

# НАРУШЕНИЕ ПИГМЕНТАЦИИ КОЖИ: *клинические проявления, дифференциальная диагностика, лечение*

Эффективность терапии любого заболевания зависит в первую очередь от правильной постановки диагноза. Дисхромии — не исключение. Почему возникает изменение окраски кожи? И с какими меланозами чаще всего сталкивается врач-косметолог?



**АЛЬБИНА ПАШИНЯН**, д.м.н.,

профессор кафедры дерматовенерологии ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России  
Москва

**ДИАНА ДЖАБАЕВА**, к.м.н.,

ассистент кафедры дерматовенерологии ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России  
Владикавказ

**Д**исхромия кожи (греч. *dys* + *chroma* цвет, окраска) — расстройство окраски кожи или слизистых оболочек, которое зависит от количественного соотношения пяти пигментов: меланина, меланоида, каротина, восстановленного и окисленного гемоглобина. Дисхромии классифицируют в зависимости от распространенности (ограниченные и диффузные), глубины залегания пигмента (эпидермальные, дермальные, смешанные), типа распределения меланина (внутриклеточные, внеклеточные).

Возникновение дисхромий может быть связано с наличием генетической предрасположенности, иммунными и биохимическими нарушениями, воздействием триггерных факторов, изменением периферической нервной системы.

Дисхромии делят на первичные, развивающиеся на неизменной коже, вне связи с внешними провоцирующими факторами; и вторичные, возникающие на месте разрешившихся первичных

морфологических элементов, вследствие подавления меланогенеза медиаторами воспалительного процесса или токсическими продуктами жизнедеятельности инфекционных агентов (грибов, стрептококков и др.). Нарушение пигментации может возникнуть под воздействием внешних факторов, таких как механическая травма, применение топических кортикостероидов, гидрохинона, солей ртути, сандалового масла, рентгеновских лучей и др.

**ГИПОМЕЛАНОЗЫ**

Гипомеланозы подразделяются на первичные: врожденные (беспигментный невус, частичный, тотальный, неполный альбинизм, синдромы: Чедиака-Штейнбринка-Хигаси, Менде, Титце и др.); приобретенные (витилиго); вторичные: лейкодермы истинные (при сифилисе «ожерелье Венеры») или ложные (после отрубевидного лишая, псориаза и др.), хронический

идиопатический каплевидный гипомеланоз).

Витилиго (от лат. *vitium* — порок, порча + суффикс — *igo* = «порочная болезнь») — идиопатическая дисхромия кожи, характеризующаяся появлением депигментированных пятен молочно-белого цвета различных размеров и очертаний, склонных к периферическому росту и слиянию вследствие отсутствия либо снижения содержания меланина в коже (фото 1). В по-



Фото 1. Сегментарное витилиго на кисти руки (из архива А.Г. Пашинян).





Фото 2. Сегментарное витилиго на волосистой части головы (обесцвеченные волосы) (из архива А.Г. Пашипян).

В последние годы было доказано, что депигментация развивается не только в коже, но и в сетчатке, радужной и сосудистой оболочках глаза. С учетом клинической картины заболевания выделяют: несегментарное витилиго: генерализованное; акрофациальное; универсальное; смешанное (сочетание несегментарного и

веченные волосы (в области роста ресниц и бровей, реже на голове, в подмышечных впадинах, на лобке и других участках) (фото 2).

Методом терапии первой линии больных ограниченными формами несегментарного и сегментарного витилиго является применение топических медикаментозных средств (метилпреднизолона ацепоната, алклометезона дипропионата, клобетазола пропионата) в виде крема или мази 1 раз в сутки в виде аппликаций. Альтернативными средствами являются топические ингибиторы кальциневрина (0,03% или 0,1% мазь, 1% крем с такролимусом), которые наносят 2 раза в сутки в виде аппликаций в течение 3 месяцев и более. Их применение более безопасно по сравнению с лечением топическими глюкокортикоидными препаратами, поскольку не вызывает атрофии кожи. Однако их не рекомендуется сочетать с фототерапией или солнечным облучением в связи с повышенным риском развития опухолевых процессов на коже.



