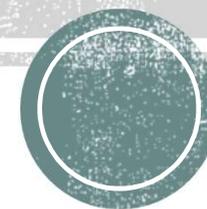


ГОО ВПО ДОННМУ ИМ.М.ГОРЬКОГО
КАФЕДРА ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ И КОСМЕТОЛОГИИ ФИПО

*Себорейный кератоз у
лиц старших возрастных
групп*

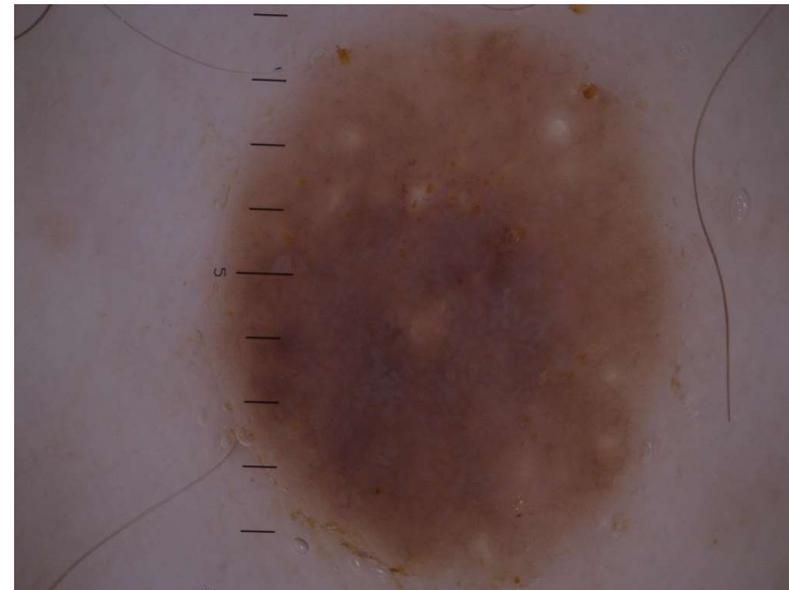


доц. Провизион А. Н.

г. Донецк
14.10.2020

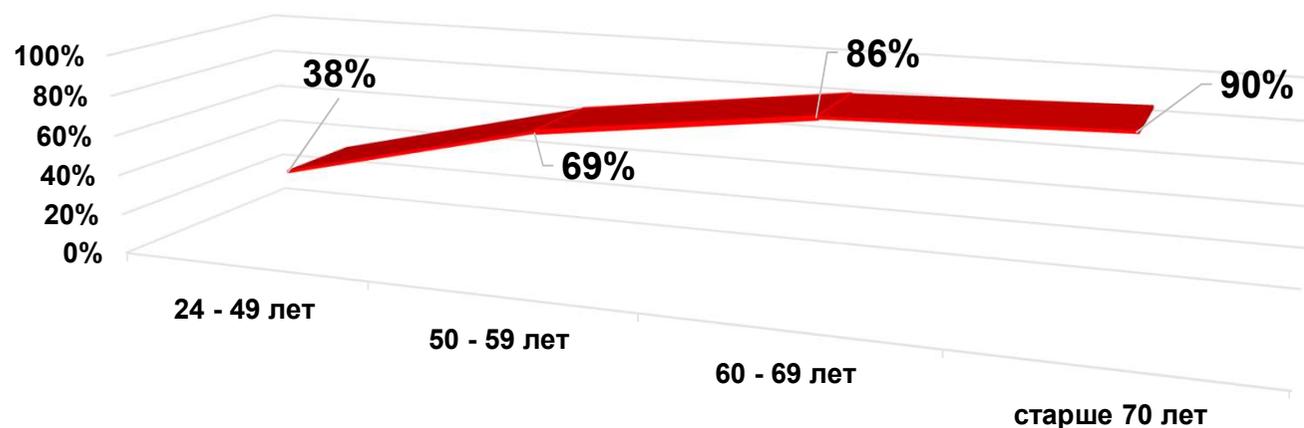
■ **Себорейный кератоз (СК) — доброкачественная эпителиальная опухоль кожи, которая встречается у лиц после 50 лет в 100 % случаев, вне зависимости от пола**

• **Опухоли могут быть единичными или множественными, с локализацией на любом участке кожного покрова, за исключением ладоней и подошв**



- Болеют лица среднего и пожилого возраста, после 50 лет распространенность достигает до 80–100% в популяции

Себорейный кератоз*



	24 - 49 лет	50 - 59 лет	60 - 69 лет	старше 70 лет
■ Себорейный кератоз	38%	69%	86%	90%

■ 24 - 49 лет ■ 50 - 59 лет ■ 60 - 69 лет ■ старше 70 лет

*Alapatt GF, Sukumar D, Bhat MR. A clinicopathological and dermoscopic correlation of seborrheic keratosis. Indian J Dermatol. 2016;61(6): 622–7. doi: 10.4103/0019-5154.193667.

