Меланоформный невус

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые, дети · редакция 2023 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: D22 · Ассоциация онкологов России, Ассоциация специалистов по проблемам меланомы, Союз «Национальный альянс дерматовенерологов и косметологов»

Меланоформный невус — доброкачественный меланоцитарный пролиферат, обычно представленный симметричным коричневым, розовым или голубым пятном либо папулой. В рекомендации главное — отличать типичные невусы от подозрительных, подтверждать сомнительные очаги морфологически и наблюдать пациентов с повышенным риском меланомы.

Главное

- Приобретенные доброкачественные невусы обычно имеют диаметр менее 6 мм. Большое количество невусов, их атипичный вид, дисплазия или другие факторы риска повышают настороженность в отношении меланомы.
- К признакам клинически атипичного невуса относят наличие участка в виде пятна и минимум трех признаков: нечеткие границы, диаметр от 5 мм, изменение цвета, неровные очертания и эритема.
- Дерматоскопию проводят для всех кожных образований, ногтевых пластин, волосистой части головы и видимых слизистых обученным врачом; исследование помогает определить показания к биопсии (УУР С, УДД 3).
- Особого наблюдения требуют пациенты с более чем 50 невусами, атипичными или врожденными крупными невусами, личным или семейным анамнезом меланомы, I–II фототипом кожи, иммуносупрессией, интенсивной инсоляцией и другими факторами риска.
- При подозрительных клинических или дерматоскопических признаках нужна эксцизионная биопсия с патолого-анатомическим исследованием. Для подтверждения сомнительного очага обычно используют отступ 0,5 см, допустимый диапазон — 0,1–0,3 см; при больших образованиях возможна полнослойная инцизионная или панч-биопсия репрезентативного участка (УУР С, УДД 4).
- Профилактическое удаление всех типичных невусов при множественных образованиях не проводят. Пациентам группы риска объясняют ежемесячный самостоятельный осмотр кожи, фотозащиту и необходимость избегать соляриев, активной инсоляции и солнечных ожогов (УУР С, УДД 5).
- Детям с гигантскими врожденными меланоцитарными невусами рекомендуют тотальное хирургическое удаление как профилактику меланомы, если это возможно; решение принимают на мультидисциплинарном консилиуме, альтернативой может быть тщательное динамическое наблюдение (УУР С, УДД 5).

Диагностика

1. Собрать анамнез: время появления и изменения очага, травматизацию, симптомы, трение, косметический дискомфорт, личный и семейный анамнез меланомы и рака кожи, инсоляцию, ожоги, иммуносупрессию и наследственные синдромы.
2. При осмотре оценить всю кожу, придатки кожи и видимые слизистые; определить количество очагов, их тип — пятно, пятно-узел или узел — и наличие клинических признаков подозрения на меланому.
3. Провести дерматоскопию всех кожных образований, ногтевых пластин, волосистой части головы и видимых слизистых обученным врачом. Искать асимметрию, несоответствие очага остальным, атипичную сеть, асимметричные точки и глобулы, полиморфные сосуды, серо-голубые или бело-голубые зоны, регресс и другие признаки меланомы.
4. До морфологической верификации рутинные лабораторные исследования не проводят, если их необходимость не связана с сопутствующей патологией или безопасностью биопсии. У детей с гигантскими врожденными невусами и тяжелым неврологическим течением, особенно при нейрокожном меланозе, исследуют дофамин в суточной моче (УУР С, УДД 4).
5. При сомнительном или подозрительном очаге выполнить эксцизионную биопсию с патолого-анатомическим исследованием; при больших образованиях, когда полное иссечение травматично, допустима полнослойная инцизионная или панч-биопсия репрезентативного участка. При необходимости применяют иммуногистохимию и классификацию MPATH-DX.

6. Каждому ребенку с гигантским врожденным меланоцитарным невусом провести МРТ головного мозга с контрастированием для исключения нейрокожного меланоза, особенно лептоменингеальной формы (УУР С, УДД 4).

