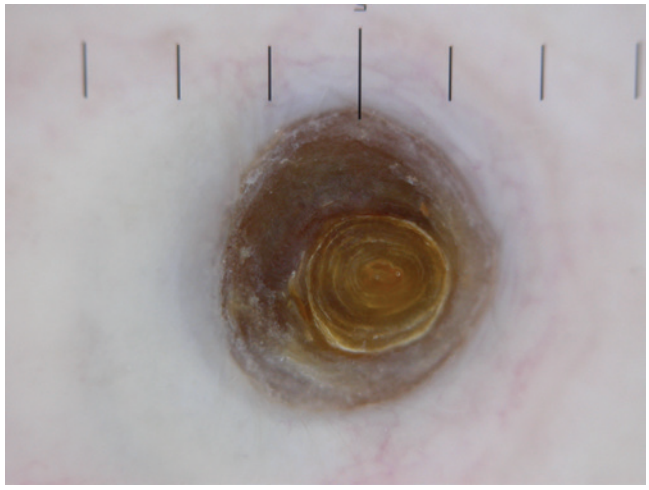
Макрокомедон 111
Солнечное лентиго — «отпечатки пальцев» 112
Солнечное лентиго — гомогенный рисунок 113
Солнечное лентиго — сетчатый рисунок 114
Солнечное лентиго — гиперпигментированное «чернильное пятно» 115
Солнечное лентиго — развивающийся себорейный кератоз 116
Себорейный кератоз — церебриформный рисунок 117
Себорейный кератоз — гомогенный рисунок 118
Себорейный кератоз — кератотические структуры 119
Себорейный кератоз — гиперпигментированный 120
Себорейный кератоз — гипопигментированный 121
Себорейный кератоз — воспалившийся 122
Себорейный кератоз — травмированный 123
Себорейный кератоз — клональный 124
Светлоклеточная акантома 125
Доброкачественный лихеноидный кератоз — воспалительная стадия 126
Доброкачественный лихеноидный кератоз — поствоспалительная стадия 127
Дерматофиброма 128
Дерматофиброма — гипопигментированная 129
Дерматофиброма — гиперпигментированная 130
Дерматофиброма — атипичная 131
Выбухающая дерматофибросаркома 132
Нейрофиброма 133
Порокератоз 134
Порокератоз: клинические случаи 135
Эпидермальный невус 136
Эпидермальный невус: клинические случаи 137
Т-клеточная лимфома кожи 138
Псевдолимфома 139
Эккринная порома 140

Макрокомедон



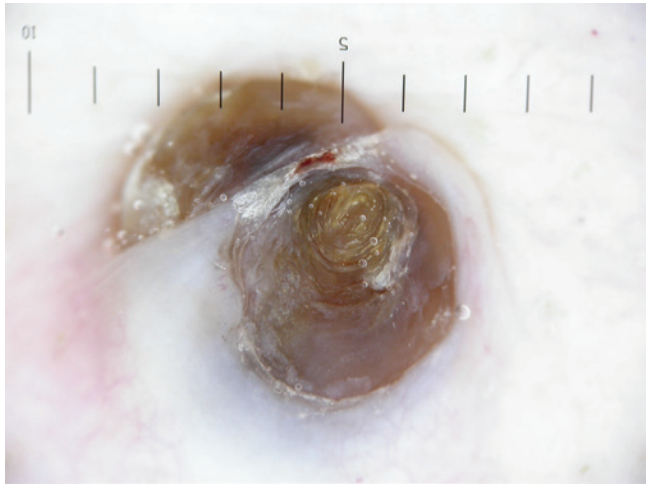
Макрокомедоны, как правило, не являются диагностической проблемой, хотя нередко вызывают беспокойство у пациента. При дерматоскопии определяется гиперкератоз с множественными концентрическими кольцами слоистого кератина в увеличенном устье сальной железы.





Темно-коричневое гиперкератотическое образование на коже спины у женщины 40 лет: при дерматоскопии видны слоистые кератиновые кольца, соответствующие макрокомедону.

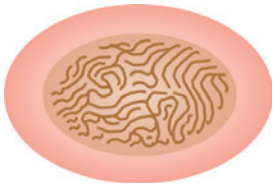




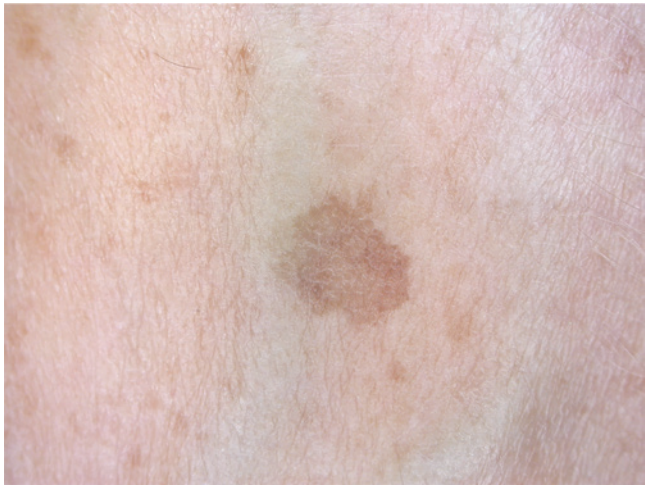
Кератотическая папула на коже спины у женщины 50 лет: при дерматоскопии в этом макрокомедоне видны два фокуса пигментации с концентрическими кератиновыми кольцами.

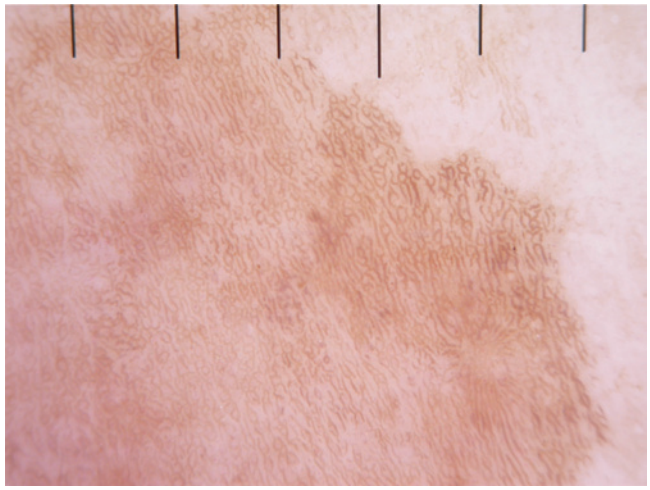
Выделение содержимого при острожном сдавливании комедона экстрактором является диагностическим признаком.

Солнечное лентиго – «отпечатки пальцев»

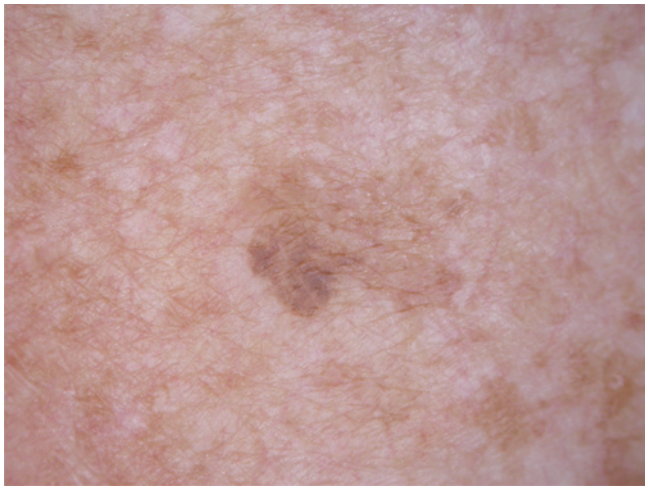


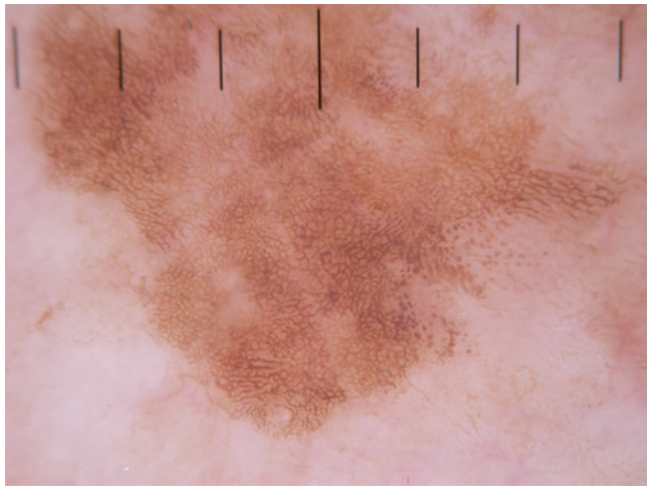
В солнечном лентиго могут наблюдаться пигментные структуры в виде параллельных линий и кругов, описанные как рисунок «отпечатка пальца». Эти линии огибают фолликулярные отверстия и могут сливаться, образуя сетчатый рисунок.





Пигментное пятно на коже тыльной поверхности кисти у женщины 70 лет: при дерматоскопии в этом солнечном лентиго с четкими, но не «изъеденными молью» краями, наблюдаются параллельные линии, образующие тонкую пигментную сеть в виде отпечатка пальца.

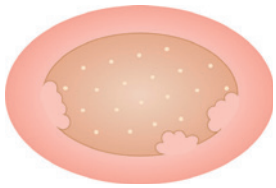




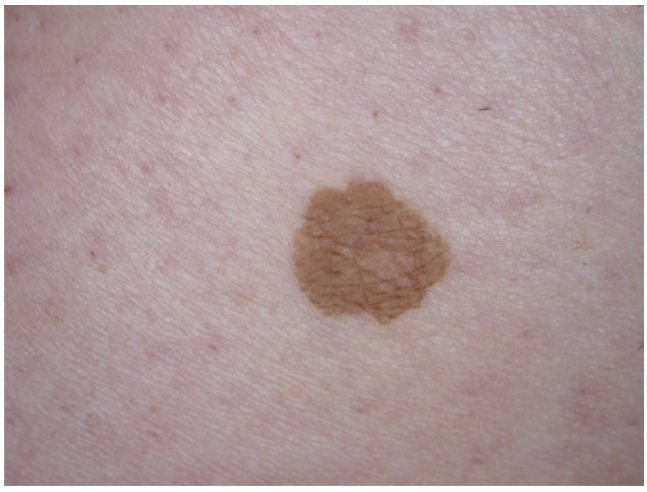
Угловатое пятно цвета загара на коже груди у женщины 60 лет: при дерматоскопии в этом солнечном лентиго с четкими контурами определяется структура, напоминающая «отпечаток пальца», с параллельными линиями различной длины, сливающимися в сетчатый узор.

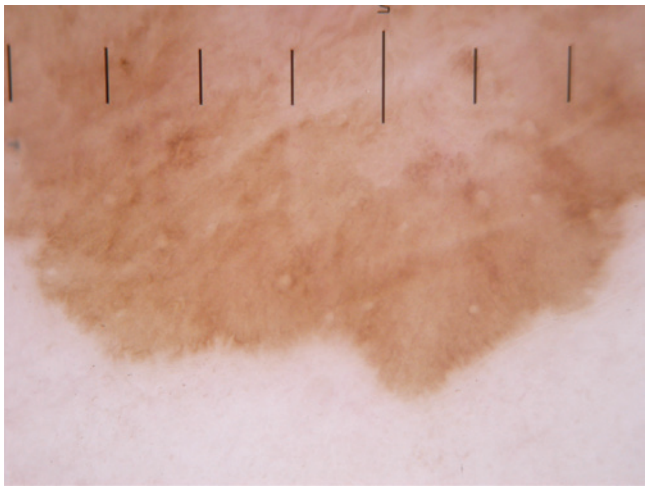
Солнечные лентиго — динамичные образования, клинические и дерматоскопические признаки которых могут изменяться и развиваться со временем.

