

РОЛЬ ДЕРМАТОСКОПІЇ У ДІАГНОСТИЦІ ХРОНІЧНИХ ДЕРМАТОЗІВ

Канд. мед. наук Г. С. ЧЕХОВСЬКА

Харківська медична академія післядипломної освіти, Україна

Докладно розглянуто дерматоскопічні ознаки хронічних дерматозів, що часто трапляються, з урахуванням стадії перебігу патологічного процесу. Описано специфічну дерматоскопічну картину рідкісних дерматозів, зокрема склероатрофічного лишая та синдрому Літгла – Лассюера. Знання особливостей дерматоскопічної картини цих дерматозів може виявитися важливим додатковим доказом у сумнівних діагностичних випадках.

Ключові слова: дерматоскопія, трихоскопія, хронічні дерматози, псоріаз, екзема, червоний плоский лишай, себорейний дерматит, дисконічний червоний вовчак, склероатрофічний лишай.

Сьогодні складно уявити лікарський прийом у дерматолога без дерматоскопії, яка міцно і надовго увійшла в повсякденну практику. Це дослідження без пошкодження дає змогу оглянути новоутворення на шкірі пацієнта, оцінити їх структуру і ступінь небезпеки. З метою вивчення чутливості та специфічності методу дерматоскопії у постановці діагнозу вивчено відповідність дерматоскопічних патернів із патоморфологічною картиною новоутворень, що дало змогу досягти високого рівня інтерпретації дерматоскопічних візерунків і ознак навіть у досить складних діагностичних випадках [1]. Результати дерматоскопії вплинули на прийняття цього методу і викликали довіру фахівців у науково-дослідницьких колах. На підставі отриманих даних на різних етапах досліджень європейськими, американськими, австралійськими вченими було розроблено різні дерматоскопічні алгоритми (правило ABCDE, двоетапний алгоритм, аналіз візерунка, хаос і ознаки та ін.) для диференційної діагностики новоутворень меланоцитарного і немеланоцитарного генезу та їх динамічного спостереження. Що ж стосується дерматоскопічної діагностики різних дерматозів, то наприкінці ХХ ст. до таких досліджень фахівці ставилися досить скептично, спочатку помітивши, що за допомогою дерматоскопії можна добре оцінити стан тільки судинного малюнка морфологічних елементів.

За останні 20 років стрімко розробка нових, більш досконалих дерматоскопічних апаратів, поява відеодерматоскопів, відповідних комп'ютерних програм, лінз із 30-, 40-, 60-, 80-, 200-кратним збільшенням та впровадження їх у науково-дослідницьку роботу і лікарську практику розширили діапазон нозологій для дерматоскопічного дослідження. Дерматоскопію стали використовувати як цінний допоміжний неінвазивний метод у диференційній діагностиці дерматозів, що доповнює клінічний огляд, і як моніторинг ефективності лікування. Вона виявилася надзвичайно корисною у разі діагностики хронічних дерматозів (псоріазу, екзема, червоного плоского лишая (ЧПЛ), дисконічного

червоного вовчака (ДКВ), себорейного дерматиту (СД), розацеа, склероатрофічного лишая та ін.), запальних та вірусних захворювань шкіри, паразитарних захворювань, особливо корости, тунгіозу, педикульозу (був навіть уведений термін «ентомодерматоскопія») [1]. Епілюмінесцентне дослідження захворювань шкіри скальпа і волосся привело до виділення окремого напрямку дерматоскопічної діагностики – трихоскопії. Дерматоскопічне дослідження уражень нігтів грибкової та негрибкової етіології дало змогу виділити їх характерні дерматоскопічні критерії (оніхоскопія).

Дерматоскопія хронічних дерматозів ґрунтується на аналізі фолікулярно-рогового, меланінового і судинного компонентів [2]. Методика проведення дерматоскопії шкірних висипів має свої особливості, причому необхідна певна етапність проведення дослідження. Огляд проводиться спочатку поляризованим дерматоскопом (суха дерматоскопія) для того, щоб розглянути характер поверхні морфологічних елементів (має значення колір, лущення, кірки, наявність ерозій та виразок). Потім переходять до неполяризованої дерматоскопії з використанням імерсійної рідини, яка полегшує проникнення променів світла через рогові лусочки у глибокі шари елементів, але не дає змоги побачити лущення.

