



МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – СОФИЯ  
ЦЕНТРАЛНА МЕДИЦИНСКА БИБЛИОТЕКА

# ОБЩА МЕДИЦИНА

## GENERAL MEDICINE

### РЕДАКЦИОННА КОЛЕГИЯ

Ст. Чакъров (главен редактор)  
О. Томов (секретар)  
Р. Асенова  
Д. Дамянов  
Е. Шипковенска  
К. Чернев  
Ив. Миланов  
В. Маджова  
М. Бончева  
Л. Тачева

### EDITORIAL STAFF

St. Tchakarov (Editor-in-Chief)  
O. Tomov (Secretary)  
R. Assenova  
D. Damianov  
E. Shipkovenska  
K. Chernev  
Iv. Milanov  
V. Madjova  
M. Boncheva  
L. Tacheva

I. Unluoglu (Turkey)  
M. Mojovic (Serbia)  
T. Gruev (Macedonia)  
J. Stoffers (Netherlands)

---

**Списанието се обработва във:**

**Scopus**

**Excerpta Medica**

**БД Българска медицинска литература**

---

Обща мед.
-----------

Obshta med.
-------------

ТОМ **XIV**

• **2012** •

**БРОЙ 2**

## СЪДЪРЖАНИЕ

### АВТОРСКИ СТАТИИ

- Х. Елкова, Н. Иванова и Д. Димитрова.* Организиране и провеждане на рехабилитация при болни с мозъчен инсулт в извънболнични условия ..... 3
- М. Кръстанова и А. Мирчева.* Проследяване възстановяването на дейности от ежедневиия живот при пациенти с последици от мозъчносъдова болест ..... 7
- Е. Григоров, Е. Костов, Х. Лебанова и И. Гетов.* Проучване на нагласите за измерване на кръвна захар сред посетителите в аптеки в София ..... 12
- М. Карчева и Г. Ганчева.* Мониторинг и анализ на извършените профилактични имунизации в област Плевен за периода 2005-2010 година ..... 17
- С. Тончева, А. Георгиева и Кр. Стамова.* Значение на екипния подход при получаване на информирано съгласие от пациентите ..... 22

### В ПОМОЩ НА ПРАКТИКАТА

- Д. Димитров.* Насоки на ресурсното мислене на болничния мениджър ..... 28

### ОБЗОРИ

- Е. Исмаил и Я. Корновски.* Роля на образната диагностика в детекцията на лимфни метастази – ядрено-магнитен резонанс, компютърен томограф и PET Scan ..... 35
- Я. Корновски и Е. Исмаил.* Органосъхраняваща хирургия при рак на маточната шийка (РМШ) ..... 38
- Н. Кирияк, Г. Чернев, П. Пенев, Ю. Ананиев, И. Бакърджиев, Г. Пехливанов, Л. Зисова и Д. Патерсън.* Опростени дерматоскопски критерии за диагностициране на немеланоцитни кожни лезии: индикации за хирургично отстраняване ..... 41

## CONTENTS

### ORIGINAL ARTICLES

- H. Elkova, N. Ivanova and D. Dimitrova.* Organizing and conducting rehabilitation for patients with stroke in nonhospital conditions ..... 3
- M. Krastanova and A. Mircheva.* Prospecting recovery of activities of daily living in patients with stroke ..... 7
- E. Grigorov, E. Kostov, H. Lebanova and I. Getov.* Study of the attitudes to blood glucose measurement among visitors in community pharmacies in Sofia ..... 12
- M. Karcheva and G. Gancheva.* Monitoring and analysis of prophylactic immunization in Plevan district for the period 2005-2010 ..... 17
- S. Toncheva, A. Georgieva and Kr. Stamova.* Importance of team approach to obtaining informed consent from patients ..... 22

### HELPING PRACTICE

- D. Dimitrov.* Hints on resource thinking in hospital management ..... 28

### REVIEWS

- E. Ismail and Y. Kornovski.* The role of MR imaging, PET and CT in the detection of metastatic lymph ..... 35
- Я. Корновски и Е. Исмаил.* Fertility-sparing surgery in cervical cancer patients ..... 38
- N. Kiriyaq, G. Tchernev, P. Penev, J. Ananiev, I. Bakardzhiev, G. Pehlivanov, L. Zisova and J. W. Patterson.* Simplified Dermatoscopic Criteria for Diagnosing Benign and Malignant Nonmelanocytic Cutaneous Lesions: Indications for Surgical Removal ..... 41

ОБЩА МЕДИЦИНА 2/2012

ISSN 1311-1817 УДК 611

Организационен секретар: *Св. Цветанова*  
Стилова редакция: *Св. Цветанова и В. Цъклева*  
Корекция: *В. Цъклева*  
Редакция на англ. резюмета *д-р А. Папазян*  
Страниране: *Д. Александрова*

Подписана за печат на 15.06.2012 г.  
Печатни коли 6.5, формат 60 x 90/8

Централна медицинска библиотека  
1431 София, ул. "Св. Г. Софийски" № 1

☎ 952 16 45, ☎ 952 23 93  
E-mail: svetlamu@mail.bg

Реклама – *В. Герчева* – GSM: 0888 282 422, e-mail: vania\_gercheva@abv.bg

## ОПРОСТЕНИ ДЕРМАТОСКОПСКИ КРИТЕРИИ ЗА ДИАГНОСТИЦИРАНЕ НА НЕМЕЛАНОЦИТНИ КОЖНИ ЛЕЗИИ: ИНДИКАЦИИ ЗА ХИРУРГИЧНО ОТСТРАНЯВАНЕ

*Н. Кирияк<sup>1</sup>, Г. Чернев<sup>2</sup>, П. Пенев<sup>1</sup>, Ю. Ананиев<sup>3</sup>, И. Бакърджиев<sup>4</sup>, Г. Пехливанов<sup>5</sup>, Л. Зисова<sup>6</sup> и Д. Патерсън<sup>7</sup>*

<sup>1</sup> Клиника по дерматовенерология, Медицински факултет, Тракийски университет – Стара Загора

<sup>2</sup> Поликлиника по дерматология и венерология, Университетска болница „Лозенец“,  
СУ „Св. Климент Охридски“ – София

<sup>3</sup> Отделение по обща и клинична патология, Медицински факултет, Тракийски университет – Стара Загора

<sup>4</sup> Медицински колеж, МУ – Варна

<sup>5</sup> Катедра по дерматология и венерология, УМБАЛ „Александровска“, МУ – София

<sup>6</sup> Катедра по дерматология и венерология, Медицински университет – Пловдив

<sup>7</sup> Университет Вирджиния, Здравен научен център, Катедра по хистопатология – Шарлотесвил, САЩ

