

СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие.....	ix
Введение	x

ЧАСТЬ 1

Общие диагностические индексы

в дерматологии	1
----------------------	---

1 Оценочные инструменты дерматологических индексов	4
--	---

1.1 Правило девяток» и «правило ладони».....	4
--	---

1.2 Визуально-аналоговая шкала.....	5
-------------------------------------	---

2 Общие дерматологические индексы	6
---	---

2.1 Дерматологический индекс тяжести заболевания.....	6
---	---

2.2 Оценка функциональной значимости повреждения кожных покровов при дерматологических заболеваниях.....	6
--	---

2.3 Прогностическая шкала риска для кожи новорожденных.....	8
---	---

2.4 Оценка местной дерматологической терапии глюкокортикоидами.....	8
---	---

3 Общемедицинские индексы в дерматологии.....	16
---	----

3.1 Общая (глобальная) оценка клинического состояния пациента врачом.....	16
---	----

3.2 Общая оценка своего состояния пациентом.....	16
--	----

3.3 Индекс сочетанных заболеваний или индекс коморбидности.....	17
---	----

ЧАСТЬ 2

Диагностические индексы кожных заболеваний.....	21
---	----

4 Акне.....	23
-------------	----

4.1 Оценка степени тяжести акне.....	23
--------------------------------------	----