Солнечное лентиго – гомогенный рисунок



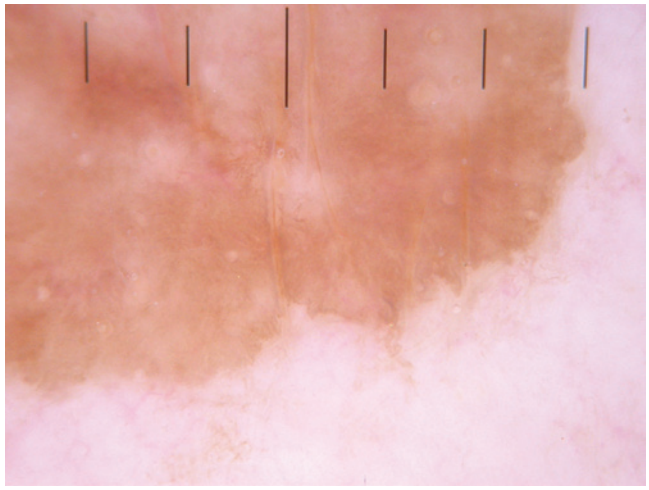
В солнечном лентиго может преобладать гомогенная пигментация. Другие признаки, такие как четко отграниченный и «изъеденной молью» край, а также наличие равномерно расположенных гипопигментированных фолликулярных отверстий помогают подтвердить диагноз. Темные образования с нечеткими контурами иногда вызывают диагностические трудности, поскольку могут имитировать меланоцитарные образования.





Пятно цвета загара на коже голени у женщины 50 лет: при дерматоскопии визуализируются гомогенная коричневатая пигментация, фолликулярные отверстия и четкий контур, типичный для солнечного лентиго.

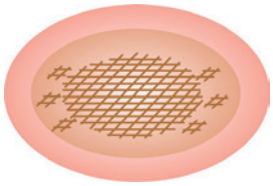




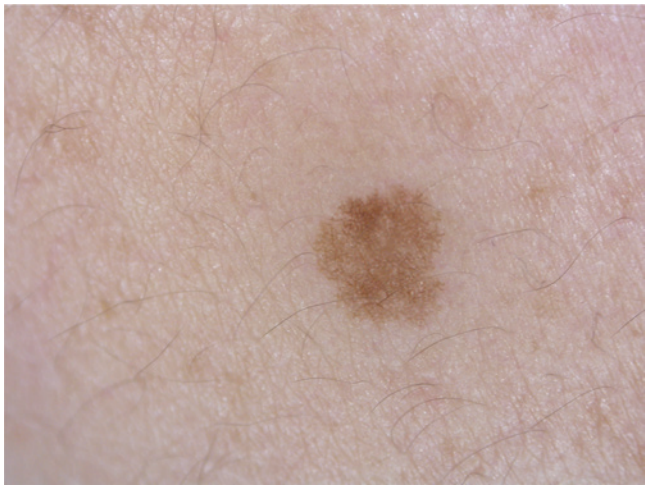
Пятно цвета загара на коже руки у женщины 60 лет: при дерматоскопии в этом солнечном лентиго с четкими «изъеденными молью» краями видны гомогенная пигментация с кожными бороздками и равномерно расположенные фолликулярные отверстия.

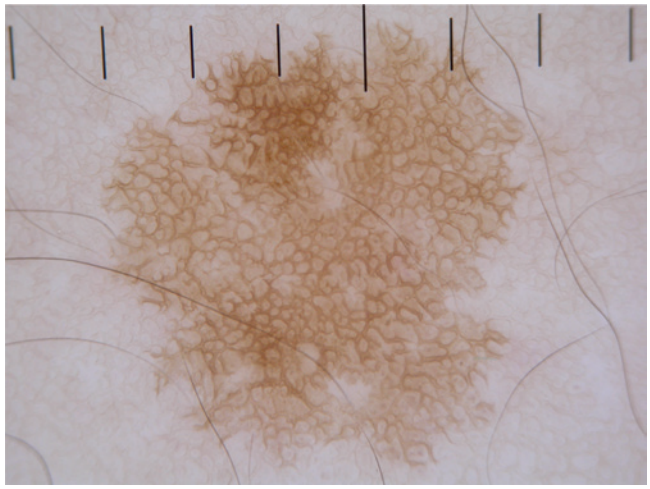
Солнечные лентиго обычно множественные, поэтому ищите похожие образования и, если очаг поражения выглядит нетипично, рассмотрите возможность диагностической биопсии.

Солнечное лентиго – сетчатый рисунок

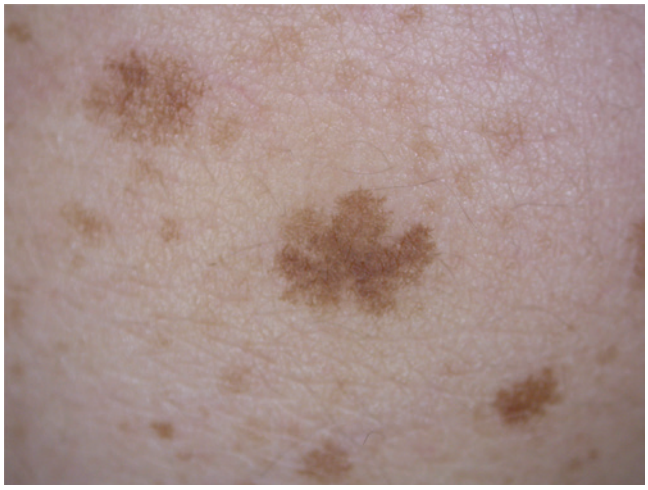


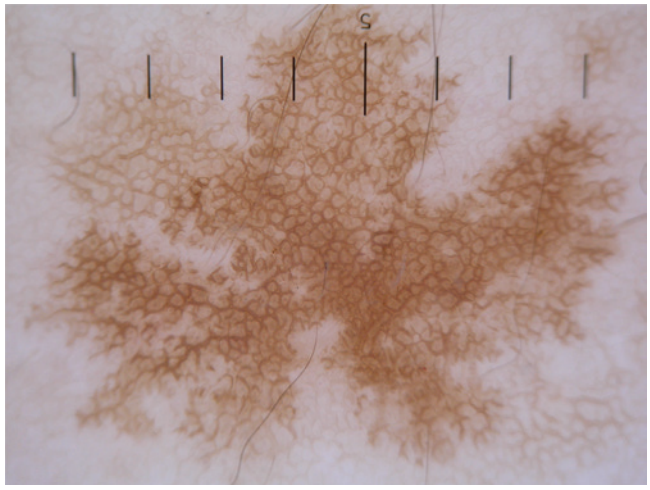
В солнечном лентиго, особенно на коже туловища и спины, может преобладать ретикулярная пигментация, имеющая вид пигментной сети. Линии пигментной сети тонкие и равномерно пигментированные. При дерматоскопии пигментные линии могут выглядеть как удвоенные, при этом края образования нередко относительно нечеткие. Гиперпигментированные образования с толстыми пигментными линиями иногда сложно отличить от невусов или злокачественного лентиго.





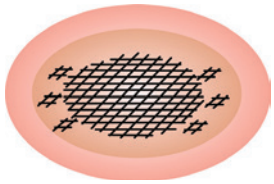
Пятно цвета загара на коже спины у мужчины 50 лет: при дерматоскопии в этом солнечном лентиго видна однородная сетчатая пигментация с удвоенными линиями.



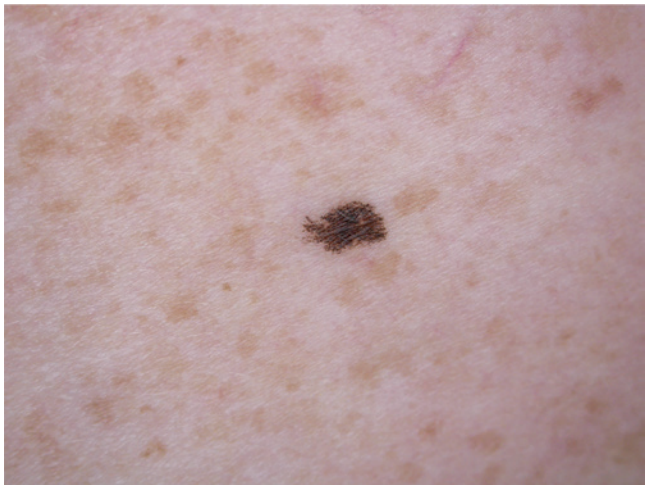


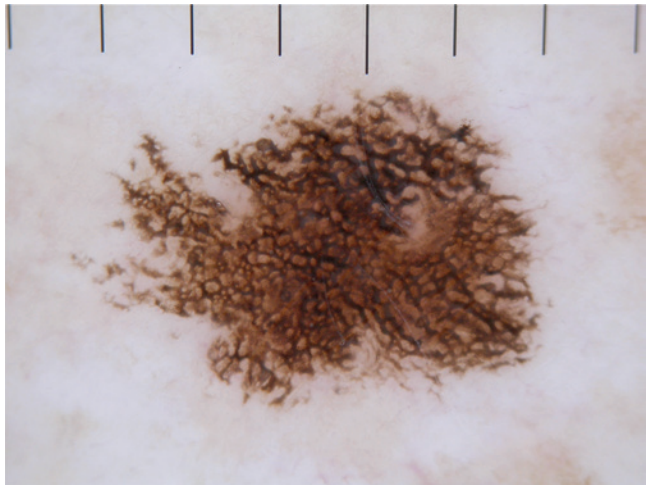
Множественные пятна цвета загара на коже спины у мужчины 60 лет: при дерматоскопии в этом солнечном лентиго визуализируются однородная сетчатая пигментация с удвоенными линиями.

Lallas, A. et al. The dermoscopic inverse approach significantly improves the accuracy of human readers for lentigo maligna diagnosis. *J Am Acad Dermatol*. 2021;84(2):381–389.