## SIMPLIFIED DERMATOSCOPIC CRITERIA FOR DIAGNOSING BENIGN AND MALIGNANT NONMELANOCYTIC CUTANEOUS LESIONS: INDICATIONS FOR SURGICAL REMOVAL

*N. Kiriya<sup>1</sup>, G. Tchernev<sup>2</sup>, P. Penev<sup>1</sup>, J. Ananiev<sup>3</sup>, I. Bakardzhiev<sup>4</sup>, G. Pehlivanov<sup>5</sup>, L. Zisova<sup>6</sup> and J. W. Patterson<sup>7</sup>*

<sup>1</sup> Department of Dermatology and Venerology, Medical Faculty, Trakia University – Stara Zagora

<sup>2</sup> Polyclinic for Dermatology and Venerology, University Hospital "Lozenetz", Medical Faculty,  
"St Kliment Ohridski University" – Sofia

<sup>3</sup> Department of General and Clinical Pathology, Medical Faculty, Trakia University – Stara Zagora

<sup>4</sup> Medical College, Medical University – Varna

<sup>5</sup> Department of Dermatology and Venerology, UMHAT „Alexandrovskа“, Medical University – Sofia

<sup>6</sup> Department of Dermatology and Venerology, Medical University – Plovdiv

<sup>7</sup> University of Virginia, Department of Pathology – P.O. Box 800214, University of Virginia, Health Sciences Center,  
Charlottesville, USA

**Резюме.** Дерматоскопията е неинвазивна модерна методика за изследване на епидермиса, дермо-епидермалната зона и папиларната дерма. Осъществява се с помощта на специален уред – т.нар. дерматоскоп, използващ променлива светлина, получена под остър ъгъл. Дерматоскопското изследване на кожните слоеве се съчетава с оптичен феномен едва след прилагането на маслена имерсия. Това прави епидермиса по-прозрачен, а подлежащите структури по-достъпни за наблюдение и анализ. С помощта на метода се увеличава възможността за точно диференциране между различните по произход и дигнитет немеланоцитни лезии. Дерматоскопията е метод, без който ежедневната дерматологична и дерматохирургична практика би била немислима. Тя е свързващото звено между консервативната и инвазивната дерматология. Адекватното приложение на методиката често има животоспасяващо значение. Статията представя най-често и лесно приложимите дерматоскопски критерии за лесно и бързо определяне на немеланоцитните лезии в клиничната практика. Представените от нас опростени дерматоскопски критерии, както и алгоритмите за клинично поведение при определяне на произхода на често срещани доброкачествени и злокачествени немеланоцитни лезии, дават възможност те да бъдат използвани и от по-широк кръг специалисти, като хирурзи, дерматохирурзи и общопрактикуващи лекари.

**Ключови думи:** дерматоскопия, хирургия, немеланоцитна лезия, хирург

**Summary.** Dermatoscopy is a modern methodology for non-invasive examination of the epidermis, the dermal-epidermal junction and the papillary dermis. It is carried out with the aid of a special device, called a dermatoscope, using variable light produced at a sharp angle. The dermatoscopic study of the skin layers is coupled with an optical phenomenon only after the application of an oil immersion; this renders the epidermis more transparent and the tissue beneath the skin more accessible to observation and analysis. The use of this diagnostic method enhances the ability to accurately differentiate between the different types of nonmelanocytic lesions and may also promote the distinction between benign and malignant cutaneous lesions. Dermatoscopy has become a method without which the everyday dermatological and dermatological surgical practice would be unthinkable. It is a bridge between conservative and invasive dermatology. Proper application of the above method is often of life-saving importance. The present article presents the most frequently used and easily applicable dermatoscopic criteria for easy and rapid identification of the origin of nonmelanocytic lesions in clinical practice. The simplified dermatoscopic criteria presented here, as well as the clinical algorithms that can be used in determining the origin of nonmelanocytic lesions should prove useful to a wide range of professionals, including surgeons, dermatologic surgeons, gynecologists and general practitioners.

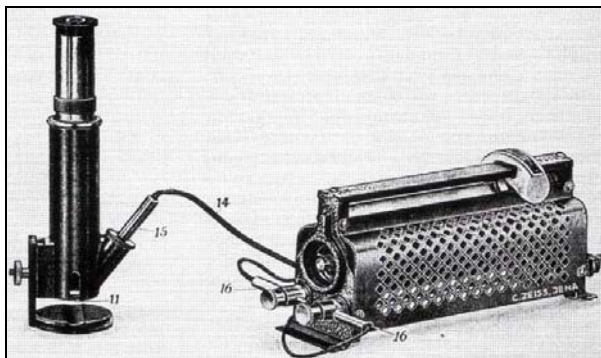
**Key words:** dermatoscopy, surgery, nonmelanocytic lesion, surgeon

## ИСТОРИЧЕСКИ ДАННИ

Въпреки че дерматоскопията е относително нова методика, историческите данни за микроскопското изследване на кожата датират още от 1655 г., когато Peter Borrelus изследва за първи път субунгвалните капилляри [1]. Осем години по-късно Christophorus Kolhaus изследва капиллярите и на нокътното ложе, а през 1879 г. Carl Hueter изследва капиллярите на устната. За първи път имерсионно олио е използвано от Ernst Abbe и Carl Zeiss през 1878 г. [1]. Сензационното научно откритие, че горната част на епидермиса става по-достъпна за наблюдение чрез апликацията на имерсионно олио, е направено едва през 1893 г. от Paul Gerson Unna [2].

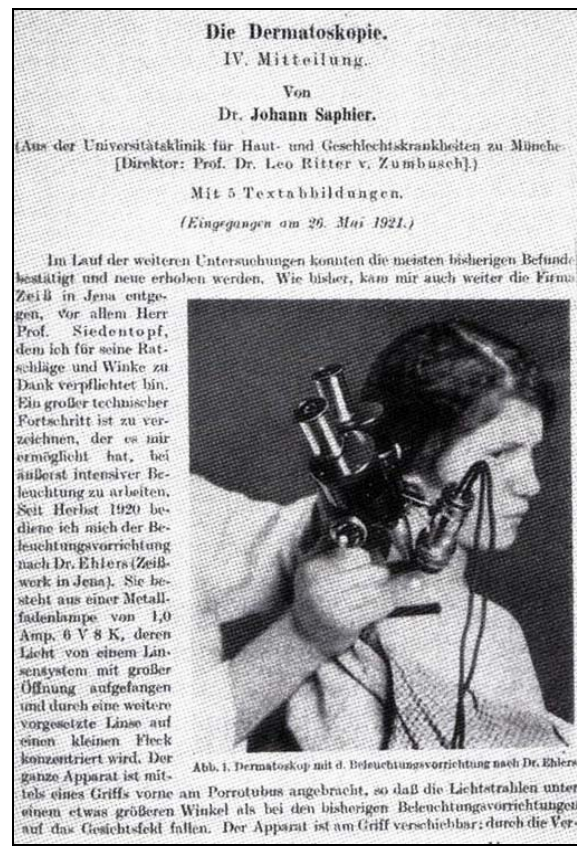
Монокулярният и бинокулярният микроскоп за изследване на кожата се използват в периода между 1916-1920 г. [2, 3].