Для якісної оцінки меланоцитарних новоутворень зазвичай достатньо використання «класичного» 10-кратного збільшення при дерматоскопії [3]. Але для огляду судинного малюнка морфологічних елементів різних дерматозів або при трихоскопії цього збільшення буває недостатньо і тоді вдаються до 40-, 60-, 200-кратного збільшення. Прикладом може слугувати псоріатична бляшка, при огляді якої у 10-кратному збільшенні ми побачимо рівномірно розподілені крапкові судини. Використовуючи 60-кратну дерматоскопію тієї ж бляшки, ми вже розглядаємо не червоні крапки, а судини у вигляді клубочків.

Мета нашої роботи – ознайомитися з дерматоскопічною картиною деяких хронічних дерматозів

з урахуванням стадії патологічного процесу. Діагностика певних рідкісних дерматозів є проблемою для клініцистів і зумовлена неспецифічністю та схожістю елементів висипу у вигляді еритемо-сквамозних бляшок, плям, папул тощо [4]. У сумнівних випадках для постановки остаточного діагнозу біопсія з подальшим патоморфологічним дослідженням є «золотим стандартом» діагностики. Але її не в усіх випадках можливо провести. Перешкодою для біопсії може бути локалізація висипів на естетично значущих ділянках, наявність алергічної реакції на анестетики, вік хворого та ін. [5].

При дерматоскопічному огляді еритематозної псоріатичної бляшки відзначаються крапкові судини, рівномірно розподілені по всій поверхні, які стають менш помітними при віддаленні від центру до периферії вогнища. Такі крапкові судини є одним із найважливіших симптомів псоріазу (симптом «розсипаного червоного перцю») ($\times 10$). Цей симптом може виявитися єдиним фактом, що підтверджує наявність прихованого перебігу псоріазу при огляді шкіри ліктів пацієнтів. При великому збільшенні ($\times 60$, $\times 80$, $\times 100$) червоні точки являють собою розширені, подовжені, звивисті капіляри, що формують клубочки, шпильки. Із переходом від прогресуючої стадії псоріазу до стаціонарної і регресу кількість глобул зменшується і в більшій мірі спостерігаються крапки [5]. Дерматоскопічна інтерпретація судинного малюнка псоріатичної бляшки з вираженим лущенням на поверхні буде ускладненою.

Світло-червоний фон і білі або сріблясті поверхневі лусочки — ще дві спільні діагностичні ознаки при псоріазі. Однак крапкові судини і лущення — це ознаки неспецифічні й можуть виявитися недостатніми, щоб відрізнити, наприклад, псоріаз від хвороби Боуена лише на підставі дерматоскопічного дослідження. При хворобі Боуена клубочкові судини трапляються частіше, проте цього недостатньо для достовірної диференціації. При псоріазі судини розташовані випадково, без специфічного візерунка, тоді як при хворобі Боуена вони укладені в пучки [1]. Додатковим клінічним симптомом є псоріатична тріада Ауспіца, яку можна добре розглянути у дерматоскоп. Дерматоскопія корисна в діагностиці тих випадків, в яких відсутні псоріатичні ураження, розташовані в типових місцях або в іншому місці тіла, тобто ізольованих форм псоріазу, таких як долонно-підшовний, псоріатичний баланс голови [6]. Діагноз псоріазу волосистої частини голови можна поставити на підставі аналізу судинного малюнка, оскільки наявність білого, сріблястого лущення не є специфічною ознакою і може спостерігатися при СД та ін. Знімки, зроблені з малим збільшенням, дають змогу розглянути червоні глобулярні лінії і кільця. При великому збільшенні можна побачити, що глобули являють собою згорнуті клубочком капіляри, розташовані у формі кіл або ліній. Можуть спостерігатися й інші типи капілярів (у формі коми, у вигляді мережива, витягнуті

петлеподібні), діаметр яких, як правило, злегка перевищує діаметр капілярів у нормі, і зазвичай вони теж спостерігаються на тлі білого або сріблясто-білого лущення [7].

Елементи висипу при каплеподібному парасоріазі мають типове центральне слюдяне лущення, при дерматоскопії відзначаються крапкові судини, які рівномірно розподілені по всьому елементу висипу, а в центральній частині бляшки візуалізується щільна біла кірка, яка перешкоджає огляду судинного малюнка.