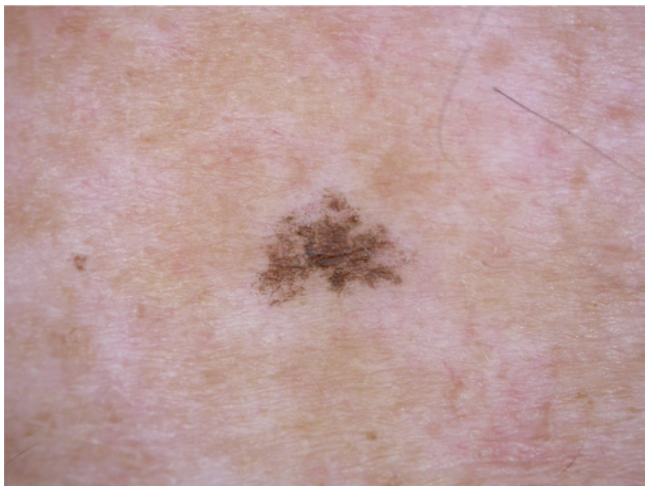


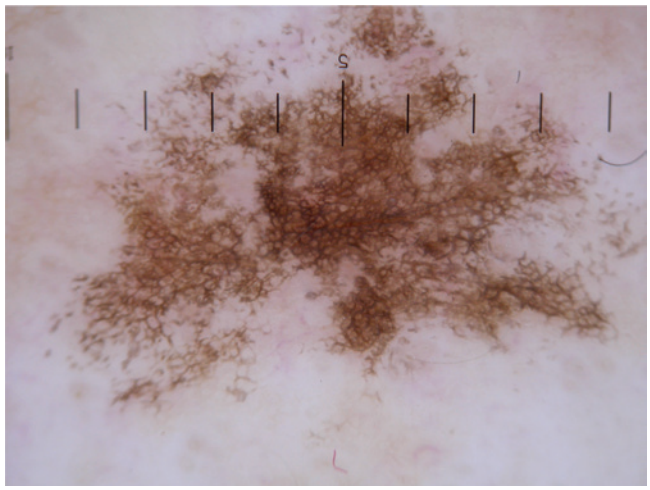
Солнечное лентиго с гиперпигментацией можно назвать лентиго в виде «чернильного пятна». Оно возникает на открытых солнцу участках тела и часто бывает множественным. Сетчатый рисунок хорошо определяется как при клиническом исследовании, так и при дерматоскопии. Линии пигментной сети тонкие и равномерно пигментированные. В солитарных образованиях пигментация выражена сильнее, а толщина линий варьирует. При диагностических сомнениях необходимо рассмотреть возможность гистологического исследования, поскольку эти образования могут напоминать меланому.





Темное пятно на коже спины у мужчины 50 лет: при дерматоскопии в этом гиперпигментированном лентиго в виде «чернильного пятна» определяется однородная темно-коричневая сетчатая пигментация.





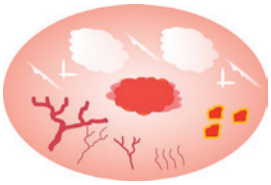
Множественные гиперпигментированные пятна на коже спины у мужчины 70 лет, подвергшегося сильному воздействию УФ-излучения: при дерматоскопии в этом гиперпигментированном лентиго в виде «чернильного пятна» определяется однородная сетчатая пигментация.

Langley, R. In vivo confocal scanning laser microscopy of benign lentigines: comparison to conventional histology and in vivo characteristics of lentigo maligna. *J Am Acad Dermatol.* 2006;55(1):88–97.

5 Базальноклеточный рак

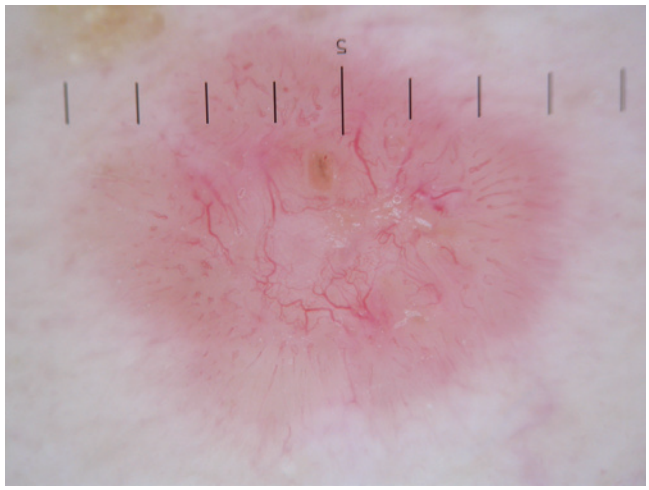
Поверхностная базалиома — розовая 142
Поверхностная базалиома — розовая: клинические случаи 143
Поверхностная базалиома — пигментированная 144
Поверхностная базалиома — пигментированная: клинические случаи 145
Узловой БКР — мелкий узел розового цвета 146
Узловой БКР — мелкий узел розового цвета: клинические случаи 147
Узловой БКР — пигментированный мелкий узел 148
Узловой БКР — пигментированный мелкий узел: клинические случаи 149
Узловой БКР — крупный узел розового цвета 150
Узловой БКР — крупный узел розового цвета: клинические случаи 151
Склеродермоподобный/инфильтративный БКР 152
Склеродермоподобный/инфильтративный БКР: клинические случаи 153
Гипопигментированный БКР 154
Гиперпигментированный БКР 155
БКР, напоминающий себорейный кератоз 156
Фиброэпителиома Пинкуса 157

Поверхностная базалиома – розовая



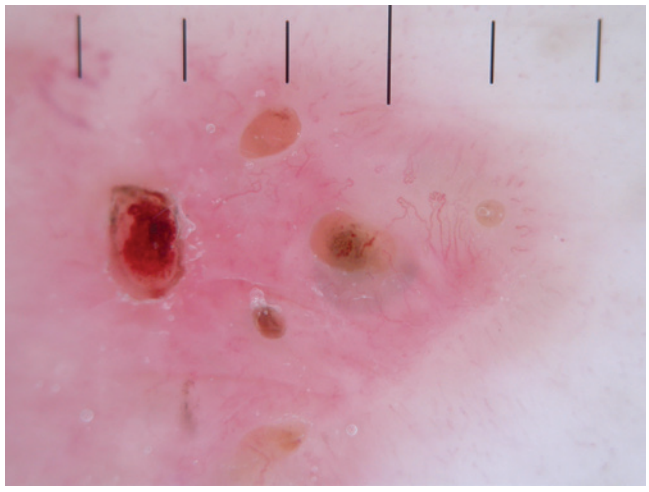
Поверхностные базалиомы или базальноклеточный рак (БКР) в некоторых случаях представлены относительно бессимптомным розовым пятном. Со временем они могут подвергаться эрозии или изъязвлению, и нередко имитируют воспалительные, инфекционные и паранеопластические дерматозы. К дерматоскопическим признакам относятся розовый фон, ветвящиеся сосуды, короткие мелкие телеангиэктазии, блестящие белые пятна и тяжистые структуры, а также эрозии.





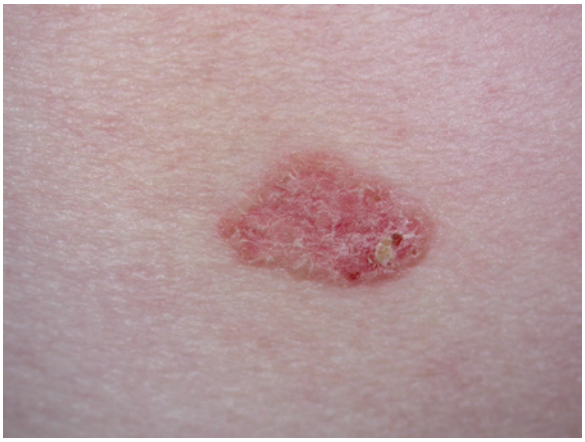
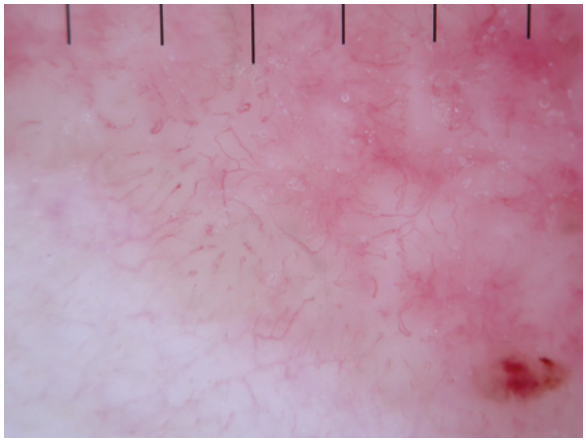
Бляшка розового цвета на коже поясничной области у женщины 50 лет: при дерматоскопии в этом случае поверхностного БКР видны солитарная эрозия, множественные четко сфокусированные линейные ветвящиеся сосуды в центре и короткие мелкие телеангиэктазии по периферии.



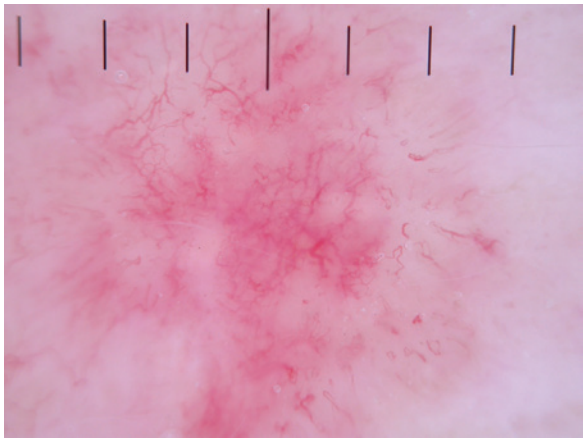


Бляшка розового цвета на коже плеча у женщины 60 лет: при дерматоскопии в этом случае поверхностного БКР визуализируются эритема, множественные эрозии, ветвящиеся линейные сосуды и периферические мелкие телеангиэктазии на розовом бесструктурном фоне.

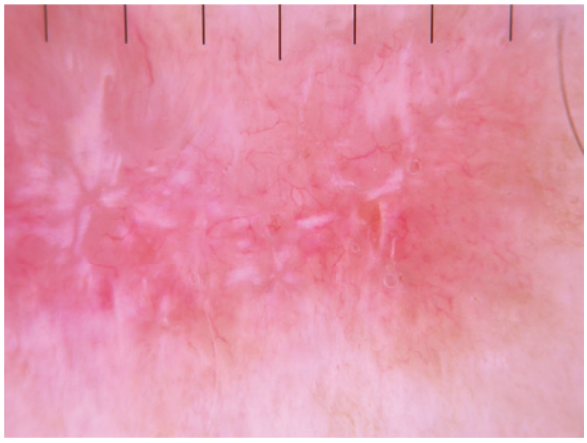
Reiter, O. et al. Dermoscopic features of basal cell carcinoma and its subtypes: A systematic review. *J Am Acad Dermato*l. 2021;85:653–664.

Шелушащаяся бляшка розового цвета на коже поясничной области у женщины 50 лет: при дерматоскопии в этом случае поверхностного БКР видны периферические короткие мелкие телеангиэктазии, линейные ветвящиеся сосуды, эритема и бесструктурные розовые области.

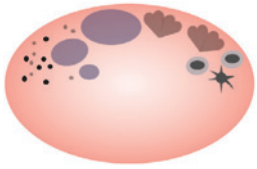
Бляшка розового цвета на коже плеча у женщины 50 лет: при дерматоскопии в этом случае поверхностного БКР видны периферические короткие мелкие телеангиэктазии, линейные ветвящиеся сосуды, эритема и розовые бесструктурные области.