Mueller въвежда монокулярния микроскоп за изследване на кожата, който позволява в зависимост от движението на микроскопа и промяната на ъгъла увеличаване на размера на структурите от 10 до 172 пъти [1] (фиг. 1).



Фиг. 1. Монокуларен микроскоп на Мюлер, който позволява увеличение на лезията между 10 и 172 пъти

По-късно Saphier въвежда бинокулярният светлинен микроскоп, като същевременно създава и първото описание на дерматоскопията като метод [3] (фиг. 2). Той публикува и първите 4 статии за употребата на уреда сред дерматолозите [1]. Използва го и при изследването на пациенти със сифилис и туберкулоза на кожата в напреднали стадии на болестта, като се стреми на базата на дерматоскопската находка да направи важни диференциалнодиагностични изводи за прогресията и еволюцията на двете заболявания.



Фиг. 2. Бинокуларен светлинен микроскоп на Сафир

Терминът дерматоскопия за първи път е употребен през 1922 г. от Jeffrey Michael (USA) с въвеждането на нов диагностичен метод, наподобяващ бинокуларен микроскоп с вградена оптична система за изследване на кожата [1].

През 1950 г. Leon Goldmann (USA) въвежда за първи път термина *дерматоскоп* като уред, който се използва при диференциране на различните форми на кожни тумори, меланоцитни невуси и меланоми [4]. Създават се за първи път и лесно преносимите монокуларни дерматоскопи (фиг. 3).



**Фиг. 3.** Леон Голдман, САЩ, е първият дерматолог, който използва дерматоскопа за диференциране между различните кожни тумори, невуси и форми на меланома. Той е инициаторът за създаването на портативни преносими дерматоскопи

През 1971 г. Rona MacKie открива предимствата на повърхностната микроскопия за подобряване на предоперативната диагностика на пигментните кожни лезии, както и за диференцирането на доброкачествените от злокачествените [1, 5].

През 1981 г. P. Fritsch и R. Pechlaner въвеждат имерсията при дерматоскопското изследване, а през 1994 г. W. Stolz въвежда "ABCD" правилото в дерматоскопията. Те намират приложение и до наши дни. Съществуват и други, по-простени правила за бързо диагностициране на меланоцитните лезии, които са по-приложими от "ABCD" правилото [1]. Един от най-често и лесно приложимите дерматоскопски алгоритми за опростено диагностициране на меланоцитни лезии на опростената триточкова система [6].

От 1981 г. насам следва постепенното популяризиране на дерматоскопията в Европа, както и повсеместната употреба и усъвършенстването на преносимите дерматоскопи. Към новите тенденции в дерматоскопската диагностика принадлежи и въвеждането на т.нар. компютърна (дигитална) дерматоскопия.

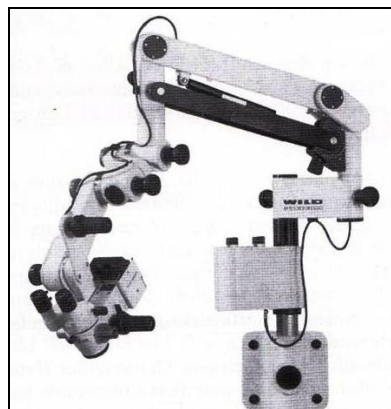
## ВИДОВЕ ДЕРМАТОСКОПИ

- Бинокуларен стереомикроскоп със стенен статив и увеличение 6-100 пъти (фиг. 4). Може да бъде снабден с допълнителна оптична система за наблюдение от повече от един лекар, както и с фотоапарат.

- Ръчен дерматоскоп (фиг. 5а). Ръчният дерматоскоп е монокулярен, малък и лесен за употреба. Снабден е с ахроматична леща и позволява увеличение 10 пъти. Ръчният дерматоскоп е с вграден под ъгъл 20° светлинен източник, който се захранва от батерия във вътрешността на инструмента. Прилагането на маслена имерсия прави епидермиса прозрачен, а подлежащите структури достъпни за наблюдение [8] (фиг. 6.а-с). Апаратът е сравнително евтин и е изключително подходящ за използване в рутинната дерматологична клинична практика. Недостатъците на метода са малкото увеличение (10 пъти) и двуизмерният образ.

- Дерматоскоп с поляризирана светлина – поляризираната светлина намалява или елиминира отражението на повърхността на кожата, повишава контраста и наситеността на изображението, като по този начин позволява визуализация на кожните структури, без да се използва маслена имерсия. Съдови структури и пигментна мрежа се визуализират по-добре с дерматоскопи, използващи поляризираната светлина, докато псевдокисти и комедонаподобяващи отвори, характерни за себореината кератоза, се визуализират по-добре с неполяризирана имерсионна дерматоскопия.

- Видеодерматоскоп. Съвременните компютърни системи – Dermafote на Heine Optotechnik, Germany, интегрирана компютърна система „MoleMax II” – Derma Instruments, Dino-Lite (Холандия) и др. позволяват увеличение на изследваните лезии 10-100 пъти, наблюдаването им на цветен монитор, както и фотодокументацията за съхраняване и сравняване на резултатите.