Фото 3. Меланодермия как пара-неоплазия на спине (из архива А.Г. Пашипян).

кополосная ультрафиолетовая средневолновая терапия с длиной волны 280–320 нм, ПУВА-терапия с пероральным применением фотосенсибилизатора.

По данным научных исследований, в последние годы стали применять такие хирургические методы, как пересадка культивированного и некультивированного эпидермиса, аутологичные минитрансплантаты, трансплантация культивированных или некультивированных меланоцитов, волос.

При наличии ограниченных форм, особенно при I и II фототипах кожи, достаточно пользоваться декоративной косметикой.

### ГИПЕРПИГМЕНТАЦИИ

К группе гиперпигментаций относят заболевания, в клинической картине которых в разной степени усиливается окраска кожи.

Первичные: врожденные (невус пигментный, лентиго юно-



**При некоторых кожных заболеваниях гиперпигментация является одним из их симптомов (первичных или вторичных): к ним относятся болезнь Реклингаузена, мастоцитоз, токсидермия, красный плоский лишай, пигментная ксеродерма, черный акантоз.**

сегментарного); витилиго слизистых оболочек (наличие более одного очага поражения). Сегментарное витилиго: уни-, би- или плюрисегментарное. У части больных в очагах депигментации наблюдаются обесц-

У больных распространенными формами витилиго методами выбора являются: облучение ультрафиолетовым эксимерным светом с длиной волны 308 нм, узкополосная фототерапия с длиной волны 311 нм или широ-



шеское, недержание пигмента); наследственные (веснушки, лентиго наследственный, лентиго периорифициальный); приобретенные (хлоазма, линейная пигментация лба, ме-

аза, красного плоского лишая (фото 4), атопического дерматита, узловатой чесотки, опоясывающего лишая и др. При некоторых кожных заболеваниях гиперпигментация является

глубины залегания пигмента и интенсивности окраски патологического очага применяют поверхностный, срединный или глубокий пилинг.

Многие фармацевтические компании выпускают средства медицинского камуфляжа — специализированные тональные кремы, пасты, эмульсии, взбалтываемые взвеси, которые имеют достаточно высокую степень покрытия и позволяют визуально замаскировать дефекты. Их могут использовать пациенты с врожденными и приобретенными нарушениями пигментации. Эти средства, как правило, водостойкие, непрозрачные, представлены многими оттенками цветовой гаммы, безопасны, гипоаллергичны, некомедогенны, соответствуют *pH* водно-липидной мантии, удобны в применении. Продукты компаний могут включать несколько средств, дополняющих друг друга, например, тональные покрытия для разных типов кожи, маскирующие стики или пудры для завершения макияжа (например, как у лаборатории Vichy). В состав тональной основы входит жидкий парафин с низкой точкой плавления, что обеспечивает хорошее распределение по поверхности кожи и дисперсию пигментов. Натуральные воски с высокой точкой плавления способствуют прочному связыванию всех компонентов тональных средств для обеспечения стойкости макияжа. В формулу тональной основы введены UV-фильтры (до SPF 35), что позволяет использовать продукты, в том числе, в период активного солнца.

Алгоритм действий по осветлению кожи включает следующие этапы: диагностику, курс отбеливающих процедур, ежедневный уход за кожей, фотозащиту.



**Многие фармацевтические компании выпускают средства медицинского камуфляжа — тональные кремы, пасты, эмульсии, взбалтываемые взвеси, которые имеют достаточно высокую степень покрытия и позволяют визуально замаскировать дефекты. Их могут использовать пациенты с врожденными и приобретенными нарушениями пигментации.**

лазма, пигментный окolorотовый дерматит, каротинодермит Брока); диффузные (болезнь Аддисона, меланодермия — фото 3); токсические (меланоз Рилиа, сетчатая пигментная пойкилодермия лица и шеи, Хофмана-Хабермана); искусственные (актиническая меланодермия, мраморная пигментация кожи Бушке-Эйхорна, паразитарная меланодермия).