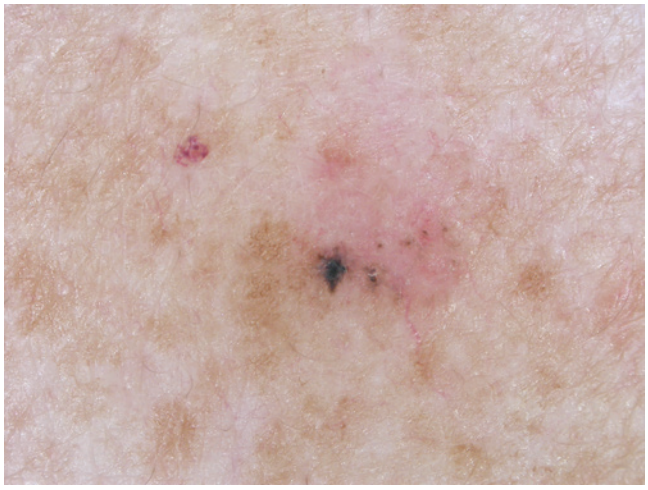
Шелушащаяся бляшка розового цвета на коже бедра у мужчины 60 лет: при поляризованной дерматоскопии в этом случае поверхностного БКР видны блестящие белые пятна и тяжистые структуры, короткие мелкие телеангиэктазии, эритема и розовые бесструктурные области.

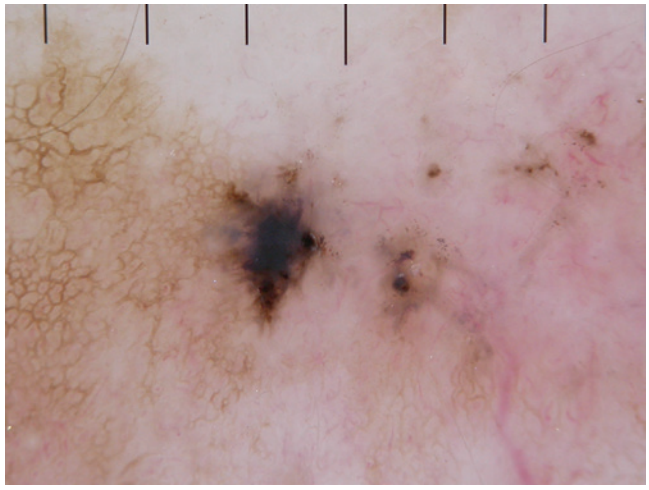
Если тонкую беспигментную базалиому слегка протереть спиртовой салфеткой, она станет заметнее и будет легче идентифицироваться при дерматоскопии. Это новый клинический признак, помогающий в диагностике поверхностного БКР.

Поверхностная базалиома – пигментированная

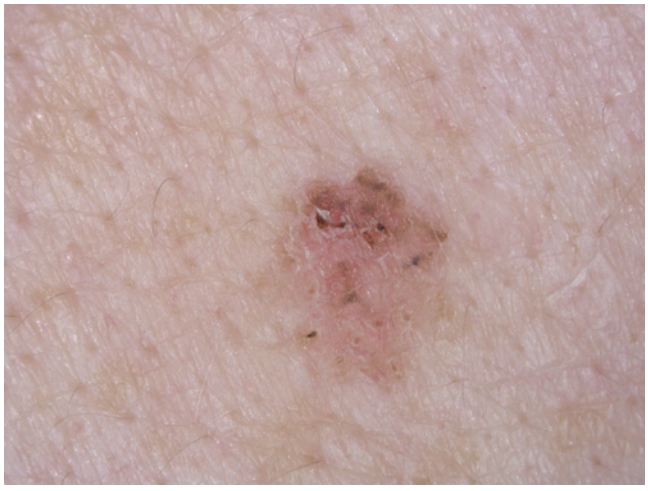


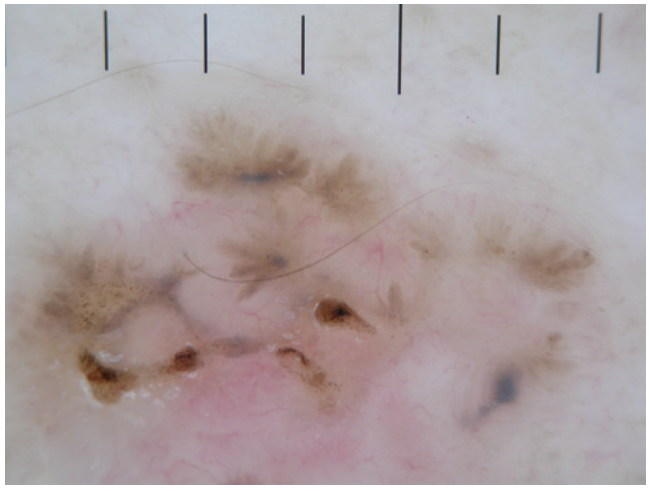
Пигментированные поверхностные базалиомы могут быть представлены относительно бессимптомными пятнами/макулами коричневого/розового цвета. Иногда они напоминают очаги себорейного кератоза и меланоцитарные образования. Дерматоскопия позволяет выявить пигментные структуры, указывающие на БКР, в небольших фокусах пигментации. Пигментные структуры служат отражением включений меланина в опухолевых агрегатах; их различные концентрация и глубина залегания порождают разнообразие цветов и форм.





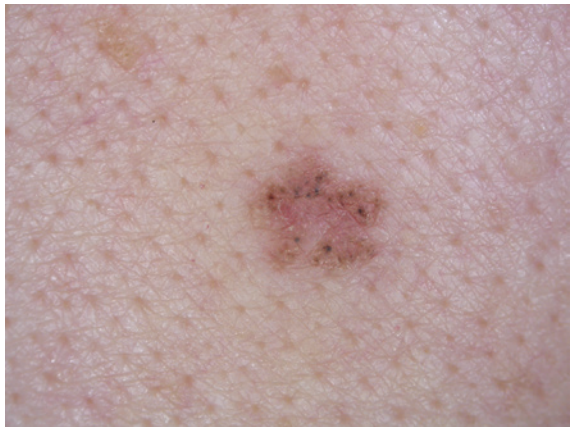
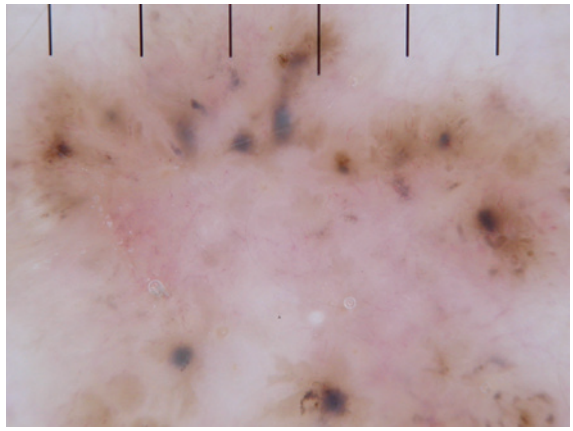
Частично пигментированная бляшка на коже спины у мужчины 60 лет: при дерматоскопии в этом случае поверхностного пигментированного БКР визуализируются фокус гиперпигментации, множественные фокусы голубовато-серых точек, окруженные пигментацией цвета загара (концентрические структуры).



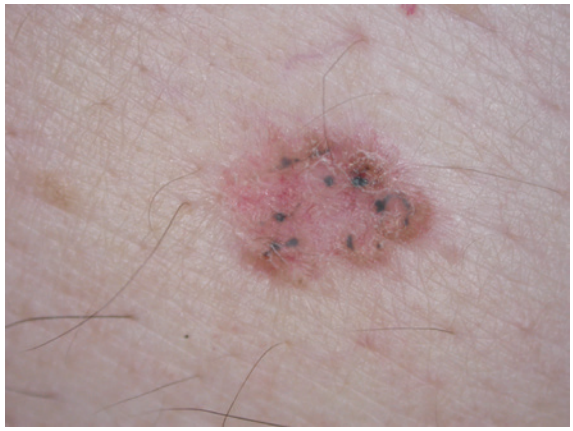
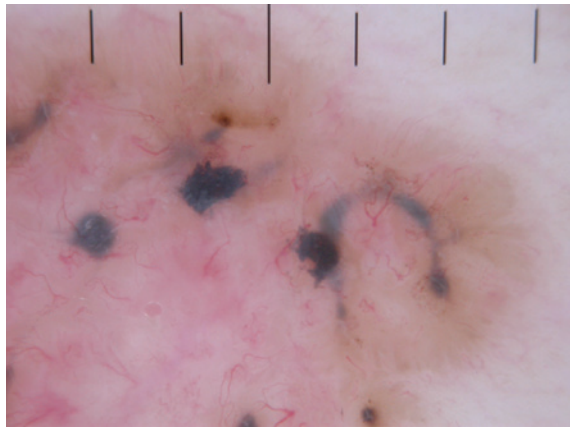


Шелушащаяся гетерогенная бляшка коричневого цвета на коже спины у мужчины 70 лет: при дерматоскопии в этом случае поверхностного пигментированного БКР видны множественные пигментированные эрозии с зернистой пигментацией коричневого цвета и периферическими листовидными структурами.

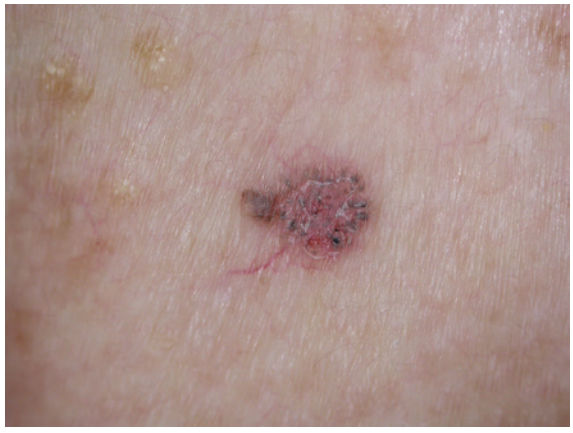
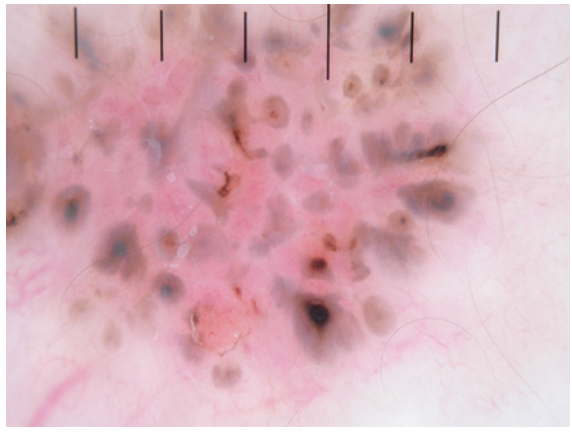
Lallas, A. et al. The presence of pigmented structures can diminish the response rate of BCC to treatments such as photodynamic therapy. The dermatoscopic universe of basal cell carcinoma. *Dermatol Pract Concept*. 2014;4(3):11–24.

Пятно цвета загара с очаговой пигментацией на коже спины у женщины 40 лет: при дерматоскопии в этом случае поверхностного пигментированного БКР видны центральные бесструктурные участки розового цвета, периферические листовидные структуры, а также голубые овоидные «гнезда» и коричневатая пигментация.

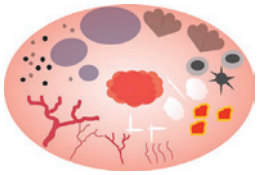
Бляшка розового цвета с очагами пигментации на коже поясничной области у мужчины 60 лет: при дерматоскопии в этом случае пигментированного БКР видны короткие мелкие телеангиэктазии, эритема, голубовато-серые овоидные «гнезда» и периферическая пигментация цвета загара.