**Фиг. 4.** Бинокуларен стереомикроскоп, позволяващ увеличение от 6 до 100 пъти

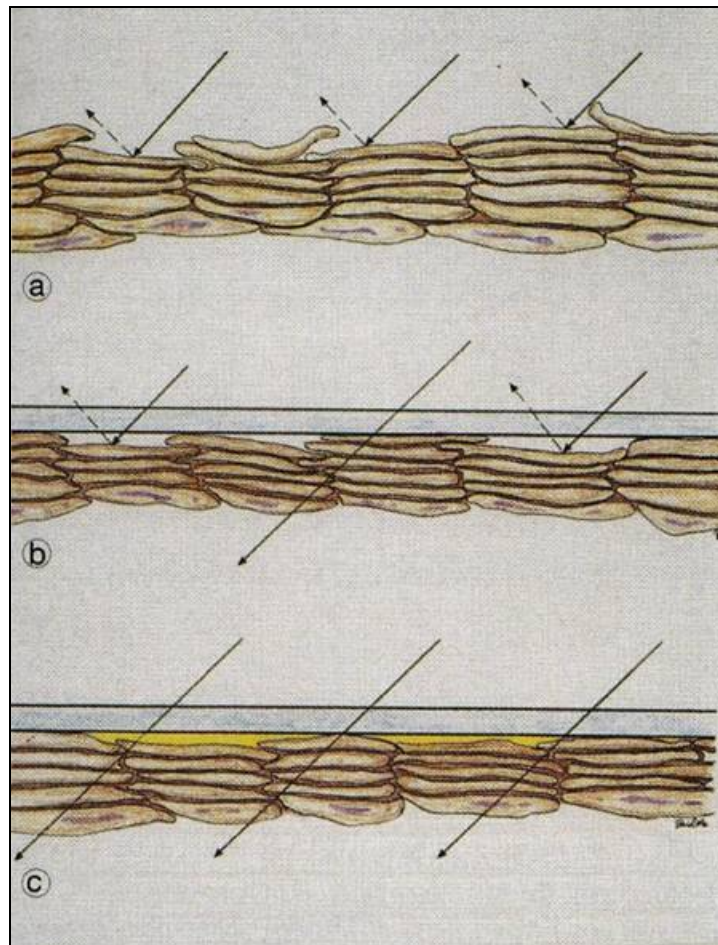




Фиг. 5 а. Дерматоскоп на фирмата Dermogenius



Фиг. 5 б. Модерен съвременен дерматоскоп на фирмата DermLite



а) При липса на стъкло и имерсионно масло по-голямата част от светлината рефлектира, б) При натиск посредством стъклена плоскост ъгълът на рефлектиране намалява значително, в) Оптимални условия за наблюдаване на по-дълбоките слоеве на кожата се създават посредством апликацията на безцветно имерсионно олио в комбинация със стъклена плоскост

Фиг. 6. Физикални особености на кожата

### НЕМЕЛАНОЦИТНИ КОЖНИ ЛЕЗИИ

Дерматоскопията е неинвазивна модерна методика за изследване както на меланоцитни лезии – малигнен меланом, пигментни невуси, пигментен базоцелуларен карцином и др., така и на немеланоцитни кожни лезии.

Най-често изследваните немеланоцитни лезии, за които има изработени дерматоскопски критерии, са себореината кератоза, базоцелуларният карцином, хемангиоми, blue nevus.

Днес дерматоскопията успешно намира приложение за наблюдение на всички преканцерози и тумори на кожата.

## ОСНОВНИ ДЕРМАТОСКОПСКИ КРИТЕРИИ

Дерматоскопската картина, която се наблюдава при изследване, е много хетерогенна и за правилното ѝ интерпретиране се използва специално създадена терминология за описание на дерматоскопските структури. На всеки дерматоскопски критерий съответства определен хистологичен и клиничен критерий [7].

Дерматоскопските критерии, които говорят за немеланоцитна лезия, са:

1. Сиво-сини петна с овална форма, хистологично това са комплексите от туморни формации при пигментиран базоклетъчен карцином, наподобяващи пигментирани глобули [8].

2. Съдови формации, подобни на клоните на дърво, които се срещат при 99% от случаите при базоклетъчен карцином [8].

3. Кисти или псевдокисти, наподобяващи милиа, характерни за себорейна кератоза, те са редки при папиломатозни невуси и меланоми [9].

4. Псевдофоликулни или комедононаподобяващи отвори са характерни за себорейната кератоза, но в редки случаи се срещат и при папиломатозни невуси [9].

5. Червено-сини до черни (тромбозирали) лакуни, които са ясно разграничени от здравата тъкан структури с неправилна форма и червен, син или синьо-червен цвят, при наличие на потъмен цвят има съмнение за тромбозирание [10].

6. Централна бяла плака, "таргетна лезия", която е характерна за доброкачествени лезии като дерматофиброми и наподобява дерматоскопски мишена за стрелба. Съществуват и вариации относно дерматоскопската морфология на плаката [11].

Въпреки наличието на важни и утвърдени дерматоскопски образци или критерии, съществуват редица вариации или комбинации, които често объркват клинициста.

При дерматоскопското определяне на базоклетъчния карцином съществуват около 7-8 варианта, които невинаги биха могли да бъдат класифицирани само благодарение на критериите за немеланоцитни лезии.

При липса на критерии или пълен брой критерии за съответната немеланоцитна лезия се търсят дерматоскопски признаци за липса или наличие на меланоцитна лезия, а именно на меланоцитна мрежа, ивици, точки и пигментирани глобули [1].

За правилното интерпретиране на лезиите е необходимо да се познават основните дерматологични образци, които имат съществено значение и

са специфични за един или друг тип лезия. На практика те охарактеризират определена лезия.

1. **Безструктурни или регресионни области.** Наличието на безструктурни или регресионни области се представя като бели участъци. Дължи се на фиброза, загуба на пигментация, атрофия на епидермиса и дермата [1].

2. **Псевдородови кисти, или милии.** Псевдородовите кисти, или милиите, са структурни елементи, наподобяващи кисти, бяло-жълти овални ареали. Срещат се основно при себорейни кератози, базоклетъчни карциноми и по-рядко при папиломатозни невуси [12].

3. **Псевдофоликулни (комедоподобни) отвори.** Тези структурни елементи се откриват при себорейни кератози и по-рядко при папиломатозни невуси [13].

4. **Gyri и Sulci** – срещат се при себорейни кератози. Наподобяват релефа на мозъчните гънки [12].

5. **„Пръстови отпечатъци“** – наблюдават се при lentiginos и някои видове себорейни кератози [13].

6. **Наядени от молци „области“** – наблюдават се в периферията на себорейни кератози и лентигинес [13].

7. **Желатинообразен „знак“** – среща се при повърхностно растящи себорейни кератози [13].

8. **Структури, наподобяващи „лист на дърво“.**

Структурният елемент, наподобяващ „лист на дърво“ е васкуларна структура и е белег за базалноклетъчен карцином [14].

### **1. Опростена 3-точкова система за дерматоскопска диагностика на меланоцитни лезии\***

Въвеждането на опростена 3-точкова система за дерматоскопска диагностика е направено, за да може да се използва от по-широк кръг от клиницисти и най-вече от дерматолози. Този метод се прилага като скрининг за установяване на злокачествени лезии и според редица клиницисти притежава сравнително висока чувствителност.

Трите основни критерия (за меланоцитна лезия), които се използват при опростената триточкова система, са:

1) асиметрия на кожата лезия по отношение на цвят и по отношение на структура;

\*Според Dermoscopy The Essentials; Robert Johr, H. Peter Soyer, Giuseppe Argenziano, Rainer Hofmann-Wellenhof, Massimiliano Scalvenzi; 2004

2) наличие на атипична (неправилна) меланоцитна мрежа;

3) присъствие на синьо-бели до сивкави области – т.нар. регресионни области (евентуален туморен растеж).