Вторичные гипермеланозы возникают после ожогов и других травм кожи, на месте разрешившихся высыпаний акне, псориа-

одним из их симптомов (первичных или вторичных): к ним относится болезнь Реклинггаузена, мастоцитоз, токсидермию, красный плоский лишай, пигментную ксеродерму, черный акантоз.

Целью терапии гиперпигментации, если она не является симптомом системного процесса, является снижение скорости образования меланоцитов, подавление меланосом и содействие их деградации.

В целях лечения назначают:

- 1) ежедневное использование фармакологических и косметологических средств с отбеливающим эффектом в течение длительного времени;
- 2) нанесение солнцезащитных кремов с SPF более 30;
- 3) световые технологии (фототерапию, лазеротерапию — лазеры на красителях, неодимовый, эрбиевый, криптоновый);
- 4) препараты и процедуры, уменьшающие выработку меланина, отбеливающие и отшелушивающие роговой слой эпидермиса. В зависимости от



Фото 4. Гиперпигментация после красного плоского лишая (из архива А.Г. Пашиной).

## Клинический случай

**Пациентка А., 28 лет,** обратилась с жалобами на наличие на коже лица пигментации, появившейся 4,5 года назад во время беременности.

**При осмотре:** на коже центральной части лба, спинки носа, щеках наблюдается неравномерная пигментация желтовато-коричневого цвета с неровными, зазубренными очертаниями, напоминающими географическую карту (фото 5).

**Из анамнеза:** в медицинских центрах в течение нескольких лет пациентке проводили курсы мезотерапии, назначали различные пилинги с временным положительным эффектом. Были даны рекомендации по обязательному применению отбеливающих средств для домашнего ухода за кожей лица.

**При обследовании:** гинекологом-эндокринологом патологии не выявлено, результаты клинического и биохимического анализов крови в пределах нормы.

**Диагноз:** мелазма.

**Назначения:** для пациентки была разработана индивидуальная программа коррекции мелазмы с учетом типа кожи, характера эстетической проблемы, пола и возраста, направленная на осветление и, в дальнейшем, полное устранение гиперпигментации, а также на улучшение



Фото 5. Мелазма на коже лица до лечения (из архива Д.Г. Джаваевой).

рельефа кожи. Учитывая, что после применения мезотерапии и пилингов достичь полного регресса гиперпигментации на коже лица не удалось, мы провели световую коррекцию на аппарате со спектральным профилем MaxVP 535 нм — 5 процедур с интервалом в 4 недели. Специальной подготовки пациентки к процедуре не проводили.

**Рекомендации:** обязательная фотопroteкция с использованием солнцезащитных средств с максимальной защитой от ультрафиолетовых лучей А и В, минимум инсоляции, включая солярий. Предложены средства медицинского камуфляжа. Учитывая тип кожи, пациентке подобрали не-

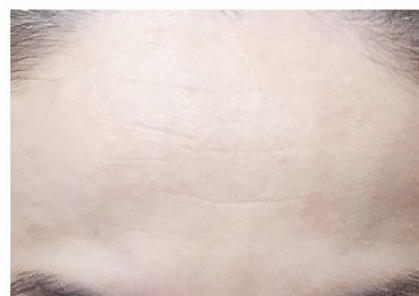


Фото 6. Мелазма после световой коррекции (из архива Д.Г. Джаваевой).

обходимый тон Dermablend от Vichy с легкой, пластичной текстурой.

**Результат.** На фоне проводимой терапии отмечается полное исчезновение практически всех очагов на коже спинки носа, щек, а также значительное побледнение и уменьшение размеров очагов гиперпигментации на лбу (фото 6). В настоящее время пациентка строго выполняет все рекомендации врача. Также было отмечено, что с улучшением клинической картины заболевания пропорционально улучшались и показатели качества жизни, у пациентки повысилась самооценка. Она довольна полученным результатом, который совпал с объективной оценкой врача.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В заключение необходимо отметить, что проблема лечения

дисхромий связана с их частой устойчивостью к предложенным методам терапии, возникновением рецидивов, что обу-

славливает поиск новых методик с высокой эффективностью и минимальными побочными эффектами. 