Шелушащееся пятно розового цвета с очагами пигментации на коже верхней части спины у женщины 70 лет: при дерматоскопии в этом случае поверхностного пигментированного БКР визуализируются мелкие телеангиэктазии и множественные концентрические структуры разного размера.

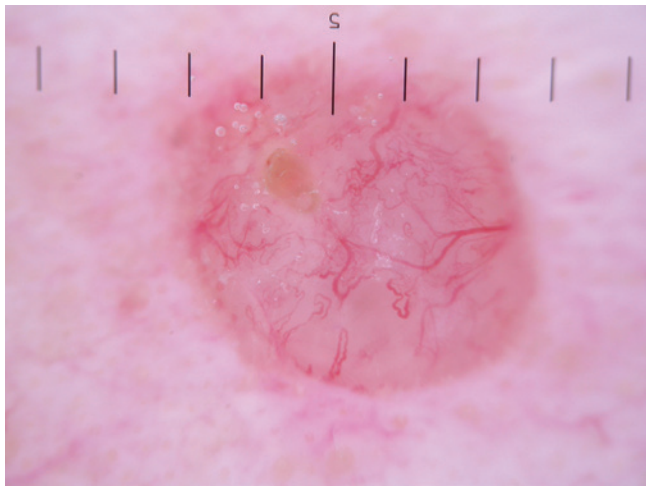
Множественные пигментные структуры коричневого и серого цвета, такие как листовидные и концентрические, чаще наблюдаются в поверхностных пигментированных, а не в узловых формах БКР.

Узловой БКР – мелкий узел розового цвета



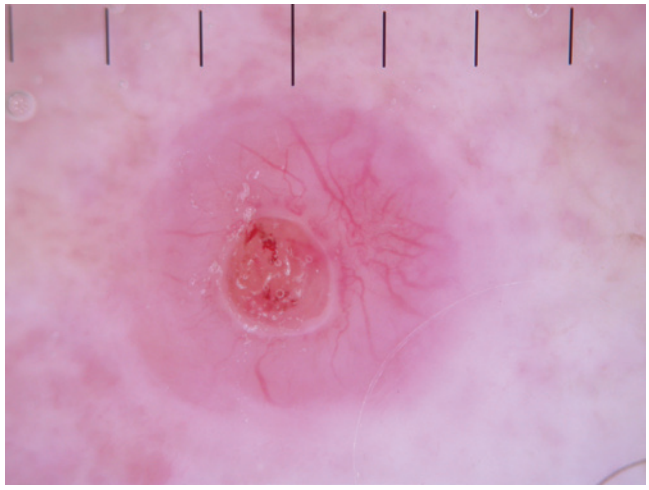
Узловые базалиомы различаются по выраженности пигментации, варьируя от преимущественно беспигментных опухолей до образований с преобладанием голубых пигментных структур. Обычно они представляют собой четко отграниченные папулы или узелки. Применение дерматоскопии для предоперационной оценки случая БКР позволяет обосновать более консервативный хирургический отступ без влияния на радикальность иссечения.





Хорошо отграниченный узелок розового цвета на коже щеки у женщины 40 лет: в этой узловой базалиоме, полностью иссеченной с отступом 2 мм, при дерматоскопии видны линейные ветвящиеся сосуды, эрозия и бесструктурный розовый фон.

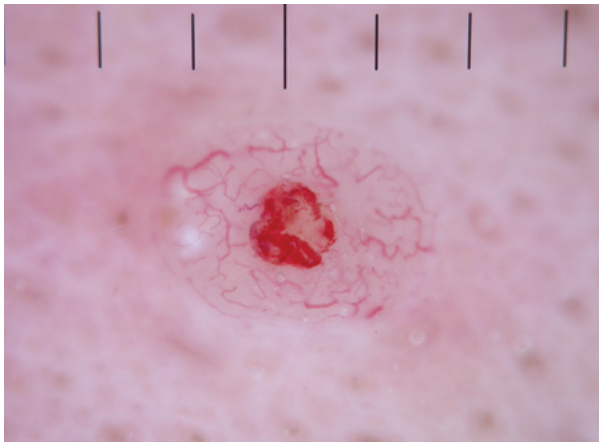




Хорошо отграниченная изъязвленная папула розового цвета на волосистой части кожи головы у мужчины 70 лет: в этой узловой базалиоме, полностью иссеченной с отступом 2 мм, при дерматоскопии определяются центральное изъязвление и линейные ветвящиеся сосуды на бесструктурном розовом фоне.

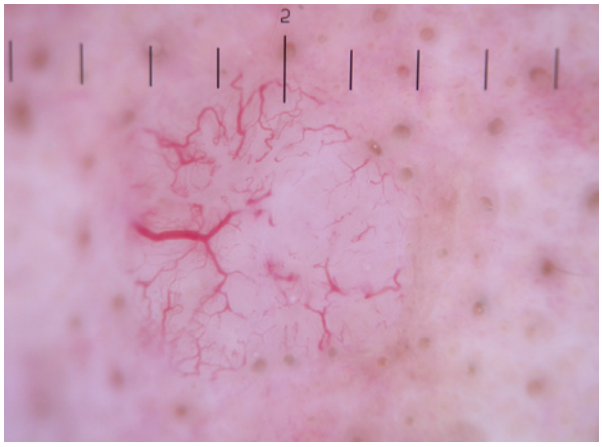
Caresana, G. and Giardini, R. Dermoscopy-guided surgery in basal cell carcinoma. *J Eur Acad Dermatol Venereo*l. 2010;24(12):1395–1399.





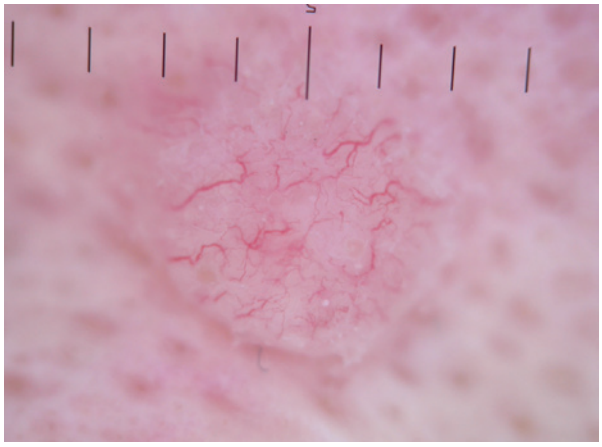
Эрозия на коже крыла носа у мужчины 30 лет: при дерматоскопии в этой небольшой узловой базалиоме, полностью иссеченной с отступом 2 мм, визуализируется отграниченная область ветвящихся сосудов с центральным изъязвлением.





Папула розового цвета на коже кончика носа у мужчины 50 лет: при дерматоскопии в этой узловой базалиоме, полностью иссеченной с отступом 2 мм, определяются четно выраженная область линейных ветвящихся сосудов на бесструктурном розовом фоне.

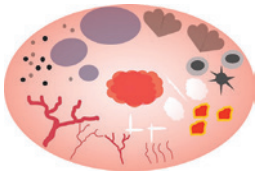




Телеангиэктатическая бляшка розового цвета на коже носа у мужчины 60 лет: при дерматоскопии в этой узловой базалиоме, полностью иссеченной с отступом 2 мм, определяется четко отграниченная область линейных ветвящихся сосудов с розовыми бесструктурными участками.

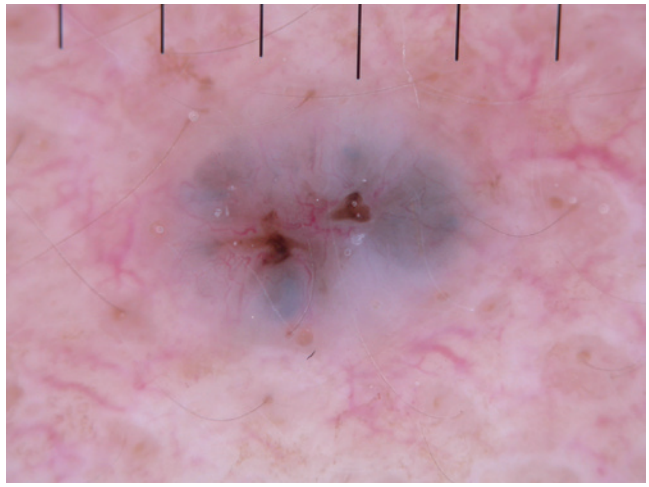
Возможность экономного иссечения опухоли можно рассматривать только в том случае, если при дерматоскопии четко определяется край базалиомы, а ее структура соответствует узловому подтипу.

Узловой БКР – пигментированный мелкий узел

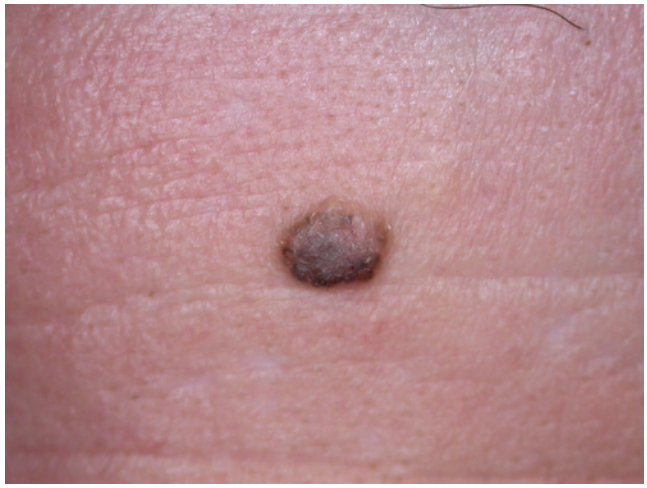


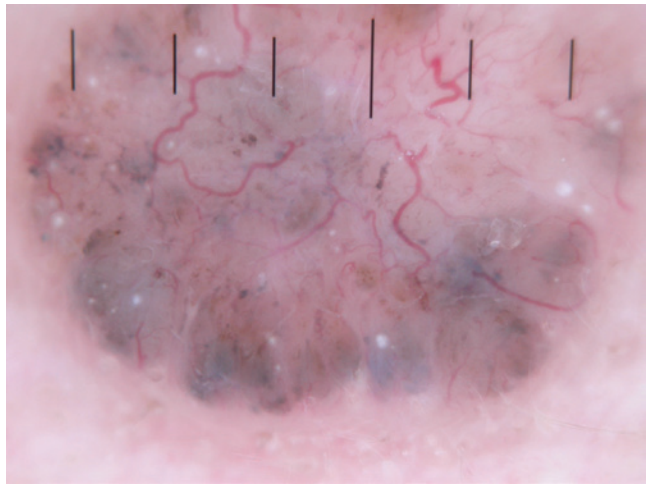
В узловых базалиомах с преобладанием пигментных структур типичные сосудистые признаки могут быть скрыты большим количеством пигмента. Такие образования весьма подозрительны в клиническом отношении, поскольку напоминают меланоцитарные опухоли. Наличие изъязвлений и/или блестящих белых пятен и тяжистых структур может помочь в постановке диагноза. Клинически эти базалиомы представляют собой четко отграниченные папулы или узелки, при дерматоскопии которых нередко видна четкая граница между опухолью и окружающей кожей.





Пигментированная бляшка на коже височной области у мужчины 70 лет: при дерматоскопии в этой пигментированной узловой базалиоме, полностью иссеченной с отступом 2 мм, визуализируются голубовато-серые овоидные «гнезда», линейные ветвящиеся сосуды и эрозии.