Всеки един от критериите носи по 1 точка. Хирургично отстраняване на лезията се извършва при наличие на 3 точки. При наличие на 2-3 точки би трябвало решението да бъде взето от клинициста, като по правило поведението е или изчаквателно – с документация на лезията и последвал контрол, или инвазивно, превентивно – с оперативно отстраняване на лезията. При наличие на какъвто и да е род лезии (меланоцитни или немеланоцитни) приложението на опростената триточкова система спомага бързо и ефикасно за диференциране на меланоцитните лезии като възможна диференциална диагноза.

Системата е доста опростена и тренираното око на дерматолога може бързо и точно с течение на времето да се ориентира (клинично и дерматоскопски) дали в началото на дерматоскопското изследване става въпрос за пигментирана (т.е. немеланоцитна) или пигментна (т.е. меланоцитна) лезия. При наличие на белези, характерни за меланоцитна лезия, той може бързо да се ориентира към триточковата опростена система за определяне на дигнитета на лезията и за по-нататъшното клинично поведение. При липсата на какъвто и да е белег за меланоцитна лезия дерматологът би следвало да търси белези, които охарактеризират немеланоцитните лезии – като псевдофоликулни (комедоподобни) отвори, псевдородови кисти или милии, структури, наподобяващи „лист на дърво“, улцеративни лезии с крусти и съдови формации като, клони на дърво, желатинообразен знак, наядени от молци области, Gyri и Sulci, "таргетна лезия", "лакуни" и др. При наличието на структури, охарактеризиращи както меланоцитните, така и немеланоцитните лезии, би следало да се мисли за колизионни лезии, т.е. смесен тип лезия.

## **2. Примери за диагностичен и терапевтичен подход:**

В статията са представени 40 немеланоцитни кожни лезии с доброкачествен и злокачествен характер, като се дискутират основните дерматоскопски критерии и индикациите за хирургичното им отстраняване. При определени лезии се наблюдават характерните дерматоскопски образци и се подпомага бързото вземане на решение за по-нататъшната терапевтична процедура.

На фиг. 7.1 се наблюдава базоклетъчен карцином, който дерматоскопски показва разклонени под формата на клони на дърво съдови малформации, като пигментните глобули характерни за меланоцитните лезии, липсват обаче критериите за меланоцитна лезия: мрежа, ивици.

На фиг. 7.2 е представен отново базоклетъчен карцином с петна, подобни на тези при меланоцитни лезии (пигментни глобули). Липсват разклонените под формата на клони на дърво съдови малформации. В диференциалнодиагностично отношение трябва да се мисли и за меланом на кожата. Лезията е подходяща за хирургично отстраняване с 0,5 cm поле на оперативна сигурност.

На фиг. 7.3 е представена аналогична лезия с характерните за базоклетъчния карцином съдови разклонения под формата на клони на дърво. Препоръчително е оперативното отстраняване на лезията с първоначално поле на оперативна сигурност от 0,5 cm. Не се препоръчва криотерапия или биопсия.

На фиг. 7.4 е изобразен базалноклетъчен карцином. Налице са разклонени под формата на дърво съдови формации, както и синьо-сиви петна – т.нар. туморни комплекси. Липсват критериите за меланоцитна лезия като меланоцитна мрежа, ивици, точки. Препоръката в този случай е оперативно отстраняване.

На фиг. 7.5 е показан базоклетъчен карцином. С помощта на дерматоскоп се визуализират сиво-сини петна, като в диференциалнодиагностично отношение трябва да се мисли за син невус, тъй като конгломератите от меланоцити в дермата нерядко са със сиво-син оттенък – т.нар. пигментни глобули. При такъв вид лезии не се препоръчва биопсия, а оперативно отстраняване на цялата лезия.

Базалноклетъчният карцином, който е представен на фиг. 7.6 би трябвало да бъде оперативно отстранен поради наличието на ясно изразени сивкаво-сини петна, улцерации, атрофични розово-бели области. Описаният регресионен злокачествен растеж се наблюдава и при малигнен меланом, докато листообразният образец в периферията насочва към немеланоцитна лезия.

На фиг. 7.7 за разлика от фиг. 7.6 липсват ясни критерии за базоклетъчен карцином – сивкаво-сините петна са неравномерно разпределени, а не под формата на листовиден образец. В диференциалнодиагностичен план могат да се обсъждат пигментни точки при меланоцитна лезия, като единствено хистопатологичната находка в тези случаи би могла да доведе до върнатата диагноза.



На фиг. 7.8 се наблюдават сивкаво-сини петна – разклонени под формата на дърво съдови малформации, липсва обаче листообразен образец в периферията. Препоръката в този случай е оперативно отстраняване с цел изясняване на произхода на лезията.

На фиг. 7.9 дерматоскопски ясно личат сивкаво-сините петна, които ни насочват към диганозата базоклетъчен карцином, като диференциално-диагностично може да се мисли за "син невус" или диспластичен невус поради конфлуиращите пигментни глобули в дермата. Разклонените под формата на клони на дърво съдови формации в периферията на лезията са трудно обозрими. Лезията е подходяща за оперативно отстраняване с 0,5 cm поле на оперативна сигурност, като дерматоскопската диганоза в този случай не е сигурна.

Показаният на фиг. 7.10 пигментен базоклетъчен карцином е със сивкаво-сини петна и малки пигментирани точки, липсват допълнителните критерии за меланоцитна лезия. Дерматоскопски диагнозата не е напълно ясна, препоръчително е оперативно отстраняване.

На фиг. 7.11 ясно личат характерните за базоклетъчния карцином сивкаво-сини петна, малки пигментирани точки, улцеративни лезии с крусти и съдови формации като клони на дърво. Поради наличието на бледорозови атрофични области в диференциалнодиагностично отношение може да се мисли и за амеланотична форма на меланом.

На фиг. 7.12 виждаме разклонени под формата на "клони на дърво" съдови формации, които са характерни за базоклетъчен карцином. Диференциалнодиагностично в по-далечен план може да се мисли и за амеланотична форма на меланом.

Пигментираният базоклетъчен карцином на фиг. 8.1 би трябвало да бъде оперативно отстранен поради наличието на конфлуиращи сивкаво-сини петна и улцерации. Характерната листообразна структура трудно се идентифицира дерматоскопски. Липсват и критериите за меланоцитна лезия – меланоцитна мрежа, ивици, пигментни глобули и точки. Бледорозовите атрофични ареали в центъра на лезията насочва към високо-рискова лезия. В този случай диференциалната диагноза с дерматоскоп е несигурна.