4.2 Оценка тяжести рубцов вследствие акне.....	33
--	----

4.3 Оценка воздействия акне на больного.....	38
--	----

5 Алоpecia андрогенетическая.....	46
-----------------------------------	----

5.1 Классификация андрогенетической алоpecia у мужчин.....	46
--	----

5.2 Классификация андрогенетической алоpecia у женщин.....	46
--	----

6 Алоpecia гнездная	52
---------------------------	----

6.1 Патогенетические типы гнездной алоpecia.....	52
--	----

6.2 Клинические формы гнездной алоpecia.....	52
--	----

6.3 Количественная оценка степени тяжести гнездной алоpecia.....	55
--	----

7 Атопический дерматит	57
------------------------------	----

7.1 Диагностические критерии атопического дерматита.....	57
--	----

7.2 Лабораторные параметры атопического дерматита.....	59
--	----

7.3 Индексы атопии.....	60
-------------------------	----

7.3 Индексы тяжести атопического дерматита.....	65
---	----

8 Болезнь Бехчета	80
-------------------------	----

8.1 Диагностические критерии болезни Бехчета.....	80
---	----

8.2 Индекс активности болезни Бехчета.....	84
--	----

9 Буллезный эпидермолиз.....	85
------------------------------	----

9.1 Индекс тяжести буллезного эпидермолиза у новорожденных.....	86
---	----

9.2 Индекс тяжести пограничного буллезного эпидермолиза.....	86
--	----

9.3 Индекс тяжести дистрофического буллезного эпидермолиза.....	89
---	----

9.4 Бирмингемский индекс тяжести буллезного эпидермолиза.....	90
---	----

10 Васкулит.....	95
------------------	----

10.1 Классификация васкулита.....	95
-----------------------------------	----

10.2 Бирмингемский индекс клинической активности васкулита.....	100
---	-----

10.3 Индекс повреждений при васкулите.....	102
--	-----

11 Витилиго	108
-------------------	-----

11.1 Индекс прогрессивности витилиго.....	108
---	-----

11.2 Индекс тяжести поражения кожи при витилиго VIMAN.....	109
--	-----

11.3 Индекс распространенности витилиго.....	111
--	-----

11.4 Оценка тяжести витилиго Европейской рабочей группы по изучению витилиго.....	112	26 Красная волчанка.....	169
12 Гангрена Фурнье.....	115	26.1 Количественная оценка кожной красной волчанки.....	169
13 Герпес простой.....	117	26.2 Количественная оценка системной красной волчанки.....	173
13.1 Клинические индексы терапии простого герпеса.....	117	27 Красный плоский лишай.....	192
14 Гидраденит гнойный.....	120	27.1 Плоский лишай слизистой полости рта.....	192
14.1 Балльная оценка тяжести гнояного гидраденита.....	120	27.2 Плоский лишай кожи головы.....	195
15 Гипергидроз.....	123	28 Лимфома кожи.....	197
15.1 Индекс площади поражения и тяжести гипергидроза.....	123	28.1 Классификация кожных лимфом.....	197
15.2 Шкала тяжести гипергидроза.....	124	28.2 Индекс опухолевой нагрузки.....	198
16 Гирсутизм.....	125	28.3 Индекс тяжести кожной Т-клеточной лимфомы.....	200
17 Демодекоз.....	129	28.4 Другие прогностические индексы кожных лимфом.....	200
17.1 Оценка степени клещевой инвазии у больных демодекозом.....	130	29 Мастоцитоз.....	204
18 Дерматит контактный ирритантный.....	132	29.1 Диагностические критерии кожного мастоцитоза.....	204
18.1 Клиническая оценка тяжести ирритантного контактного дерматита.....	133	29.2 Клиническая количественная оценка мастоцитоза кожи.....	205
19 Дерматит контактный профессиональный.....	135	30 Мелазма.....	209
19.1 Индекс тяжести профессионального контактного дерматита.....	135	30.1 Оценка тяжести мелазмы.....	211
20 Дерматит пеленочный.....	138	31 Меланома кожи.....	213
21 Дерматомиозит.....	140	31.1 Клинические и количественные методы диагностики меланомы.....	213
21.1 Диагностические критерии дерматомиозита.....	140	32 Онихомикозы.....	216
21.2 Индекс тяжести кожных поражений при дерматомиозите.....	141	32.1 Основные клинические формы онихомикоза.....	216
22 Зуд.....	143	32.2 Оценка степени тяжести онихомикоза.....	219
22.1 Визуально-аналоговая шкала.....	143	33 Периоральный дерматит.....	227
22.2 Опросники, шкалы и индексы для оценки зуда.....	146	33.1 Индекс тяжести периорального дерматита (ИТПОД).....	229
23 Ихтиоз.....	159	34 Псориаз.....	231
24 Кандидоз.....	161	34.1 Методы оценки тяжести псориаза.....	231
24.1 Опросник W. G. Crook для пациентов с целью выявления кандидозной инфекции.....	161	34.2 Оценка тяжести псориазического артрита.....	239
24.2 Шкала оценки тяжести кандидоза полости рта.....	165	34.3 Оценка тяжести поражения ногтей при псориазе.....	249
25 Крапивница.....	166	35 Пузырчатка.....	249
25.1 Клинические оценки тяжести крапивницы.....	166	35.1 Оценки степени тяжести пузырчатки.....	249
25.2 Оценка качества жизни пациента, страдающего крапивницей.....	167	36 Пустулез острый генерализованный эксантематозный.....	259
		37 Розацеа.....	261
		37.1 Клинические стадии, признаки и формы розацеа.....	261
		37.2 Ранжирование розацеа по степени тяжести.....	265

37.3 Оценка эффективности терапии розацеа.....	271	42 Экзема.....	296
38 Розовый лишай.....	273	42.1 Экзема дисгидротическая.....	296
38.1 Диагностические критерии розового лишая.....	275	42.2 Экзема микробная.....	298
38.2 Оценка тяжести розового лишая.....	275	42.3 Экзема кистей.....	299
39 Склеродермия.....	277	43 Эризипелоид и некротизирующий фасциит.....	306
39.1 Диагностические критерии системной склеродермии.....	277	43.1 Диагностический индекс Sverdrup и соавт. для оценки пациентов с эризипелоидом и некротизирующим фасциитом.....	306
39.2 Диагностические признаки системной склеродермии.....	277	43.2 Лабораторный индикатор риска некротизирующего фасциита.....	308
39.3 Количественные оценки системной склеродермии.....	277	44 Эритродермия.....	311
40 Токсический эпидермальный некролиз.....	282	44.1 Индекс эритродермии (ИЭ).....	312
40.1 Критерии диагностики токсического эпидермального некролиза.....	282	44.2 Диагностические признаки системной склеродермии.....	277
40.2 Дифференциально-диагностическая классификация острых буллезных состояний.....	283	44.3 Количественные оценки системной склеродермии.....	277
40.3 Оценка тяжести токсического эпидермального некроза и прогноз выживаемости.....	283		
41 Фотодерматит.....	287	ЧАСТЬ 3	
41.1 Фототип кожи человека.....	287	Качество жизни в дерматологии.....	315
41.2 Классификация фототипов кожи по Фицпатрику.....	288	45 Методы измерения качества жизни.....	318
41.3 Определение фототипа кожи по количественной шкале Фицпатрика.....	289	46 Дерматологические индексы качества жизни.....	319
41.4 Практическое применение фототипирования кожи.....	291	46.1 Общие дерматологические индексы качества жизни.....	319
41.5 Фотодерматоз полиморфный.....	292	46.2 Индексы качества жизни для специфических кожных заболеваний.....	330
		Заключение.....	342

9 БУЛЛЕЗНЫЙ ЭПИДЕРМОЛИЗ

Буллезный эпидермолиз — обусловленная генетическими дефектами группа заболеваний с характерным спонтанным развитием пузырей или их появлением на месте незначительной травмы (**рис. 9.1**). Различают три основных типа этого заболевания: простой, пограничный и дистрофический буллезный эпидермолиз, а также их многочисленные под-
типы¹.

В 2003 году японская группа исследователей редких трудноизлечимых кожных болезней предложила стандарты диагностики и лечения буллезного эпидермолиза². Данные стандарты созданы для двух типов буллезного эпидермолиза — пограничного (ПБЭ) и дистрофического (ДБЭ). Согласно японским стандартам, диагноз ювенильного или дистрофического буллезного эпидермолиза устанавливают при наличии определенных клинических и гистологических критериев.