- Проявляется заболевание на ранней стадии пятнами, желто-коричневой окраски, которые постепенно темнеют и превращаются в выпуклые бляшки, как будто «приклеенные» к коже
- Диаметр образований может варьировать от нескольких мм до нескольких см



Стадия пятна



Стадия бляшки

- **Очаги четко очерчены, могут быть солитарными, но чаще множественные, имеют овальную форму и располагаются по ходу КОЖНЫХ ЛИНИЙ***



* Kwon O.S., Hwang E.J., Bae J.H., Park H.E., Lee J.C., Youn J.I. "Seborrheic Keratosis in the Korean Males: Causative Role of Sunlight." *Photodermatol. Photoimmunol. Photomed.* 19.2 (2003): 73–80.

- Несмотря на разнообразие клинических форм, обычно диагноз СК не вызывает затруднений, однако в ряде случаев СК могут имитировать другие опухоли кожи:



Меланоцитарный невус



Вульгарную бородавку



Лентиго



Меланому

(http://www.skinmaster.ru/504/Melanoakantoma_variant_seborejnogo_keratoza)

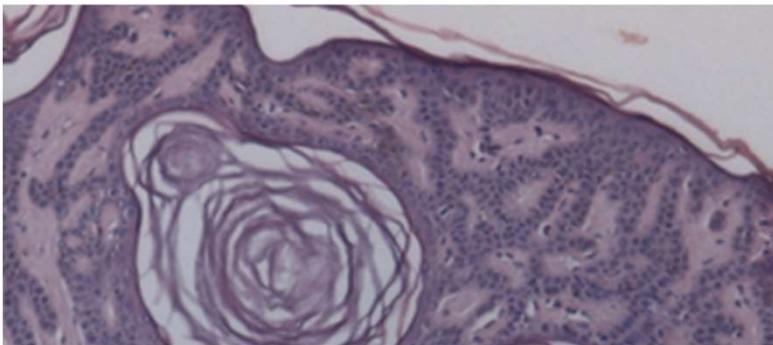


Базалиому

Морфологически выделяют 6 гистологических типов*:

- ❑ Акантотический
- ❑ Аденоидный (ретикулярный)
- ❑ Гиперкератотический (папилломатозный)
- ❑ Клональный
- ❑ Меланоакантому
- ❑ Раздраженный

При всех гистологических типах присутствуют в разной степени выраженности гиперкератоз, акантоз, папилломатоз, роговые и псевдороговые кисты. Интенсивность меланинового пигмента варьирует от почти полного отсутствия до сильной степени



* Lee J.Y., Lin M.H. "Pigmented Malignant Hidroacanthoma Simplex Mimicking Irritated Seborrheic Keratosis." *J. Cutan. Pathol.* 33.10 (2006): 705–708. DOI: 10.1111/j.1600-0560.2006.00508.x.

В настоящее время нет единого мнения об этиологии и патогенезе СК

Большинство теорий противоречивы и не объясняют сущность патологического процесса и многообразия форм.

К факторам, способствующим развитию СК относят:

- Генетическую предрасположенность**
- Длительную инсоляцию**
- Вирус папилломы человека (ВПЧ)**
- Иммунологические нарушения**
- Инсулинорезистентность***
- Теория «старения клеток» при СК****