На фиг. 8.2 дерматоскопски липсват сигурни данни за базоклетъчен карцином. Наблюдават се разклонения под формата на клони на дърво микро-съдови формации, характерни за базоклетъчен карцином. Откриват се и сивкаво-сини петна, кои-

то често са трудни за диференциране от пигментните глобули при меланоцитната мрежа.

На фиг. 8.3 се наблюдава базоклетъчен карцином, който дерматоскопски показва разклонени под формата на "клони на дърво" микросъдови формации, сивкаво-сини петна и централна улцерация.

На фиг. 8.4 се виждат себорейна кератоза, която е с милиа наподобяващи кисти и псевдофоликуларни отвори. Критериите за меланоцитна лезия липсват.

Себорейната кератоза от фиг. 8.5 е с милиа, наподобяващи псевдокисти и псевдофоликулни отвори. Характерните Gyri и Sulci (набраздени подобно на мозъчните гънки) са в период на начално развитие.

При показаната на фиг. 8.6 себорейна кератоза липсват критериите за меланоцитна лезия. Налице са милиа-подобни псевдокисти, псевдофоликулообразни отвори, като лезията е несиметрична спрямо структура и цвят.

Подобни са промените на себорейната кератоза, която е представена на фиг. 8.7. В този случай пак се наблюдават псевдофоликулообразни отвори и милиа-подобни псевдокисти.

Типичен пример за себорейната кератоза е представен на фиг. 8.8. Визуализират се псевдофоликулообразни отвори – кератинни маси в областта на дилатираните фоликули, както и милиа-подобни псевдокисти – интраепидермални рогови глобули или рогови псевдокисти.

На фиг. 8.9 е показана себорейна кератоза с милиа-подобни псевдокисти с жълт цвят. Псевдофоликулните отвори не се виждат поради черния цвят на лезията. В диференциалнодиагностично отношение трябва да се мисли за верукозна форма на меланом, както и за меланоакантом. Препоръчително е хирургичното отстраняване на лезията.

На фиг. 8.10 е показана несиметрична лезия по отношение на цвят и структура с налична псевдомеланоцитна мрежа в дясната ѝ част и характерната за себорейна кератоза "желеобразна" подобна на пергамент или прозрачна мантийна структура в лявата ѝ част. В диференциалнодиагностичен план може да се обсъди дали не се касае за колизионна лезия. В този случай препоръката е оперативно отстраняване поради неяснота дали лезиите са две – полиморфна дерматоскопска картина.

На фиг. 8.11 (себорейна кератоза) дерматоскопски ясно личи асиметрията по отношение на цвят и структура, както и наличието на милиа, наподобяващи кисти и псевдофоликулни отвори. В лявата част на лезията са налице

характерни за себорейната кератоза области, докато в дясната – малки дисеминирани съдови формации. Липсват допълнителните критерии, навеждащи диагнозата в полза на евентуална меланоцитна лезия. Препоръчително е оперативното отстраняване на лезията поради нехомогенния състав или наличието на т.нар. полиморфна дерматоскопска находка.

Себорейната кератоза, показана на фиг. 8.12, е с милиа, наподобяващи псевдокисти и псевдофоликулни отвори. Липсват допълнителните критерии за меланоцитна лезия. Смуцаваща е асиметрията спрямо цвят и структура, докато липсата на съдови формации е добър признак.

Лезията, представена на фиг. 9.1, е хомогенна, с типичните за себорейната кератоза Gyri и Sulci. В този случай оперативно отстраняване не е задължително.

На фиг. 9.2 е представена себорейна кератоза в комбинация с невус-колизиянна лезия. Налице са псевдофоликулообразни отвори и милиа-подобни псевдокисти с бял цвят в горната част на лезията, както и меланоцитна мрежа със симетрична структура и цвят в долната ѝ част.

На фиг. 9.3 е показан класически хемангиом, с типичните "лакуни" и перилобуларни фиброзни септи. Във връзка с това препоръката за оперативно отстраняване е индивидуална (при козметична индикация).

Хемангиомът от фиг. 9.4 показва полиморфна дерматоскопска картина. Наблюдават се типичните за хемангиом лакуни, перилобуларни фиброзни септи. Препоръката за оперативно отстраняване отново е индивидуална.

На фиг. 9.5 се наблюдава хемангиом. Налице са синьо-червени лакуни с "гроzdовидна или черешообразна" структура, които са сравнително хомогенни както клинично, така и дерматоскопски.

На фиг. 9.6 е показан хемангиом, който е със синьо-червени "лакуни, конфлуиращи помежду си и перилезионални регресионни зони. Съответно препоръката за оперативна интервенция не е задължителна, но е препоръчителна.

На фиг. 9.7 се наблюдава полиморфна дерматоскопска находка. Налице са почернели вследствие на тромбозата лакуни. Наблюдават се и тъмно-червени лакуни, както и атрофични ареали, които импонират регресионни зони вследствие на евентуален злокачествен растеж. Не е ясно дали лезията е с доброкачествен, или със злокачествен характер. Тромбозираният хемангиом е дерматоскопско предизвикателство,

като в диференциалнодиагностичен план могат да се обсъдят ангиокератом, сарком и метастази.

Подобна полиморфна дерматоскопска находка се наблюдава на фиг. 9.8. Хемангиомът е с типичните лакуни. В долната част на лезията се визуализира атрофичен бледорозов участък вследствие регресия на хемангиома, като в диференциалнодиагностично отношение би могло да се мисли и за атрофична регресионна лезия вследствие на туморен растеж. Едва след хистопатологичното изследване би могло да се изясни, дали зоните са фиброзни, а не са съставени от туморни клетки. Става въпрос се за хемангиом и регресионна атрофична зона в съседство.

При показания на фиг. 9.9 хемангиом се установява хетерогенна клинична и дерматоскопска картина. Хемангиомът е отчасти тромбозирал. Диференциалнодиагностично трябва да се мисли за фиброангиом и сарком на Капоши. Съответно и препоръката е за оперативно отстраняване и хистопатологично изследване.