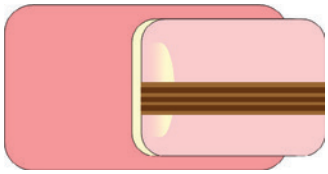
Пигментированная бляшка на коже лба у мужчины 40 лет: при дерматоскопии в этом случае пигментированного узлового БКР видны множественные голубовато-серые овоидные «гнезда», зернистая пигментация коричневого цвета, желтовато-белые глобулы и линейные ветвящиеся сосуды.

Ito, T. et al. Narrow-margin excision is a safe, reliable treatment for well-defined, primary pigmented basal cell carcinoma: an analysis of 288 lesions in Japan. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2015;29(9):1828–1831.

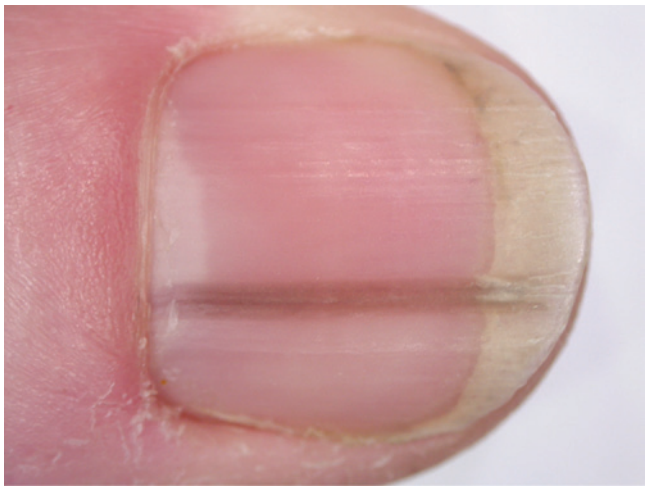
7.2 Онихоскопия

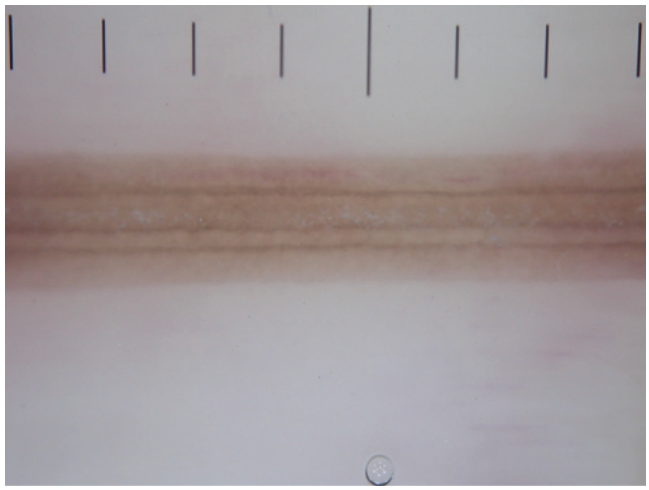
Невус ногтевого матрикса 184
Меланома *in situ* из структур ногтевого аппарата 185
Инвазивная меланома из структур ногтевого аппарата на ранних стадиях 186
Прогрессирующая меланома из структур ногтевого аппарата — пигментированная 187
Прогрессирующая меланома структур ногтевого аппарата — беспигментная 188
Плоскоклеточный рак структур ногтевого аппарата 189
Эритронихия 190
Онихопапиллома 191
Подногтевая гематома 192
Подногтевая гематома: клинические случаи 193
Околоногтевые бородавки 194
Онихомикоз 195
Хлоронихия — зеленые ногти 196
Пигментация ногтей — экзогенная 197
Капилляроскопия 198

Невус ногтевого матрикса

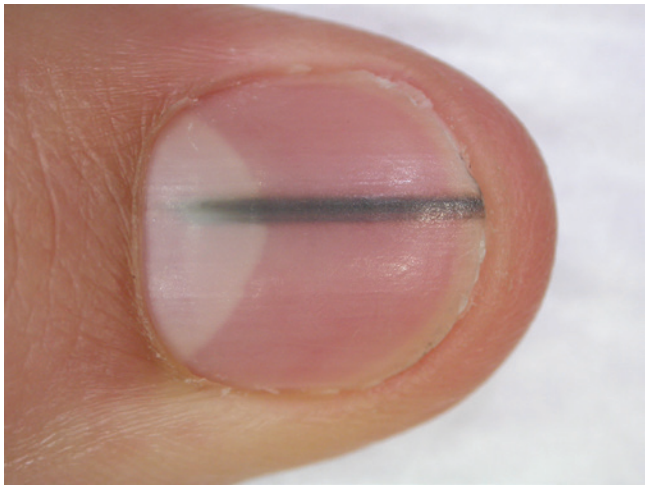


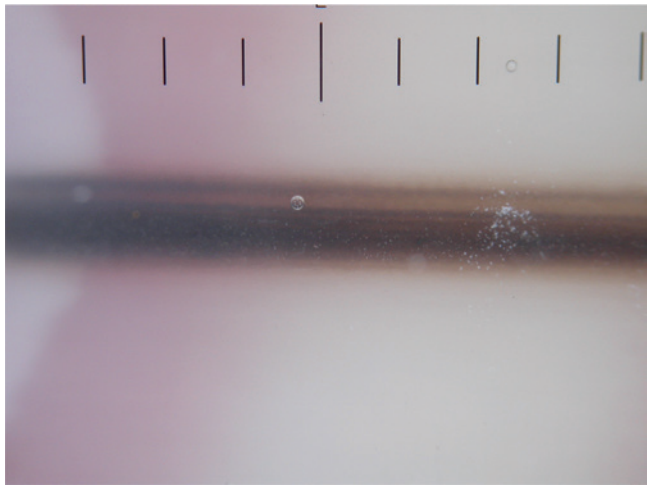
При невусе ногтевого матрикса формируется тонкая полоса меланонихии. Невусы проксимального отдела матрикса вызывают появление пигментации из-под проксимального ногтевого валика или проксимальнее лунулы. Невусы из дистального отдела матрикса будут бледнее с проксимальной стороны. Дерматоскопия свободного края ногтя помогает различить эти варианты, при этом пигментация преимущественно в верхней части ногтевой пластины характерна для невусов, расположенных проксимально, и наоборот. Если невус не увеличивается, полоса пигментации имеет одинаковую ширину на всем протяжении.





Продольная меланонихия, возникшая из проксимального отдела матрикса: при дерматоскопии в этом невусе матрикса ногтя видны однотипные параллельные линии коричневой пигментации без значительных изменений интенсивности пигмента.





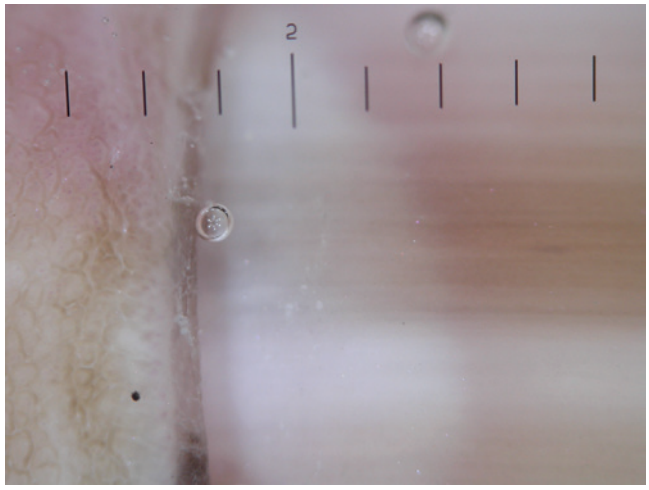
Продольная меланонихия на ногтевой пластинке, возникшая из дистального отдела матрикса: при дерматоскопии в этом гистологически подтвержденном невусе матрикса ногтя визуализируется однородная черная полоса.

Benati, E. et al. Clinical and dermoscopic clues to differentiate pigmented nail bands: an International Dermoscopy Society study. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2017:31(4):732–736.



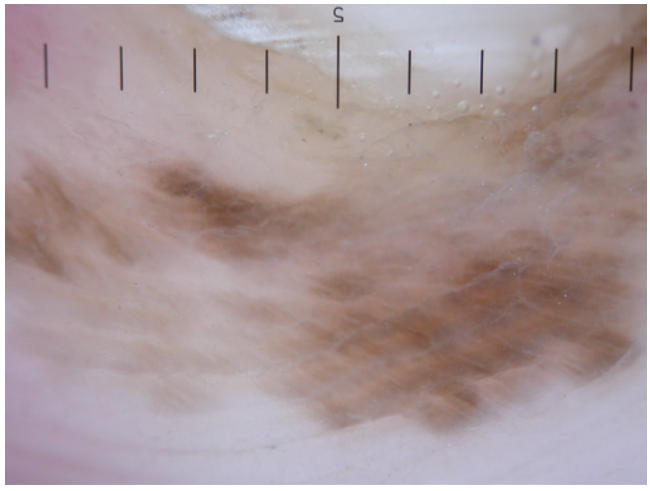
При меланоме *in situ (MIS)* из структур ногтевого аппарата появляется широкая полоса меланонихии, где при дерматоскопии видны параллельные пигментные линии, различающиеся по цвету и ширине. Иногда линии могут утрачивать свою параллельную ориентацию. Ногтевая пластинка, как правило, не истончена и не подвержена дистрофии, что более характерно для инвазивной меланомы. *MIS* может поверхностно распространяться на кожу, прилежащую к ногтевому валику, вызывая неоднородную пигментацию (т. н. симптом Хатчинсона).





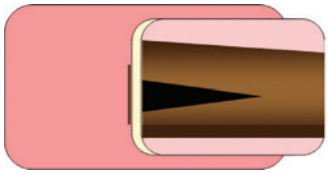
Вариабельная пигментация на большом пальце без дистрофии ногтя: при дерматоскопии в этой *MIS* видны широкие неравномерные полосы меланонихии и четкий симптом Хатчинсона с распространением пигмента на гипонихий.





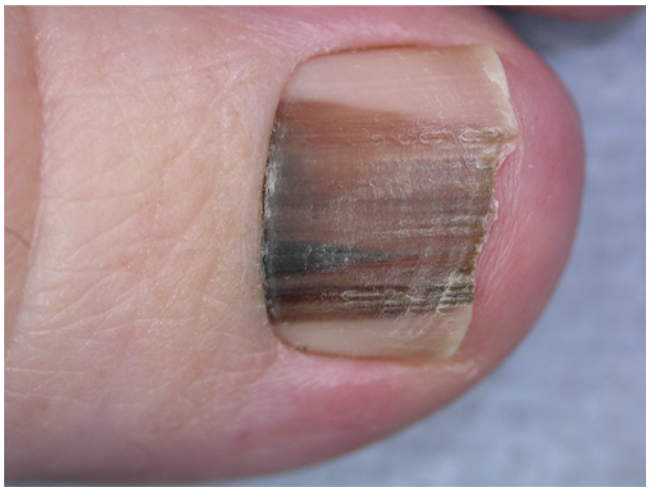
Четкий вид здоровой ногтевой пластинки с неравномерно расположенными параллельными пигментными линиями и неоднородной пигментацией, распространяющейся на кончик большого пальца и боковые ногтевые валики: при дерматоскопии визуализируется неоднородная пигментация, включая структуры в виде параллельных гребней.