Клинические критерии:

- Начало при рождении
- Пузыри легко образуются на коже и слизистых после слабого механического раздражения
- Исключаются другие пузырьные заболевания
- Очаги разрешаются с атрофией или рубцеванием.

Гистологический критерий:

- Субэпидермальное (не внутриэпидермальное) формирование пузырей.

Популяция пациентов	Клинические критерии	Гистологические критерии
Новорожденный или младенец (до двух лет)	1, 2 и 3	Отмечаются
Взрослый	1, 2, 3 и 4	Отмечаются



Рисунок 9.1 Врожденный буллезный эпидермолиз.

После установления диагноза буллезного эпидермолиза на основании анамнеза, кожной и внекожной симптоматики, исключения других пузырных заболеваний, выявляют тип дерматоза. Для его точного определения проводят биопсию свежих пузырей и с помощью светового микроскопа устанавливают морфологическую природу пузыря (внутриэпидермальный, в дермо-эпидермальном соединении или внутридермальный). Японские исследователи отмечают, что в спорадических случаях буллезного эпидермолиза у новорожденных и детей до двух лет практически невозможно провести клинический дифференциальный диагноз между доминантным и рецессивным дистрофическим буллезным эпидермолизом. В таких случаях для точного диагноза необходим молекулярный анализ.

Признаки, ассоциированные с ювенильным буллезным эпидермолизом:

1. Пузыри локализуются в дермо-эпидермальном соединении (по данным электронной микроскопии)
2. Отмечается атрофия кожи и гипоплазия зубной эмали
3. Имеется мутация в одном из следующих генов:
 - Ламинин 5 альфа-3, бета-3 или гамма-2 цепей
 - Интегрин альфа-6 или подтип бета-4
 - Антиген для буллезного пемфигоида

Признаки, ассоциированные с доминантным дистрофическим буллезным эпидермолизом:

1. Пузыри локализуются в дерме (по данным электронной микроскопии)
2. Поражены родители и дети
3. Имеется мутация в гене (COL7A1) VII типа коллагена.

Признаки, ассоциированные с рецессивным дистрофическим буллезным эпидермолизом:

1. Пузыри локализуются в дерме (по данным электронной микроскопии)
2. Пузыри наблюдаются у одного ребенка или также у сибсов (родных братьев и сестер)
3. Отмечается рубцевание кожи и выраженная синдактилия
4. Имеется мутация в гене (COL7A1) VII типа коллагена.

Японская группа исследователей буллезного эпидермолиза предложила несколько индексов тяжести заболевания, важных для оценки его прогноза:

- Отдельный индекс тяжести буллезного эпидермолиза новорожденных, поскольку в спорадических случаях заболевания тип буллезного эпидермолиза у новорожденных определить невозможно
- Индекс тяжести пограничного буллезного эпидермолиза
- Индекс тяжести дистрофического буллезного эпидермолиза.

9.1 ИНДЕКС ТЯЖЕСТИ БУЛЛЕЗНОГО ЭПИДЕРМОЛИЗА У НОВОРОЖДЕННЫХ

Индекс тяжести буллезного эпидермолиза у новорожденных включает шесть основных и пять дополнительных параметров (табл. 9.1)².

К основным параметрам относятся: новые пузыри, площадь распространения пузырей (%), пузыри в полости рта, сложность вскармливания, изменение веса, стафилококковая инфекция, устойчивая к терапии метициллином.

К дополнительным параметрам относятся: дефект ламинина 5, атрезия пилоруса, семейный анамнез летального случая буллезного эпидермолиза, наличие тяжелого рецессивного дистрофического буллезного эпидермолиза в семейном анамнезе, наличие в семейном анамнезе буллезного эпидермолиза с мышечной дистрофией.

9.2 ИНДЕКС ТЯЖЕСТИ ПОГРАНИЧНОГО БУЛЛЕЗНОГО ЭПИДЕРМОЛИЗА

Индекс тяжести пограничного буллезного эпидермолиза учитывает следующие восемь параметров: новые пузыри, площадь распространения пузырей, пузыри в полости рта, рост в процентах от нормы, вес в процентах от нормы, анемия (гемоглобин в процентах от нормы), белок сыворотки крови (в процентах от нормы), инфекция *Staphylococcus aureus* с устойчивостью к метициллину (MRSA) (табл. 9.2)².