Під час дерматоскопічного дослідження елементів гострого парасоріазу Габермана — Мухи виявляються ознаки васкуліту у вигляді еритематозних плям із багряними крапками на поверхні, наявністю геморагічних кірок у некротизуючих папулах, периферичного віночка лущення. Деякі плямисті елементи у процесі регресу вкриваються лусочками.

Дерматоскопічна картина екземи характеризується вогнищевим скупченням судин у вигляді крапок, лущенням, жовтуватими кірками. Гострий процес характеризується наявністю лусочок жовтого кольору, що розташовуються на еритематозному тлі, також можливе виявлення «серозних колодязів» без еритеми. При хронічному перебігу екземи дерматоскопічно виявляються червоні крапки, що мають осередкове розташування у межах висипів, також можливе виявлення тріщин і лусочок білого кольору [3].

При огляді вогнищ ДКВ найчастіше визначаються окремі лінійні або розгалужені судини, причому їх розташування має випадковий характер. На поверхні висипів присутні лусочки білого кольору, волосяні фолікули нерідко заповнені роговими масами і оточені білим віночком (білі, жовті або помаранчеві грудки). Усі ці структури розташовуються на еритематозному тлі, в межах якого можуть траплятися ділянки атрофії білого кольору [8].

Серед основних дерматоскопічних ознак активного ДКВ голови можна назвати великі жовті крапки (кератозні пробки), товсті деревовидні судини, розсіяні темно-коричневі зони, червоні й синьо-сірі крапки. Тривале неактивне захворювання характеризується наявністю аморфних молочно-червоних або білих зон із відсутністю фолікулярних гирл. Також можуть спостерігатися товсті деревовидні судини [7].

Спектр клінічних проявів при ЧПЛ представлений ознаками, залежними від запальних процесів, постзапальної гіперпігментації і ліхеніфікації. Діагноз зазвичай ставиться на підставі клінічного огляду. Дерматоскопічно для ЧПЛ характерні судинні структури, представлені клубочками, шпильками, що оточують білі лінії (дерматоскопічний еквівалент сітки Вікхема) [1, 5]. Дерматофіброма на дерматоскопічній картині може мати схожі візерунки [1].

При дерматоскопічному огляді типових ліхеноїдних бляшок при ЧПЛ на ранній стадії проявів (рожеві папули) визначаються круглі маленькі білі лінії з центральною жовто-коричневою ділянкою.

Активні прояви ЧПЛ залишаються ізольованими або групуються у бляшки, в яких білі лінії утворюють поліморфні деревовидні розгалуження. У цій фазі зникає центральна жовто-коричнева ділянка, а по периферії видно лінійні променеві капіляри, що оточують сітку. У зрілих, довго існуючих осередках менш виражений або зовсім відсутній судинний компонент, зате можливе виявлення пігментних включень сірого кольору, аналогічних структурам регресу, що визначаються в пігментних новоутвореннях шкіри.

Постзапальна пігментація — частий результат ЧПЛ. За даними дерматоскопії встановлюється тип постзапальної гіперпігментації, що має прогностичне значення. Наявність гомогенних, безструктурних, світло-коричневих ділянок, позбавлених зернистості, свідчить про короткочасне існування пігментації. Якщо ж при дерматоскопії візуалізуються сіро-сині або коричневі круглі крапки та глобули («симптом розсипаного перцю») на світло-коричневому тлі або на тлі незміненої шкіри, то така пігментація буде існувати довго. Зерна пігменту в загальних рисах описують контури зниклої сітки Вікхема у вигляді «попелястих отворів» і «швацьких ліній» [9].

До атипичних форм ЧПЛ належать кільцеподібна і гіпертрофічна. Кільцеподібна форма ЧПЛ трапляється в аксілярній і паховій ділянках. Дерматоскопія клінічно активної межі показує сітку Вікхема, променеві капіляри і зернисте депонування пігменту.

Гіпертрофічна форма ЧПЛ спостерігається на гомітках та стопах у вигляді потовщених гіперкератотичних бляшок. Дерматоскопічно, поряд із сіткою Вікхема і судинними структурами, візуалізуються комедоноподібні структури у вигляді великих зернистих рогових пробок білястого кольору з характерним перламутровим блиском («перлова зернистість») [6].

Розацеа — це неінфекційне хронічне запальне захворювання шкіри обличчя, для якого характерна стадійність перебігу. В основі патологічного процесу лежить зміна тонусу поверхневих судин обличчя. Найбільш інформативною і корисною дерматоскопією є в диференційній діагностиці еритематозної форми розацеа і СД [6].