Лечение

- Типичный доброкачественный меланоцитарный невус не лечат. При физическом или эстетическом дискомфорте возможно удаление или деструкция, но материал должен быть направлен на патоморфологическую верификацию.
- Взрослым при невусе Мейерсона проводят консервативное лечение наружными препаратами; при его неэффективности выполняют хирургическое иссечение (УУР С, УДД 4).
- Детям с гигантскими врожденными меланоцитарными невусами выполняют тотальное хирургическое удаление как профилактику меланомы, если это технически и клинически возможно (УУР С, УДД 5).
- При крупных и гигантских невусах используют поэтапное иссечение с эспандерами и последующей пластикой; альтернативой остается тщательное динамическое наблюдение. Тактику выбирают на мультидисциплинарном консилиуме федерального центра.
- Таргетную терапию рассматривают только как опцию последнего шанса при неудалимых или рецидивирующих больших невусах с выраженными симптомами после выявления молекулярной мишени.
- Обезболивание и диетотерапия при доброкачественных меланоцитарных невусах не рекомендуются.
- При меланоцитарной опухоли с неопределенным злокачественным потенциалом предпочтительны экспертный пересмотр, широкое иссечение и, в соответствующих случаях, биопсия сигнального лимфатического узла с молекулярно-генетическим исследованием.

Когда направить и как наблюдать

- При клинических признаках подозрения на меланому — асимметрии, неправильных очертаниях, полихромии, диаметре более 5 мм или изменениях — при подозрительной дерматоскопии либо после патоморфологического подтверждения направить пациента на первичный прием к онкологу (УУР С, УДД 5).
- Детей с гигантским врожденным меланоцитарным невусом направить на первичный прием к неврологу для определения неврологического статуса.
- Пациентов с факторами риска включают в диспансерное наблюдение дерматовенерологом с периодическим осмотром всей кожи, дерматоскопией и фотофиксацией. При очень высоком риске наблюдение проводят пожизненно.
- При тяжелом течении, неэффективности амбулаторного лечения после уточнения диагноза или необходимости хирургического лечения в условиях стационара показана госпитализация в дневной или круглосуточный стационар.

Частые вопросы

Нужно ли удалять типичный доброкачественный невус?

Нет, при типичной клинической и дерматоскопической картине лечение не требуется. Удаление возможно при физическом или эстетическом дискомфорте, с обязательной патоморфологической верификацией.

Какие признаки требуют биопсии невуса?

Показаниями служат появление или рост отличающегося очага у пациентов старше 50 лет, выраженные изменения при динамическом наблюдении, асимметричные периферические глобулы или псевдоподии, атипичная сеть, полиморфные сосуды, серо-голубые или бело-голубые зоны, атипичные точки и глобулы, негативная сеть и зоны регресса. При неясном диагнозе также нужна биопсия.

Как часто наблюдать пациента с высоким риском меланомы?

При фотокартировании у пациентов с очень высоким риском первый контроль проводят через 1,5–4,5 месяца. При стабильной картине последующие обследования выполняют каждые 6–12 месяцев; пациентов с единичными атипичными невусами также обследуют краткосрочно через 1,5–4,5 месяца.

Что делать при гигантском врожденном невусе у ребенка?

Ребенку с гигантским врожденным меланоцитарным невусом проводят МРТ головного мозга с контрастированием для исключения нейрокожного меланоза.

Нужны ли анализы крови или другие лабораторные исследования до биопсии?

Рутинная лабораторная диагностика до морфологического подтверждения не проводится, если нет сопутствующей патологии или необходимости обеспечить безопасность биопсии. У детей с гигантскими врожденными невусами и тяжелым неврологическим течением рекомендуется исследовать дофамин в суточной моче.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/763-melanoformnyj-nevus. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/763_2