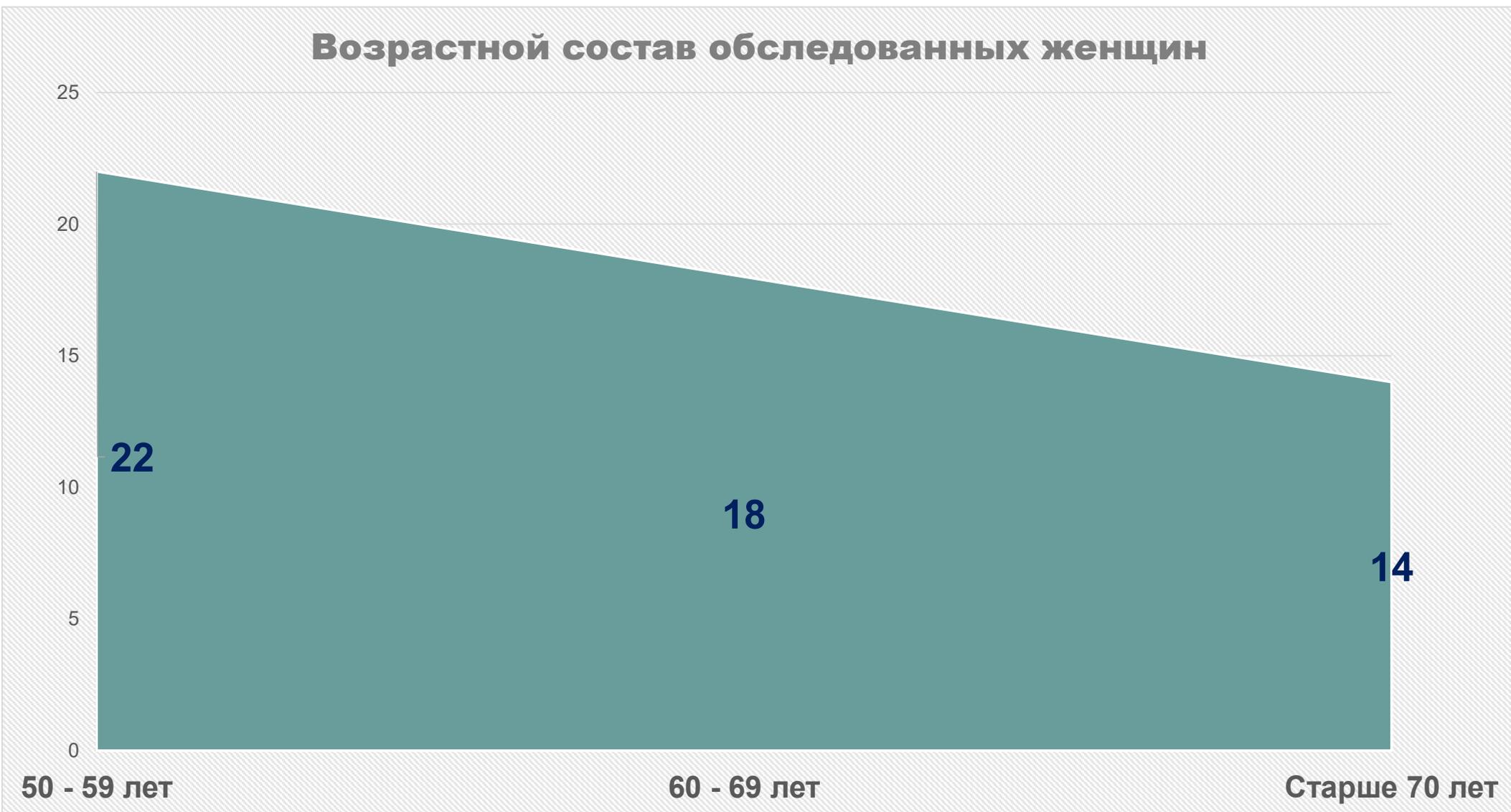
* Saraiya A., Al-Shoha A., Brodell R.T. "Hyperinsulinemia Associated with Acanthosis Nigricans, Finger Pebbles, Acrochordons, and the Sign of Leser-Trélat." *Endocr. Pract.* 19.3 (2013): 522–555. DOI: 10.4158/EP12192.RA.

** Nakamura S., Nishioka K. "Enhanced Expression of p16 in Seborrheic Keratosis; A Lesion of Accumulated Senescent Epidermal Cells in G1 Arrest." *Br. J. Dermatol.* 149.3 (2003) :560–565.

▪ Под наблюдением находилось 54 пациента с очагами СК на коже лица и волосистой части головы в возрасте от 50 до 76 лет (17 мужчины и 37 женщины), обратившихся в «Дни меланомы» в Республиканский клинический дерматовенерологический диспансер г. Донецка и амбулатории буденовского района г. Донецка в 2018 – 2019 гг.