Дерматоскопічно на еритематозному фоні виявляються розширені судини навколо сально-волосяних фолікулів, великі судинні багатокутники, що формуються із судин, товщих, ніж у здоровій шкірі й шкірі при СД. Еритематозний фон зумовлений розширенням капілярів поверхневого судинного сплетіння, неангіогенезом [10].

При дерматоскопії ділянок шкіри обличчя з проявами СД візуалізуються тільки тонкі судинні багатокутники, що формуються з червоних ліній і клубочків, та звивисті судини на фоні незміненого кольору шкіри [5]. При СД лусочки, на відміну від псоріатичних вогнищ, мають жовтуватий відтінок і більш прозорі, що дає змогу добре розглянути судинний компонент в осередках ураження.

Серед найбільш характерних дерматоскопічних ознак СД волосистої частини голови слід виділити численні тонкі деревовидні судини і лущення жовтуватого відтінку на еритематозному тлі. Такий тип судин, але в значно меншій кількості, може спостерігатися і у здорових осіб. Лусочки жовтуватого кольору не є специфічною особливістю цього захворювання. Наявність тільки однієї з перелічених вище ознак не має вираженого діагностичного значення. Виявлення на шкірі волосистої частини голови при трихоскопії вогнищ із крапковими, у формі коми, лінійними і найдрібнішими судинами свідчить про багатоконпонентний судинний малюнок, що спостерігається у більшості пацієнтів із СД і відрізняється від звичайної однорідної картини псоріазу [7].

Склероатрофічний ліхен (лишай) є рідкісним дерматозом нез'ясованої етіології, що уражає шкірно-слизові покриви. Необхідно пам'ятати, що зовнішні прояви вогнищ склероатрофічного ліхена залежать від тривалості існування вогнищ. При дерматоскопічному огляді свіжих вогнищ ліхена візуалізуються дифузні безструктурні зони білого кольору з периферичним еритематозним вінчиком, що складається з телеангієктазій (є ознакою прогресуючої стадії захворювання), та з численними світлими комедоноподібними структурами на поверхні, що розташовуються в розширених гирлах волосяних фолікулів [11]. Дерматоскопічна картина старих вогнищ виявляється переважно безструктурними зонами білого кольору. При дерматоскопії можливе виявлення лусочок, структур по типу хризалідів (ознака, яка визначається тільки при проведенні дерматоскопії в поляризованому світлі і являє собою окремі блискучі лінії яскраво-білого кольору) і ерозій [12].

Синдром Літтла — Лассюера характеризується поєднанням фолікулярних кератотичних висипів на шкірі тулуба (фолікулярного червоного лишая) з рубцевою алопецією на голові та нерубцевою алопецією у ділянці пахових западин і лобка. Це захворювання не є поширеним, але дерматоскопія шкірних папул настільки специфічна, що може зацікавити будь-якого дерматолога. При дерматоскопії у фолікулярних папулах шкіри відзначається вельми характерний феномен — сірі, фіолетові крапки, розташовані у вигляді кола [13]. Характерною трихоскопічною ознакою є перифолікулярне лущення, лусочки якого формують навколо волосяного стрижня трубчасту структуру висотою кілька міліметрів над поверхнею шкіри. Навколо гирла волосяного фолікула спостерігаються, як правило, концентрично розташовані подовжені кровоносні судини. Описано випадки спостереження у пацієнтів із темним фототипом шкіри круглих перифолікулярних ділянок синьо-сірого або фіолетового кольору, розташованих по типу мішені навколо порожніх отворів волосяних фолікулів. Дерматоскопія довгоіснуючих, неактивних вогнищ на волосистій частині голови демонструє великі, нерівномірно розподілені білі крапки, які, зливаючись, утворюють

молочно-червоні зони, що нагадують за кольором полуничне морозиво. Дерматоскопія в аксілярній і лобковій зонах дає змогу виявити дуже рідкі, тонкі термінальні волосини без ознак фіброзу [7].

Таким чином, дерматоскопічне дослідження дедалі більше застосовується у дерматології, особливо у диференційній діагностиці дерматозів як

запальної, так і паразитарної природи. Хоча дерматоскопія не завжди дає змогу виявити патогномні ознаки різних дерматозів, але її використання сприяє звуженню кола діагностичного пошуку. Так, знання особливостей дерматоскопічної картини дерматозів може виявитися важливим додатковим доказом у сумнівних діагностичних випадках.