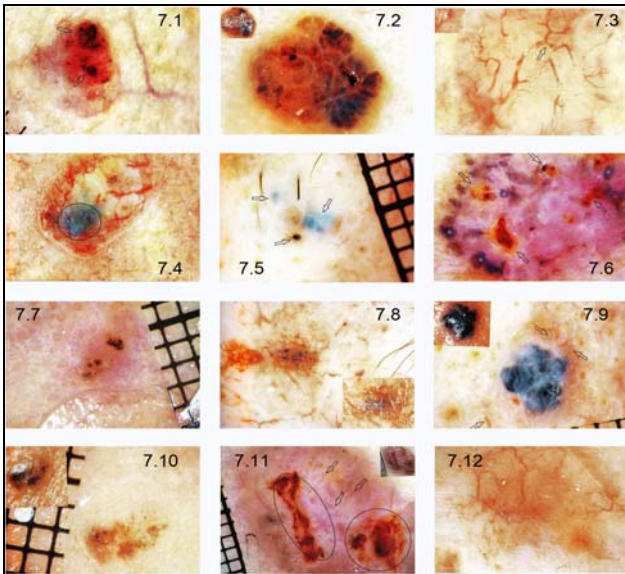
При хемангиомът, представен на фиг. 9.10, отчетливо се визуализират характерните лакуни в комбинация с телеангиектазии. В диференциалнодиагностично отношение би трябвало да се мисли и за гранулома пиогеникум (телеангиектатикум). Съответно препоръката е за оперативно отстраняване.

Дерматофибромът, показан на фиг. 9.11, е с централно разположен мрежест образец, псевдомеланоцитна мрежа в периферията, милиа, наподобяващи псевдокисти и перилезионална пигментация, на места прекъсната от мрежестата структура на плаката.

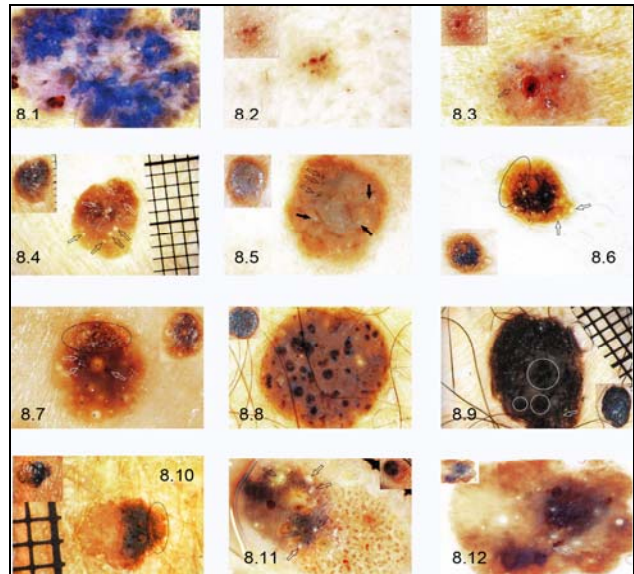
Подобна находка се наблюдава на фиг. 9.12. Дерматофибромът е с централно разположена конфлуираща структура, псевдомеланоцитна мрежа в периферията, милиа, наподобяващи кисти и перилезионна пигментация.

На фиг. 9.12 е представен дерматофибром с централна звездообразна структура. Дерматоскопски ясно личи феноменът на "таргетната лезия", която се пръска. Разположена е в центъра на дерматофиброма (т.нар. феномен на "изгряващото слънце"), както и лека перилезионна хиперпигментация. Липсва меланоцитна мрежа в периферията.

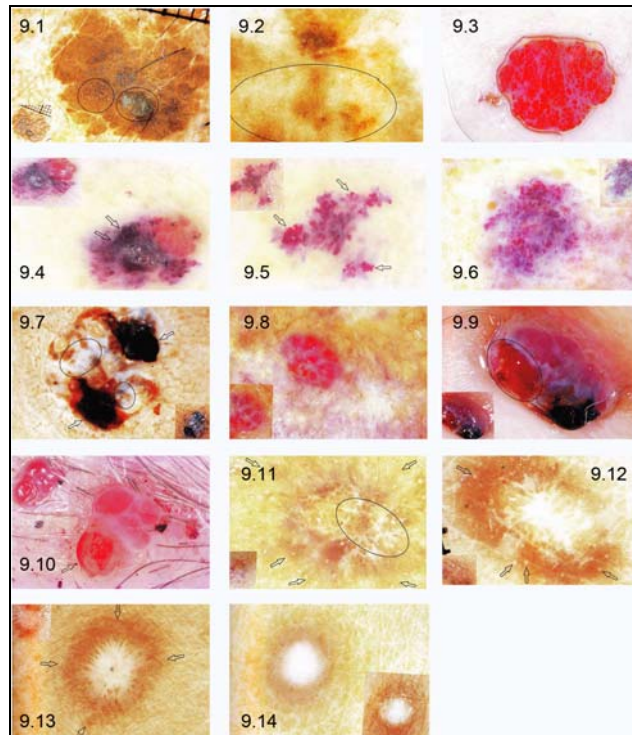
На фиг. 9.13 е показан дерматофибром с централно овална структура. В центъра на лезията се наблюдава феноменът на "заязвяващото слънце" – таргетната лезия е цяла, а в периферията е налице перилезионна хиперпигментация.



**Фиг. 7.1-12.** Приложение на опростените дерматоскопски критерии при диагностиката на немеланоцитни кожни лезии. Информацията се базира на следните литературни данни: 1) Wilhelm Stolz, Otto Braun Falco, Peter Bilek, Walter H. C. Burgdorf, Michael Landthaler. *Farbatlas der Dermatoskopie, 2., neubearbeitete und erweiterte Auflage, 2002 Blackwell, 2) Dermoscopy The Essentials; Robert Johr, H. Peter Soyer, Giuseppe Argenziano, Rainer Hofmann-Wellenhof, Massimiliano Scalvenzi; 2004)*



**Фиг. 8.1-12.** Приложение на опростените дерматоскопски критерии при диагностиката на немеланоцитни кожни лезии. Информацията се базира на следните литературни данни: 1) Wilhelm Stolz, Otto Braun Falco, Peter Bilek, Walter H. C. Burgdorf, Michael Landthaler. *Farbatlas der Dermatoskopie, 2., neubearbeitete und erweiterte Auflage, 2002 Blackwell, 2) Dermoscopy The Essentials; Robert Johr, H. Peter Soyer, Giuseppe Argenziano, Rainer Hofmann-Wellenhof, Massimiliano Scalvenzi; 2004)*



**Фиг. 9.1-14.** Приложение на опростените дерматоскопски критерии при диагностиката на немеланоцитни кожни лезии. Информацията се базира на следните литературни данни: 1) Wilhelm Stolz, Otto Braun Falco, Peter Bilek, Walter H.C. Burgdorf, Michael Landthaler. *Farbatlas der Dermatoskopie, 2., neubearbeitete und erweiterte Auflage, 2002 Blackwell, 2) Dermoscopy The Essentials; Robert Johr, H. Peter Soyer, Giuseppe Argenziano, Rainer Hofmann-Wellenhof, Massimiliano Scalvenzi; 2004)*

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Ежедневното приложение на дерматоскопа и сравнението на клиничната диагноза с хистопатологичните данни е от първостепенно значение за дерматолозите и за тяхното самообучение [15].