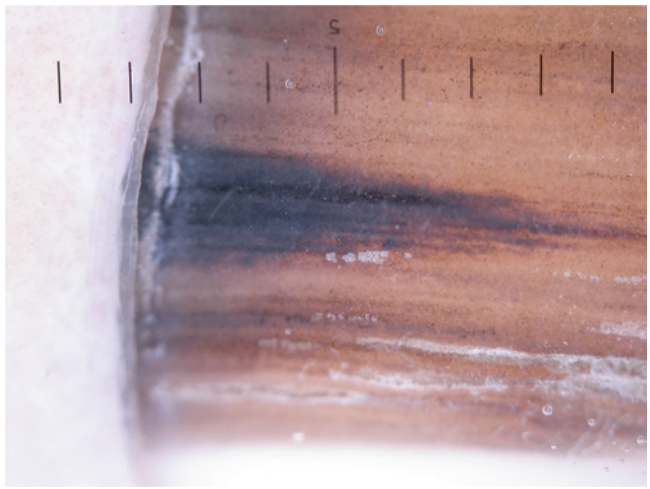
Неоднородный рисунок из линий, различающихся по цвету, ширине и расстоянию между ними, наблюдаемый в *MIS* из структур ногтевого аппарата, может напоминать штрих-код.
Di Chiacchio, N.D. et al. Consensus on melanonychia nail plate dermoscopy. *An Bras Dermatol*. 2013;88(2):309–313.



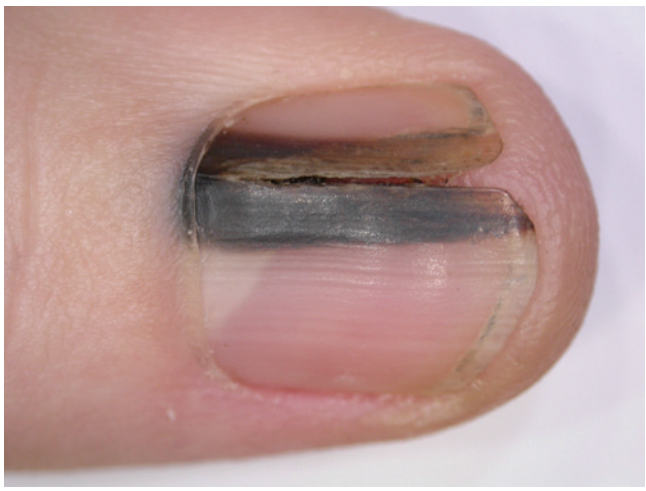


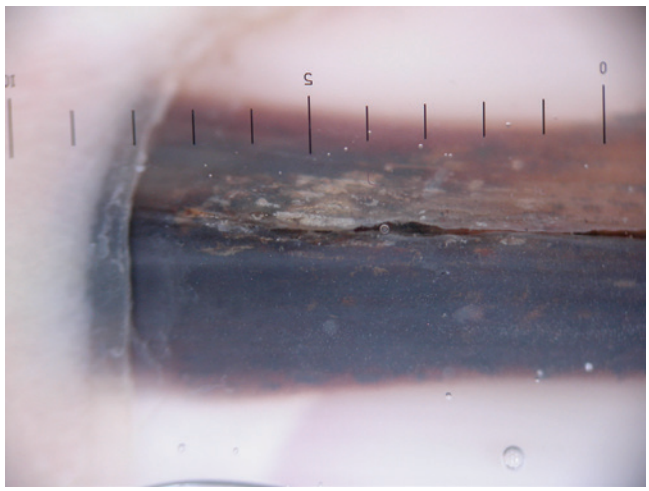
На ранних стадиях меланома ногтевого матрикса представляет собой полосу меланонихии с неоднородной пигментацией, которая со временем становится более широкой, атипичной и полихромной. Кроме того, полоса, расширяющаяся в проксимальном направлении («знак треугольника»), должна вызвать подозрение на меланому, поскольку это указывает на рост образования. По мере того, как опухоль инфильтрирует и разрушает матрикс ногтя неуклонно развивается его дистрофия. Микроскопическая пигментация ногтевого валика, заметная только при дерматоскопии, является ключевым признаком меланомы, известным как микросимптом Хатчинсона.





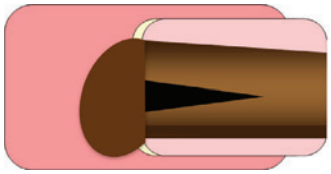
Меланома ногтевого матрикса толщиной 0,5 мм с широкой неоднородной полосой и ломкостью дистальных отделов ногтя в зоне пигментации: при дерматоскопии видны полихроматизм и треугольная зона гиперпигментации с проксимальной стороны.





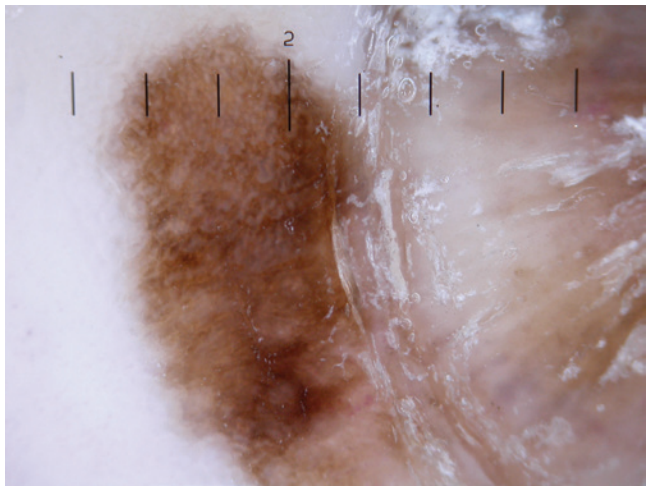
Меланома ногтевого матрикса толщиной 0,6 мм с незначительным расширением полосы меланонихии с проксимальной стороны и дистрофией ногтя, приведшей к продольной трещине: при дерматоскопии отчетливо видны расширение зоны пигментации с проксимальной стороны и размытые края.

Phan, A. et al. Dermoscopic features of acral lentiginous melanoma in a large series of 110 cases in a white population. *Br J Dermatol*. 2010;162(4):765–771.



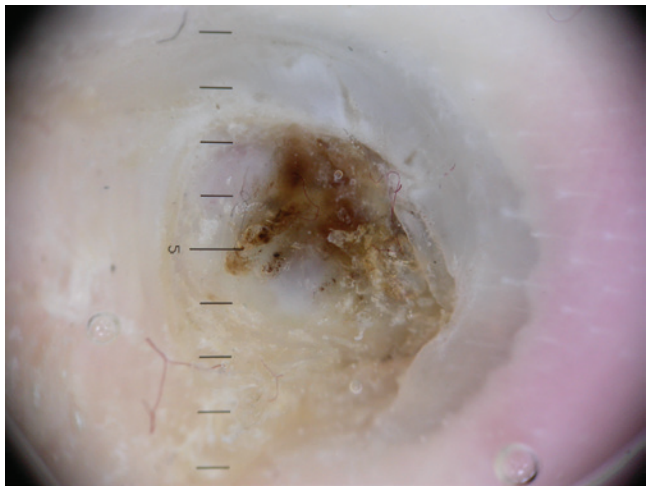
По мере развития меланомы из структур ногтевого аппарата происходит замещение ногтевого ложа опухолью с утратой ногтевой пластинки. К факторам, влияющим на клиническую картину, относятся длительность существования опухоли и связанную с этим толщину по Бреслоу. После утраты ногтя дерматоскопия становится менее ценной для диагностики.





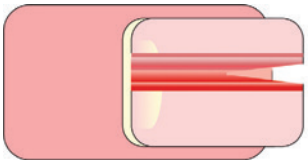
Меланома из структур ногтевого аппарата 0,6 мм с утратой ногтевой пластинки и положительным симптомом Хатчинсона: при дерматоскопии проксимального ногтевого валика визуализируется неоднородная пигментация с атипичной пигментной сетью.

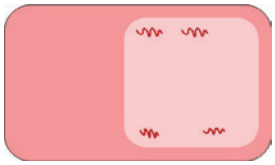




Меланома из структур ногтевого аппарата 4,0 мм с дистрофией ногтевой пластинки и очагом гиперпигментации, изначально предположительно грибковой природы: при дерматоскопии видны неоднородная гиперпигментация и черные точки.

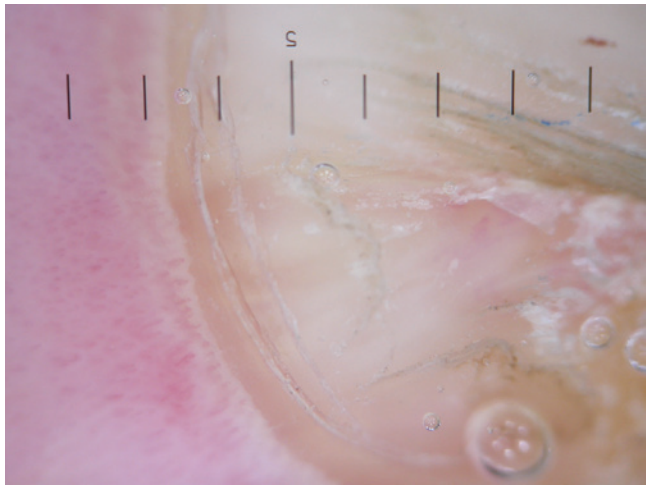
Меланома из структур ногтевого аппарата чаще всего возникает на большом пальце руки или ноги у пациентов старше 50 лет. Рассмотрите этот диагноз, если ширина полосы превышает 3 мм или покрывает >40% от ширины ногтевой пластины. До 30% случаев представлено беспигментными меланомами.





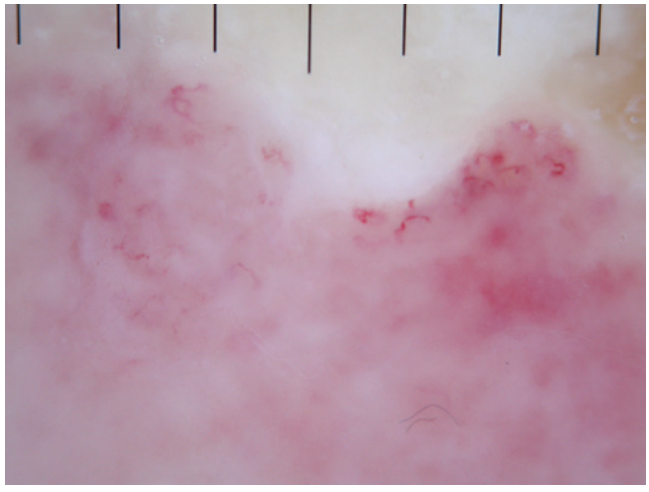
Прогрессирующие и гипопигментированные меланомы структур ногтевого аппарата могут сопровождаться эритроксантонихией, онихолизисом или трещинами ногтей. Эти меланомы обычно бедны дерматоскопическими признаками, поэтому диагноз (хотя и сложный) в большинстве случаев основывается на клинических данных, подтвержденных гистологическим исследованием биоптата. При наличии изолированной дистрофии ногтей без явной причины, такой как онихомикоз или травма, рассмотрите возможность выполнения биопсии структур ногтевого аппарата.





Меланома из структур ногтевого аппарата толщиной 1,5 мм с онихолизисом, фокусом эрозии и дистрофией ногтевой пластинки: дерматоскопия дает мало дополнительной информации, что подчеркивает важность выполнения биопсии.