Таблица 9.1 Расчет индекса тяжести буллезного эпидермолиза новорожденных

Параметры	Признаки	Баллы
Пузыри новые	Нет	0
	1–4 в неделю	1
	5–10 в неделю	2
	> 10 в неделю	3
Площадь распространения пузырей	Нет	0
	1–4 %	1
	5–15 %	2
	> 15 %	3
Пузыри в полости рта	Нет	0
	1 или 2 в месяц	1
	Несколько в месяц	2
	Персистирующие, всегда	3
Сложность вскармливания	Нет	0
	Незначительная	1
	Умеренная	2
	Выраженная	3
Изменение веса	Прибавка веса в норме	0
	Малая прибавка	1
	Вес не прибавляется	2
	Потеря веса	3
Инфекция <i>Staphylococcus aureus</i> с устойчивостью к метициллину (MRSA)	Нет	0
	Местная, неактивная инфекция	1
	Местная, активная инфекция	2
	Системная инфекция	3
Общая сумма баллов подсчитывается по данным всех шести параметров		

ИНТЕРПРЕТАЦИЯ ИНДЕКСА

- Максимальное количество баллов равно 18.
- При количестве баллов от 0 до 5 заболевание оценивается как легкое, от 6 до 10 баллов — средней тяжести, от 11 до 16 баллов — тяжелой степени.
- Пациент оценивается как тяжелый, если имеется 1 или более баллов плюс наличие как минимум одного из пяти дополнительных параметров (дефект ламинина 5, атрезия пилоруса, семейный анамнез летального случая буллезного эпидермолиза, наличие тяжелого рецессивного дистрофического буллезного эпидермолиза в семейном анамнезе, наличие в семейном анамнезе буллезного эпидермолиза с мышечной дистрофией).

Таблица 9.2 Расчет индекса тяжести пограничного буллезного эпидермолиза

Параметры	Признаки	Баллы
Пузыри новые	Нет	0
	От 1 до 3 в неделю	1
	> 4 в неделю	2
	Каждый день	3
Площадь распространения пузырей	Нет	0
	1–4 %	1
	5–15 %	2
	> 15 %	3
Пузыри в полости рта	Нет	0
	1 или 2 в месяц	1
	Несколько в месяц	2
	Персистирующие	3
Рост	100 %	0
	91–99 %	1
	80–90 %	2
	< 80 %	3
Вес	100 %	0
	91–99 %	1
	80–90 %	2
	< 80 %	3
Анемия	100 %	0
	91–99 %	1
	80–90 %	2
	< 80 %	3
Белок сыворотки крови	100 %	0
	91–99 %	1
	80–90 %	2
	< 80 %	3
Инфекция <i>Staphylococcus aureus</i> с устойчивостью к метициллину (MRSA)	Нет	0
	Местная, неактивная инфекция	1
	Местная, активная инфекция	2
	Системная инфекция	3
Общая сумма баллов подсчитывается по данным всех восьми параметров		

ИНТЕРПРЕТАЦИЯ ИНДЕКСА

- Максимальное количество баллов — 24
- При сумме баллов от 0 до 7 заболевание оценивается как легкое, от 8 до 14 баллов — средней тяжести, от 15 до 24 баллов — тяжелой степени
- Пациент оценивается как тяжелый, если имеется 1 или более баллов и хотя бы один из следующих признаков: плоскоклеточная карцинома, реактивный амилоидоз, дефект ламинина 5, семейный анамнез летального случая, атрезия пилоруса.

9.3 ИНДЕКС ТЯЖЕСТИ ДИСТРОФИЧЕСКОГО БУЛЛЕЗНОГО ЭПИДЕРМОЛИЗА

Индекс тяжести дистрофического буллезного эпидермолиза учитывает следующие 12 параметров²: появление новых пузырей, площадь распространения пузырей, пузыри в полости

рта, образование рубца, псевдосиндактилия, стеноз пищевода, рост в процентах от нормы, вес в процентах от нормы, анемия (гемоглобин в процентах от нормы), белок сыворотки крови (в процентах от нормы), минеральная плотность костей (процент от нормы), инфекция *Staphylococcus aureus* с устойчивостью к метициллину (табл. 9.3).

Таблица 9.3 Расчет индекса тяжести дистрофического буллезного эпидермолиза

Параметры	Признаки	Баллы
Появление новых пузырей	Нет	0
	1–3 в неделю	1
	>= 4 в неделю	2
	Каждый день	3
Площадь распространения пузырей	Нет	0
	1–4 %	1
	5–15 %	2
	> 15 %	3
Пузыри в полости рта	Нет	0
	1 или 2 в месяц	1
	Несколько в месяц	2
	Персистирующие	3
Формирование рубцов	Нет	0
	Мало	1
	Умеренно	2
	Тяжелые	3
Псевдосиндактилия	Нет	0
	Слабо выражена	1
	Умеренно выражена	2
	Тяжелая	3
Стеноз пищевода	Нет	0
	Дисфагия	1
	Невозможно принимать твердую пищу	2
	Невозможно принимать жидкость	3
Рост в процентах от нормы	100 %	0
	91–99 %	1
	80–90 %	2
	< 80 %	3
Вес в процентах от нормы	100 %	0
	91–99 %	1
	80–90 %	2
	< 80 %	3