Список літератури

1. Dermatoscopy – an algorithmic method based on pattern analysis / Н. Kittler, С. Rosendahl, А. Cameron, Р. Tschandl. Vienna: Facultas Verlags & Buchhandels AG, 2011. 334 p.
2. Souid K. Diagnostic différentiel des dermatoses inflammatoires: place de la dermatoscopie // Ann. Dermatol. Venereol. 2011. Vol. 138, № 6. P. 141–142.
3. Сергеев Ю. Ю., Сергеев В. Ю. Применение дерматоскопии в практической дерматологии // Кремлевская медицина. Клинический вестн. 2018. Вып. 1. С. 8–15.
4. Суйд К. Капиллярный рисунок как основной признак дерматоскопической диагностики воспалительных дерматозов // Університетська клініка. 2011. № 2. С. 185–187.
5. Гончарова Я. А., Суйд К., Москалева Т. В. Дерматоскопические и гистопатологические сопоставления изменений сосудов микроциркуляторного русла при хронических воспалительных дерматозах // Питання експериментальної та клінічної медицини. 2013. Вып. 17, т. 2. С. 135–143.
6. Панкратов В. Г., Ревотюк А. А., Панкратов О. В. Дерматоскопическая картина некоторых распространенных дерматозов // Мед. новости. 2011. № 12. С. 14–18.
7. Атлас трихоскопии. Дерматоскопия заболеваний волос и кожи головы; пер. с англ.; под ред. Ю. Овчаренко. Харьков: ИД «Харизма плюс», 2019. 507 с.
8. Dermoscopic patterns of common facial inflammatory skin diseases / A. Lallas et al. // J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol. 2003. № 28. P. 609–614. doi: 10.1111/jdv.12146
9. Vázquez-López F., Maldonado-Seral C., López-Escobar M., Pérez-Oliva N. Dermoscopy of pigmented lichen planus lesions // Clin. Exp. Dermatol. 2003. Vol. 28. P. 554–555.
10. Lallas A., Argenziano G., Longo C. Polygonal vessels of rosacea are highlighted by dermatoscopy // International J. of Dermatoscopy. 2014. № 53. P. 325–327.
11. Diagnostic usefulness of dermatoscopy in differentiating lichen sclerosus et atrophicus from morphea / W. H. Shim et al. // J. Am. Acad. Dermatol. 2012. № 66 (4). P. 690–691.
12. Clinical, dermoscopic and histopathologic features of genital and extragenital lichen sclerosus / L. A. Borges et al. // J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol. 2013. № 27 (11). P. 1433–1439. doi: 10.1111/j.1468-3083.2012.04595.x
13. Жучков М. В. Серый цвет в дерматоскопии // Consilium Medicum. Дерматология (Приложение). 2016. № 2. С. 22–28.

РОЛЬ ДЕРМАТОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКИХ ДЕРМАТОЗОВ

А. С. ЧЕХОВСКАЯ

Подробно рассмотрены дерматоскопические признаки часто встречающихся хронических дерматозов с учетом стадии течения патологического процесса. Описана специфическая дерматоскопическая картина редких дерматозов, в частности склероатрофического лишая и синдрома Литтла – Лассюэра. Знание особенностей дерматоскопической картины данных дерматозов может оказаться важным дополнительным доказательством в сомнительных диагностических случаях.

Ключевые слова: дерматоскопия, трихоскопия, хронические дерматозы, псориаз, экзема, красный плоский лишай, себорейный дерматит, дискоидная красная волчанка, склероатрофический лишай.

ROLE OF DERMATOSCOPY IN CHRONIC DERMATOSES DIAGNOSIS

G. S. CHEKHOVSKA

Dermatoscopic signs of the frequently occurred chronic dermatoses have been considered in details, taking into account the stage of the pathological process. A specific dermatoscopic picture of rare dermatoses, in particular lichen sclerosus and Little – Lasseur syndrome, has been described. Knowledge of the dermatoscopic picture features of these dermatoses may be an important additional evidence when diagnosis was doubtful.

Key words: dermatoscopy, trichoscopy, chronic dermatoses, psoriasis, eczema, herpes zoster, seborrheic dermatitis, discoid lupus erythematosus, lichen sclerosus.

Надійшла 10.04.2020