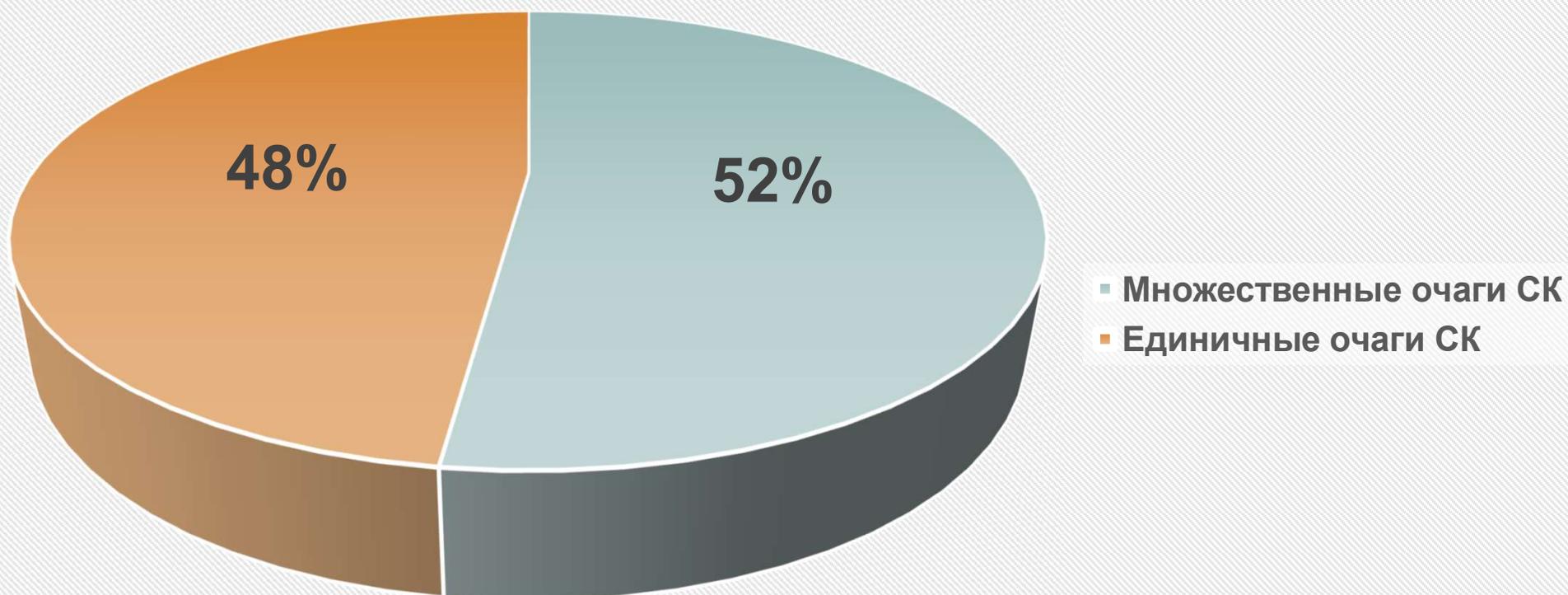


Возрастной состав обследованных женщин



- Множественными СК считались при наличии более 10 очагов

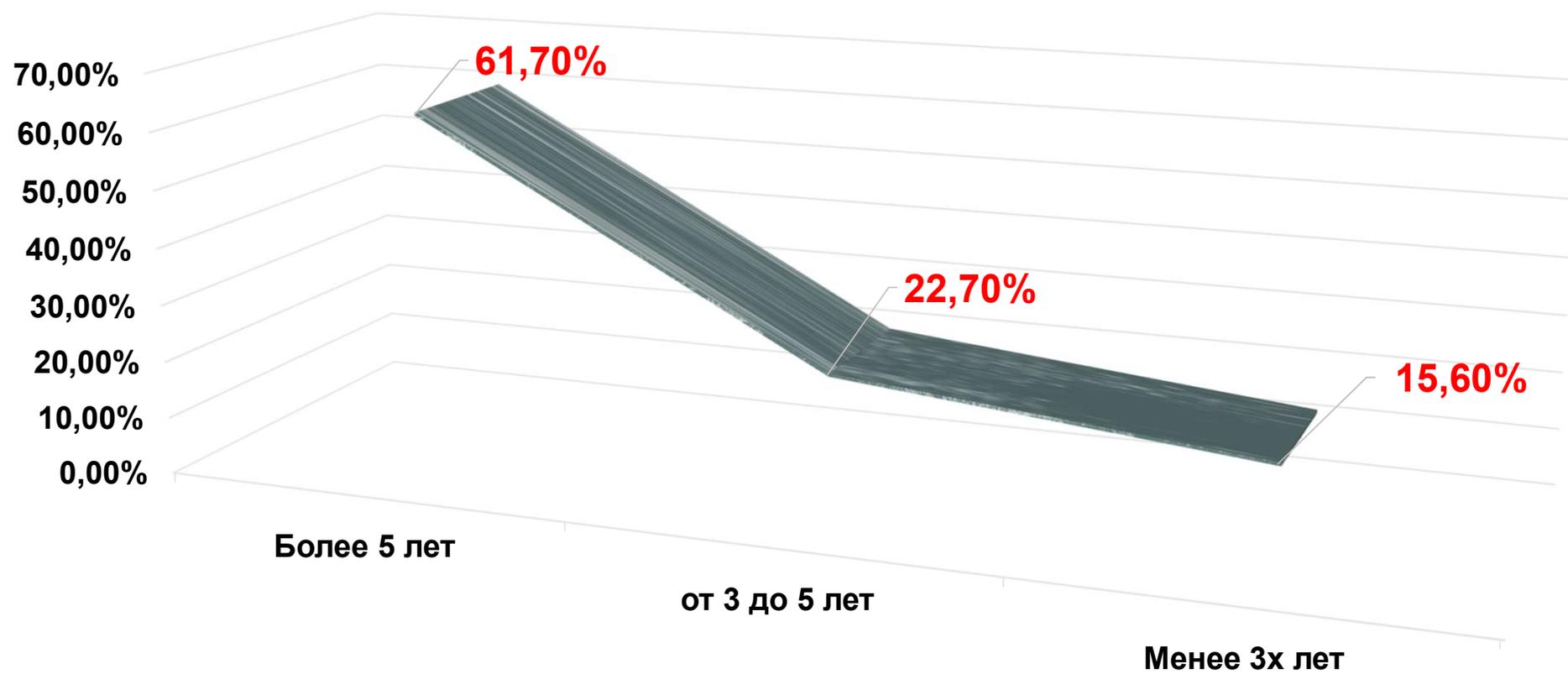
Соотношение пациентов с единичными и множественными очагами СК