30 МЕЛАЗМА

Мелазма (хлоазма) — приобретенный меланоз участков тела, подверженных воздействию солнечных лучей, для которого характерно появление желтовато-коричневых, коричневых или серо-голубых пятен или бляшек — чаще всего на лице, реже на шее и предплечьях¹. Вариабельность клинических проявлений мелазмы зависит от локализации пигмента в коже. Так, при мелазме эпидермального типа меланин скапливается в базальном и супрабазальном слоях эпидермиса, и мелазма имеет желто-коричневый или коричневый цвет (**рис. 30.1**). В случае мелазмы дермального типа содержащие меланин макрофаги расположены в поверхностных или глубоких слоях дермы, поэтому мелазма приобретает серо-голубой оттенок (**рис. 30.2**). При мелазме смешанного типа меланин находится как в эпидермисе, так и в дерме, и высыпания имеют серый, коричневый или серо-

коричневый цвет (**рис. 30.3**). Интенсивность пигментации также варьирует от легкой до тяжелой степени. Кроме того, отмечаются сезонные вариации тяжести течения мелазмы. Она может ухудшаться под воздействием ультрафиолетовых лучей спектра А и В и более заметна в летние месяцы². Мелазма чаще встречается у женщин, чем у мужчин, причем особенно у женщин детородного возраста. Пациентов, как правило, больше всего беспокоит косметический дефект, ухудшающий внешний вид. Факторами, ухудшающими заболевание у женщин, являются беременность или применение пероральных противозачаточных средств, а также прием лекарственных препаратов (фентоина или метилфентоина), дисфункция эндокринной системы или заболевание печени, пищевые дефициты и идиопатические причины. На лице мелазма проявляется в трех вариантах:



Рисунок 30.1 Мелазма эпидермального типа.

центрофациальном (щеки, лоб, верхняя губа и подбородок), скуловом (щеки и нос) и нижнечелюстном (область нижней челюсти).

Дифференцируют мелазму с поствоспалительной гиперпигментацией, а также с красной волчанкой (в случае скулового варианта).



Рисунок 30.2 Мелазма дермального типа.

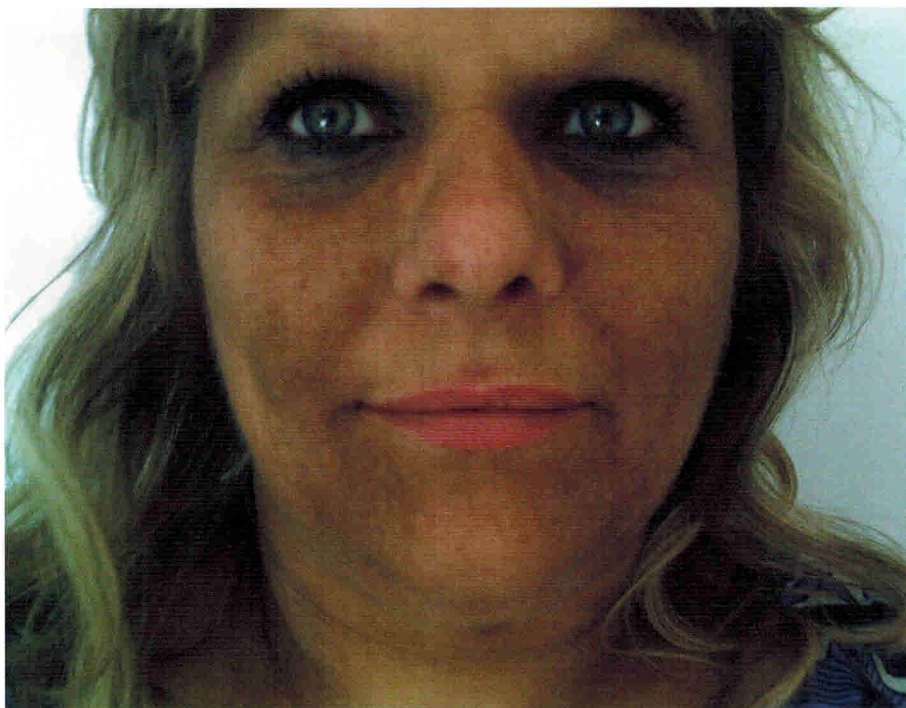


Рисунок 30.3 Мелазма смешанного типа.

30.1 ОЦЕНКА ТЯЖЕСТИ МЕЛАЗМЫ

Тяжесть мелазмы можно измерить субъективно по балльной шкале. При этом шкала произвольно градуируется на четыре или восемь делений для количественного определения степени пигментации. Так, на шкале, определяющей статус гиперпигментации или мелазмы, деление с отметкой «0» соответствует отсутствию мелазмы. Это означает, что цвет очагов мелазмы приближается к цвету окружающей здоровой кожи или наблюдается лишь минимальная остаточная гиперпигментация. Отметка «1» означает легкую степень мелазмы, при которой цвет очагов слегка темнее, чем цвет окружающей здоровой кожи. Отметка «2» соответствует умеренной степени мелазмы и указывает на то, что цвет очагов умеренно темнее, чем цвет окружающей здоровой кожи. Отметка «3» указывает на тяжелую степень мелазмы, при которой цвет очагов значительно темнее цвета окружающей здоровой кожи³. Альтернативно применяется еще одна шкала цветовой градации (по сравнению с исходным статусом), на которой отметка «-3» означает цвет намного темнее исходного, «-2» — цвет темнее исходного, «-1» — цвет слегка темнее исходного, «0» — цвет без изменений, «1» — цвет слегка светлее исходного, «2» — цвет светлее исходного, «3» — цвет намного светлее исходного и «4» — отсутствие цвета².