2. Използването на 3-точковата система за диагностика на меланоцитни лезии спомага за бързото им диференциране от немеланоцитните лезии и е лесно приложимо, като във висок процент от случаите води до правилната диагноза [4, 6]. Препоръчително е приложението му и при немеланоцитните лезии.

3. При съмнение и несигурност при определянето на дигнитета на лезията най-правилното решение е хирургичното отстраняване с поле на оперативна сигурност от 0,5 cm [1].

4. Дерматоскопската находка при базалноклетъчен карцином е хетерогенна и невинаги включва всички познати критерии при всяка лезия [1, 14].

5. При липса на ясни критерии за наличие на базоклетъчен карцином е важно изключването на меланоцитна лезия по вече установените критерии: точки, пигментни глобули, мрежа и ивици [1, 14].

6. Дерматоскопската находка при себорейната кератоза е значително по-лесна от тази при базоклетъчния карцином [9].

7. Наличието на Gyri и Sulci ("мозъчни бразди или гънки") е характерно за себорейната кератоза [9].

8. Псевдофоликулни комедообразни отвори, псевдокисти или милиа се наблюдават при себорейната кератоза [1, 9].

9. При хетерогенна дерматоскопска находка и съдови формации трябва да се мисли за колизионни лезии и злокачествена трансформация, съответно препоръчително е отстраняването им с цел изясняване на техния произход [1, 9].

9. Дерматоскопската находка при хемангиомите е относително лесна при мономорфна дерматоскопска картина [16].

10. При наличието на полиморфна находка, би било удачно лезията да се отстрани хирургично и да се изясни хистопатологично [1, 17].

11. Дерматоскопската находка при дерматофибромите е специфична и рядко би могла да бъде объркана с други доброкачествени или злокачествени кожни лезии [1, 18].

12. Наличието на феномена на таргетната лезия и феномена на „изгряващото“ и „залязващото слънце“ са характерни за дерматофиброма [1].

13. Перилезионната хиперпигментация, псевдомеланоцитна мрежа в периферията и централната бяла плака се наблюдават при дерматофиброма [18].

14. Редовното използване на дерматоскопа в клиничната практика усъвършенства сетивата при поставяне на първоначалната диагноза [17]. Така индиректно се прецизира полето на оперативна сигурност, като се спестява повторната ексцизия при голям брой от пациентите [17].

15. Новите модерни дерматоскопи са неотложна част от ежедневната дерматологична практика. Правилното им използване води до прецизиране на предоперативната диагностика на доброкачествените и злокачествените кожни лезии [17].

## Библиография

1. Stolz, W. et al. Farbatlas der Dermatoskopie, 2, neu bearbeitete und erweiterte Auflage-Berlin: Blackwell Verlag GmbH, 2002.
2. Bahmer, F. A. et al. Diagnostische Kriterien in der Auflichtmikroskopie. – *Hautarzt*, **41**, 1990, 513-514.
3. Braun Falco, O. et al. Eine Vereinfachung der Auflichtmikroskopie von pigmentierten Hautveränderungen. – *Hautarzt*, **41**, 1990, 131-136.
4. Campos-do Carmo, G. et M. Ramos-e-Silva. Dermoscopy: basic concepts. – *Int. J. Dermatology*, **47**, 2008, № 7, 712-719.
5. Dummer, W., K. A. Doehnel et W. Remy. Videomikroskopie in der Differentialdiagnose von Hauttumoren and Sekundäprävention des malignen Melanoms. – *Hautarzt*, **44**, 1993, 772-776.
6. Argenziano, G. et al. Dermoscopy of pigmented skin lesions: results of a consensus meeting via the Internet. – *J. Am. Acad. Dermatol.*, **48**, 2003, 679-693.
7. Anderson, R. et J. A. Parrish. The optics of human skin. – *J. Invest. Dermatol.*, **77**, 1981, 13-19.
8. Kefel, S. et al. Discrimination of basal cell carcinoma from benign lesions based on extraction of ulcer features in polarized-light dermoscopy images. – *Skin. Res. Technol.*, Feb 22 2012; doi: 10.1111/j.1600-0846.2011.00595.x. [Epub ahead of print]
9. Stricklin, S. M. et al. Cloudy and starry milia-like cysts: how well do they distinguish seborrheic keratoses from malignant melanomas? – *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol.*, **25**, 2011, № 10, 1222-1224.
10. Moscarella, E. et al. Dermoscopy and confocal microscopy of thrombosed hemangiomas. – *Arch. Dermatol.*, **148**, 2012, № 3, 410.
11. Arpaia, N., N. Cassano et G. A. Vena. Dermoscopic patterns of dermatofibroma. – *Dermatol. Surg.*, **31**, 2005, № 10, 1336-1339.
12. Rajesh, G. et al. Spectrum of seborrheic keratoses in south Indians: a clinical and dermoscopic study. – *Indian. J. Dermatol. Venereol. Leprol.*, **77**, 2011, № 4, 483-488.
13. Takenouchi, T. Key points in dermoscopic diagnosis of basal cell carcinoma and seborrheic keratosis in Japanese. – *J. Dermatol.*, **38**, 2011, № 1, 59-65.

14. S a n c h e z - M a r t i n , J. et al Dermoscopy of small basal cell carcinoma: study of 100 lesions 5mm or less in diameter. – Dermatol. Surg., 2012; Feb 6, doi: 10.1111/j.1524-4725.2012.02358.x. [Epub ahead of print]
15. M e n e z e s , N. et al. Letter: Colision tumor: importance of the new auxiliary tools for diagnosis. – Dermatol. Online J., 17, 2011, № 7, 12.
16. O I s o , N. et A. Kawada. The dermoscopic features in infantile hemangioma. – Pediatr. Dermatol., 28, 2011, № 5, 591-593.
17. T c h e r n e v , G. et al. Simplified dermoscopic criteria for diagnosing benign and dysplastic melanocytic lesions and melanoma of the skin: indications for surgical removal. – Meditsinski pregled, 3, 2011, 5-18.
18. Z a b a l l o s , P. et al. Dermoscopy of dermatofibromas: a prospective morphological study of 412 cases. – Arch. Dermatology, 144, 2008, № 1, 75-83.

 Адрес за кореспонденция:

Наталья Кирияк  
Клиника по дерматология и венерология  
Медицински факултет  
Тракийски университет  
ул. "Армейска" 11  
6000 Стара Загора  
359899775584  
е-mail: natalya.kiriyak@gmail.com

 Постъпила -