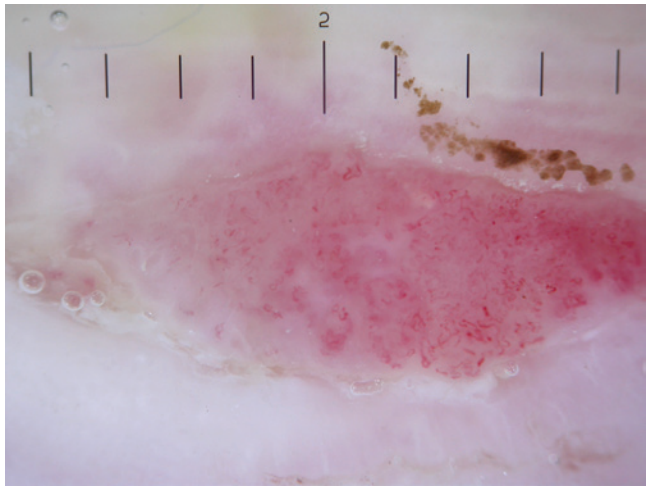
Полная утрата ногтя (анонихия) и изъязвление при этой меланоме толщиной 6,0 мм с вовлечением лимфатических узлов: при дерматоскопии видны «молочная» эритема и полиморфные сосуды.

Ogata, D. et al. Nail apparatus melanoma in a Japanese population: a comparative study of surgical procedures and prognoses in a large series of 151 cases. *Eur J Dermatol*. 2017:27(6):620–626.



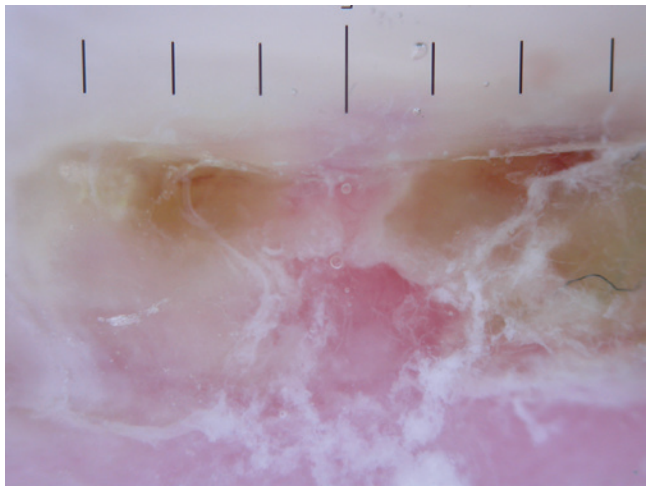
Плоскоклеточный рак (ПКР) является наиболее распространенной опухолью структур ногтевого аппарата, но часто диагностируется неправильно. Он может сопровождаться локализованным гиперкератозом или онихолизисом наряду с лейкоксантонихией. Дерматоскопические признаки крайне разнообразны, поэтому при прогрессирующих образованиях всегда выполняйте биопсию.





Дистрофичный ноготь с экссудативной опухолью, растущей из-под его латерального края: при дерматоскопии в этом случае умеренно дифференцированного ПКР визуализируются атипичные сосуды и эритема.

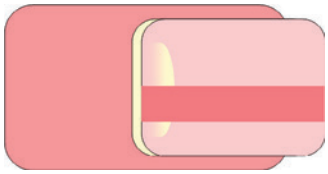




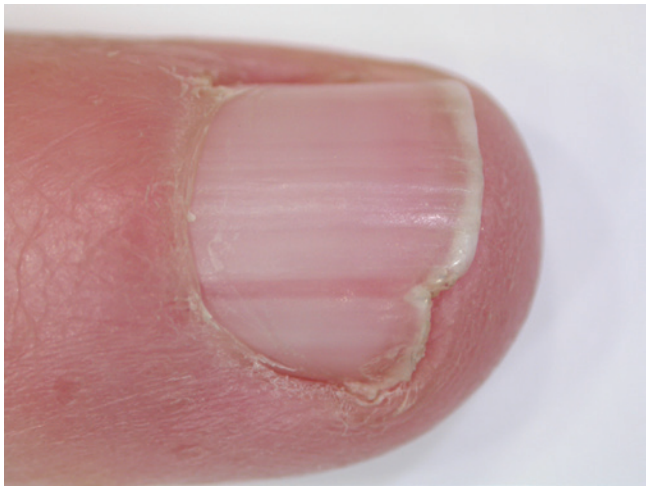
Дистрофичный ноготь с экссудативной опухолью, поражающей латеральный ногтевой валик: при дерматоскопии в этом случае умеренно дифференцированного ПКР видны изъязвление и кератиновый детрит.

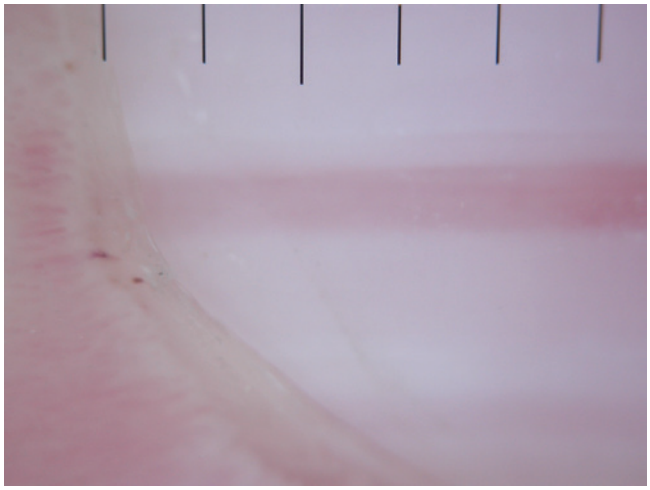
Teysseire, S. et al. Dermoscopic features of subungual squamous cell carcinoma: A study of 44 cases. *Dermatology.* 2017; 233:184–191.

Эритронихия



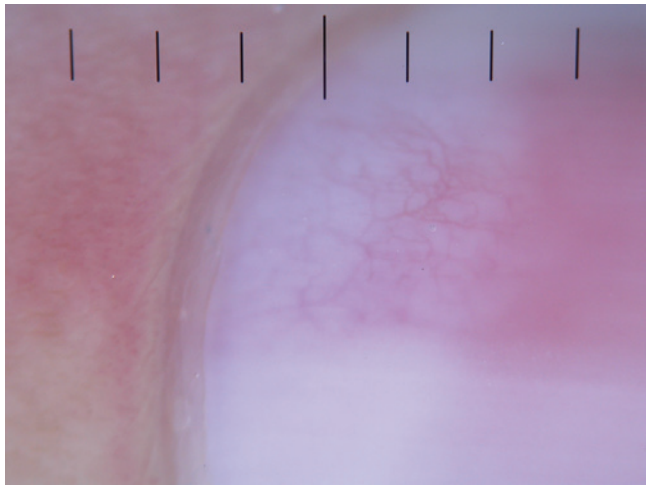
Наличие эритронихии на одном ногте должно побудить клинициста к проведению обследования для исключения первичного неопластического или диспластического процесса. Эритронихия нескольких ногтей вызывает меньшую тревогу и может быть идиопатической или ассоциированной с воспалительными дерматозами.





Тонкая полоска эритронихии на нескольких ногтях с засечкой на свободном крае у пациента с болезнью Дарье: при дерматоскопии видна тонкая однородная полоса эритронихии.

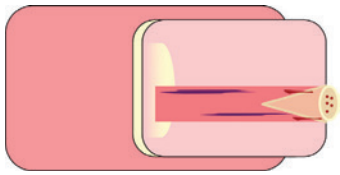




Широкая полоса эритронихии на одном ногте с болезненностью и засечкой в дистальной части: при дерматоскопии в этой гистологически подтвержденной гломусной опухоли (лучше всего выявляется при МРТ) на уровне клиновидной засечки видны подлежащие сосуды.

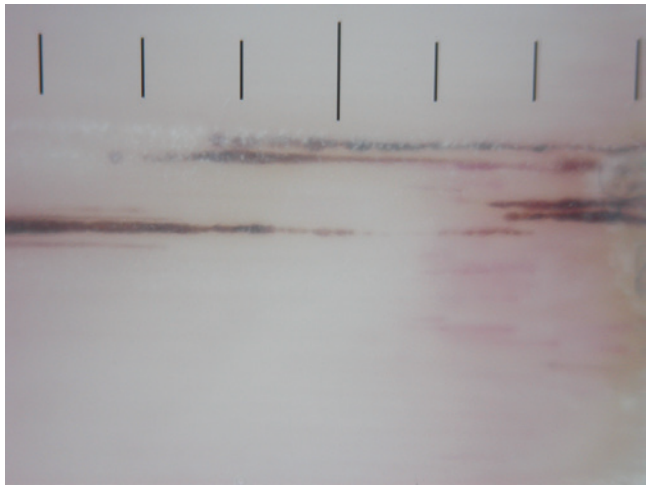
Ногти с продольными красными и белыми полосками при болезни Дарье (наследственном нарушении ороговения) иногда называют ногтями в виде «карамельной (леденцовой) трости» .
De Berker, D. et al. Erythronychia. *Dermatol Ther*. 2012;25(6):603–611.

Онихопапиллома



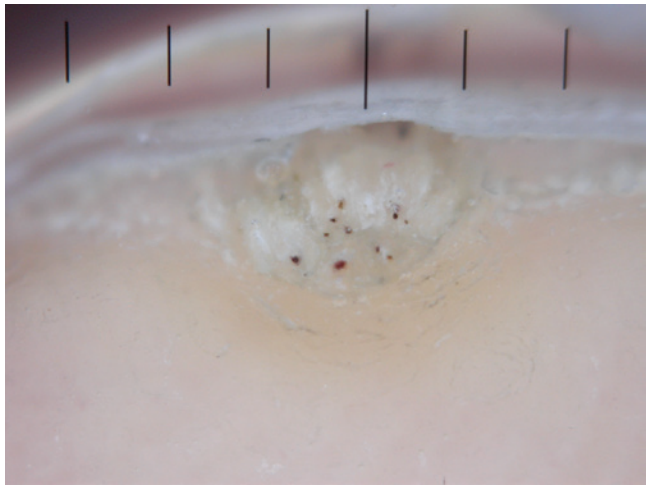
Онихопапиллома — редкая доброкачественная опухоль ногтевого ложа и дистального матрикса. Она обычно представлена продольной полосой эритронихии и осколочными кровоизлияниями в виде «занозы» с дистальным фокусом подногтевого кератоза. Дифференциальный диагноз включает гломусную опухоль, ПКР in situ, болезнь Дарье и красный плоский лишай.





Узкая полоса или эритронихия, начинающаяся у дистального края луночки, с множественными длинными и короткими продольными кровоизлияниями в виде «заноз», четко видимыми при дерматоскопии в этом случае онихопапилломы.





При осмотре свободного края ногтевой пластинки видно хорошо выраженное подногтевое кератотическое образование: при дерматоскопии в этой онихопапилломе визуализируется фокус черных геморрагических точек без утолщения вышележащей ногтевой пластинки.

Tosti, A. et al. Clinical, dermoscopic, and pathologic features of onychopapilloma: a review of 47 cases. *J Am Acad Dermatol* 2016;74(3):521–526.