Кроме того, для оценки эффективности терапии при мелазме применяются такие балльные оценки как «Общая оценка состояния заболевания врачом», «Общая оценка состояния заболевания пациентом» и «Шкала клинического ответа на терапию». Такие шкалы могут содержать от трех до пяти делений.

1. Общая оценка состояния заболевания врачом определяет улучшение мелазмы вследствие терапии, при этом: 0 — заболевание полностью разрешилось, признаки гиперпигментации отсутствуют; 1 — заболевание почти разрешилось, минимальные видимые следы гиперпигментации; 2 — выраженные признаки гиперпигментации³.
2. Общая оценка состояния заболевания пациентом определяет улучшение мелазмы по следующей шкале: 0 — кожа полностью очистилась; 1 — кожа почти очистилась; 2 — отмечается значительная гиперпигментация³.

3. Шкала клинического ответа мелазмы на терапию градируется следующим образом (по сравнению с исходным состоянием): -2 — стало гораздо хуже; -1 — стало хуже; 0 — без изменений; 1 — наблюдается улучшение; 2 — наблюдается значительное улучшение⁴.

Вышеописанные системы измерения тяжести мелазмы с применением балльных шкал являются субъективными, и индивидуальные оценки наблюдателей могут варьировать. Для более точной количественной оценки тяжести мелазмы, а также изменений очагов мелазмы вследствие терапии был предложен Индекс площади поражения и тяжести мелазмы⁵.

30.1.1 ИНДЕКС ПЛОЩАДИ ПОРАЖЕНИЯ И ТЯЖЕСТИ МЕЛАЗМЫ

Индекс площади поражения и тяжести мелазмы (Melasma Area and Severity Index [MASI]) был предложен исследователями из Мичиганского университета (США) в 1994 году (табл. 30.1)⁵. Тяжесть мелазмы оценивается в каждом из четырех следующих анатомических участков лица: лоб, скуловая область правой щеки, скуловая область левой щеки и подбородок, которые составляют 30 %, 30 %, 30 % и 10 % общей площади лица соответственно. Для оценки применялись три переменных параметра: A (Area) — процент поражения общей площади участка, D (Darkness) — потемнение/интенсивность пигментации, H (Homogeneity) — однородность/гомогенность пигментации.

Площадь поражения анатомических участков лица (A) определяется следующим образом: 0 — поражение отсутствует, 1 — поражено < 10 %, 2 — поражено 10–29 %, 3 — поражено 30–49 %, 4 — поражено 50–69 %, 5 — поражено 70–89 %, 6 — поражено 90–100 %.

Степень потемнения очага мелазмы (D) сравнивается с цветом нормальной кожи и градируется по шкале от нуля до четырех следующим образом: 0 — нормальный цвет кожи без проявления гиперпигментации, 1 — едва заметная гиперпигментация, 2 — слабо выраженная гиперпигментация, 3 — умеренная гиперпигментация, 4 — сильно выраженная гиперпигментация.

Однородность/гомогенность гиперпигментации (H) также градировалась по шкале от нуля до четырех: 0 — нормальный цвет кожи без признаков гиперпигментации, 1 — крапинки, 2 — небольшие пятнышки (< 1,5 см в диа-

Таблица 30.1 Индекс MASI (индекс площади поражения и тяжести мелазмы)

Параметры	Анатомические участки			
	Лоб	Правая щека	Левая щека	Подбородок
A — % поражения кожи				
0 — нет				
1 — < 10 %				
2 — 10–29 %				
3 — 30–49 %				
4 — 50–69 %				
5 — 70–89 %				
6 — 90–100 %				
D — степень потемнения/интенсивности пигментации				
0				
1				
2				
3				
4				
H — однородность/гомогенность пигментации				
0				
1				
2				
3				
4				
MA SI	0,3 (D+H) A	0,3 (D+H) A	0,3 (D+H) A	0,1 (D+H) A

метре), 3 — пятна (> 2 см в диаметре), 4 — однородное поражение кожи без светлых очагов.

Расчет индекса MASI: сумма баллов, начисленная за потемнение и однородность, умножается на величину площади поражения и на определенный процент для каждого из четырех анатомических участков лица.

Общий индекс MASI = Лоб 0,3 (D+H) A + Правая щека 0,3 (D+H) A + Левая щека 0,3 (D+H) A + Подбородок 0,1 (D+H) A

ЛИТЕРАТУРА

1. Дерматология Фицпатрика в клинической практике в 3 т. / Клаус Вольф, Лоуэлл Ф. Голд-

смит, Стивен И. Кац и др.; пер. с англ.; общ. ред. акад. А. А. Кубановой. — М.: Издательство Панфилова; БИНОМ. Лаборатория знаний, 2012. — Т. 1. — с. 694.

2. Taylor SC. Objective and subjective measures of melasma. *Cosm Dermatol* 2010; 20 (2): 93–95.
3. Taylor SC, Torok H, Jones T, et al. Efficacy and safety of a new triple-combination agent for the treatment of facial melasma. *Cutis*. 2003;72:67–72.
4. Griffiths CE, Finkel LJ, Ditre CM, et al. Topical tretinoin (retinoic acid) improves melasma: a vehicle-controlled, clinical trial. *Br J Dermatol* 1993;129:415–421.
5. Kimbrough-Green CK, Griffiths CE, Finkel LJ, et al. Topical retinoic acid (tretinoin) for melasma in black patients. a vehicle-controlled trial. *Arch Dermatol* 1994;130:727–733.

31 МЕЛАНОМА КОЖИ

Меланома (меланокарцинома, новокарцинома, меланомалигнома) — одна из наиболее злокачественных опухолей, развивающихся, как правило, из клеток, вырабатывающих пигмент меланин (рис. 31.1). За несколько последних десятилетий частота меланом в мире существенно возросла. Инвазивная меланома является пятым по частоте видом рака у мужчин и шестым — у женщин, составляя примерно 5% от всех вновь диагностированных случаев раковых заболеваний^{1,2}.

31.1 КЛИНИЧЕСКИЕ И КОЛИЧЕСТВЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ МЕЛАНОМЫ

Поскольку прогноз при злокачественной меланоме зависит, главным образом, от толщины опухоли, высокие шансы на выздоровление сохраняются только при раннем распознавании новообразования (рис. 31.2). Для улучшения клинической диагностики первичных злокачественных меланом применяются разработанная британскими исследователями Система признаков малигнизации образований на коже из семи пунктов и так называемый ABCD-метод, предложенный исследователями США^{3,4}.



Рисунок 31.1 Меланома.

31.1.1 СИСТЕМА КЛИНИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ МАЛИГНИЗАЦИИ ОБРАЗОВАНИЙ НА КОЖЕ, СОСТОЯЩАЯ ИЗ СЕМИ ПУНКТОВ

Данная система состоит из трех основных и четырех второстепенных признаков и рекомендуется для использования как врачами, так и пациентам.³

Главные клинические признаки меланомы:

- Изменение размера — рост предшествующей родинки или быстрый рост новообразовавшейся родинки
- Изменение формы — неравномерные контуры предшествующей родинки или нового пигментного образования
- Изменение цвета — разнообразие коричневых и черных оттенков на старой или новой родинке.

Второстепенные клинические признаки меланомы:

- Увеличение размера образования до семи и более миллиметров в диаметре (доброкачественные невусы (родимые пятна) обычно меньшего размера)
- Воспаление доброкачественных образований встречается редко, если только они постоянно не травмируются



Рисунок 31.2 Акральная беспигментная меланома.

- Образование корок, кровоточивость или выделение влаги, вызываемое соприкосновением с одеждой, например носками, относительно часто встречается на ранних стадиях меланомы, но нехарактерно для невусов
- Изменение ощущений, например возникновение зуда.

Очаги с любым из главных или тремя второстепенными признаками должны вызвать подозрение на меланому.

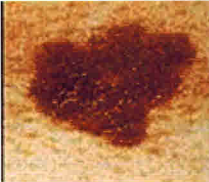
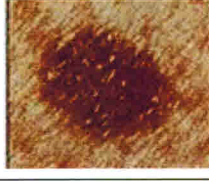
31.1.2 КЛИНИЧЕСКИЙ ABCD-МЕТОД ДИАГНОСТИКИ МЕЛАНОМЫ

Этот метод клинической диагностики был предложен в 1985 году и предназначен для раннего распознавания меланомы⁴. Буквы латинского алфавита в названии метода означают важнейшие клинические признаки меланомы: А (Asymmetry) — асимметрия новообразования, когда одна половина опухоли

не идентична второй её половине; В (Boundary) — неравномерная, зазубренная, фестончатая, «рваная» или нечетко очерченная граница очага; С (Colour) — различные оттенки цвета в разных участках опухоли и D (Dimension) — диаметр, превышающий 6 мм. Очаги с такими характеристиками должны вызвать подозрение на меланому (табл. 31.1).

Поскольку очень важным для оценки очага является его анамнез, а метод ABCD довольно статичный и не отражает такой важный клинический параметр, как динамика изменения очага, к аббревиатуре ABCD была добавлена буква Е, означающая эволюцию или изменение очага. Любой внезапно изменившийся или «эволюционирующий» очаг следует считать подозрительным. Сюда же относится появление нового пигментного очага, особенно в возрасте 40–50 лет, а также на анатомическом участке, где подобных очагов не наблюдалось^{1,5}. Чувствительность этого метода диагностики высокая (90–100 %), но специфичность довольно низка¹.

Таблица 31.1 ABCD-правило для меланомы

Клинические признаки	Доброкачественный очаг	Злокачественный очаг
Асимметрия (Asymmetry [A])		
Граница (Boundary [B])		
Цвет ([Colour C])		
Величина, диаметр > 6 мм (Dimension [D])		

31.1.3 ДЕРМАТОСКОПИЧЕСКИЙ ABCD-МЕТОД ДИАГНОСТИКИ МЕЛАНОМЫ

Внедрение метода дерматоскопии позволило повысить как чувствительность, так и специфичность клинической диагностики меланомы и соответственно усовершенствовать диагностический ABCD-алгоритм с учетом дерматоскопических критериев⁶. В дерматоскопическом ABCD-алгоритме его компоненты означают следующее:

- А — асимметрия цвета и структуры (0 баллов — отсутствует, 1 балл — по одной оси, 2 балла — по двум осям)
- В — резко обрывающаяся граница (1 балл за каждый из 8 сегментов)
- С — различные вариации цвета (по 1 баллу за каждый цвет — белый, красный, светло-коричневый, темно-коричневый, голубой/серый, черный)
- D — дифференциальные структурные компоненты (по одному баллу за каждый компонент — сетка, гомогенные зоны, точки, глобулы, полосы).

Итоговая оценка очага в баллах =

$$1,3A + 0,1B + 0,5C + 0,5D$$

ИНТЕРПРЕТАЦИЯ ИНДЕКСА

Диагноз	Баллы
Доброкачественная меланома	0–4,75
Подозрение на злокачественную меланому	4,75–5,45
Злокачественная меланома	>5,45

Еще один вариант дерматоскопической диагностики меланомы предложен Menzies S. W. et al.⁷. В этом случае выделяются отрицательные и положительные характеристики меланомы. Для диагностики меланомы в очаге должны отсутствовать обе отрицательные характеристики и отмечаться одна или более из девяти положительных характеристик.

Отрицательные характеристики:

- Симметрия структуры по всем осям (причем симметрия структуры не обязательно требует симметрии формы)
- Наличие одного цвета.

Положительные характеристики:

- Голубовато-белая вуаль
- Многочисленные коричневые точки

- Псевдоподии
- Радиальный рост
- Рубцевидная депигментация
- Черные точки/глобулы на периферии очага
- Многочисленные (пять или шесть) варианты цвета (учитываются черный, серый, синий, темно-коричневый, желтовато-коричневый и красный, белый цвет не учитывается)
- Множественные серо-синие точки
- Расширяющаяся сеть.

В последнее время появился еще целый ряд дерматоскопических диагностических алгоритмов для выявления злокачественной меланомы, которые приведены в специальных изданиях по дерматоскопии⁸.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дерматология Фицпатрика в клинической практике в 3 т. / Клаус Вольф, Лоуэлл Ф. Голдсмит, Стивен И. Кац и др.; пер. с англ.; общ. ред. акад. А. А. Кубановой. — М.: Издательство Панфилова; БИНОМ. Лаборатория знаний, 2012. — Т. 2. — С. 1238–1264.
2. Фрадкин С. З. Залуцкий И. В. Меланома кожи. — Минск: Издательство «Беларусь». 2000.
3. MacKie RM, Doherty VR. Seven-point checklist for melanoma. *Clin Exp Dermatol* 1991;16 (2):151–3.
4. Friedman RJ, Rigel DS, Kopf AW. Early detection of malignant melanoma: the role of physician examination and self-examination of the skin. *CA Cancer J Clin* 1985;35 (3):130–51.
5. Abbasi NR, Shaw HM, Rigel DS, Friedman RJ, McCarthy WH, Osman I, Kopf AW, Polsky D, Ronald O. Early diagnosis of cutaneous melanoma: Revisiting the ABCD criteria. *Journal of the American Medical Association* 2004; 292: 2771.
6. Nachbar F, et al. The ABCD rule of dermatoscopy. High prospective value in the diagnosis of doubtful melanocytic skin lesions. *J Am Acad Dermatol* 1994; 30 (4):551–9.
7. Menzies SW, Ingar C, McCathy WH. A sensitivity and specificity of the surface microscopy features of invasive melanoma. *Melanoma Res* 1996; 6 (1): 55–62.
8. Диагностическая дерматоскопия. Иллюстрированное руководство/пер. с англ. Под ред. А. А. Кубановой — М.: Издательство Панфилова; БИНОМ. Лаборатория знаний. 2013. — с. 56–57.