Материалы и методы:

- при проведении клинического обследования и опроса пациентов использовали индивидуальную учетную (регистрационную) карту, разработанную с учетом целей настоящего исследования**
- сбор анамнеза болезни (появление первых СК, их локализация, распространение, данные о предшествующем лечении или удалении)**
- осмотр кожных покровов (состояние кожи и наличие сопутствующей дерматовенерологической патологии)**

Длительность существования СК



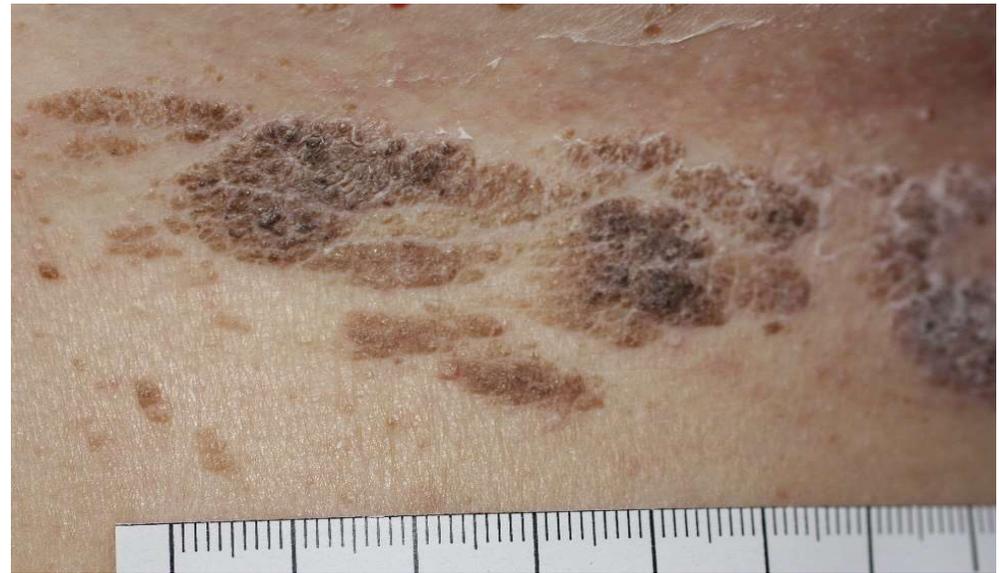
- При вспышкообразном появлении множественных очагов СК у 10 (35,7%) больных различную онкопатологию



- У 12 (42,8%) – метаболический синдром и инсулинорезистентность, при этом у 5 (41,7%) впервые
- У 6 (21,4%) больных на момент обследования не было выявлено ни онкопатологии, ни признаков метаболических нарушений.

Клиническая характеристика очагов СК при СД2 и инсулинорезистентности

- **Макро:** характерны крупные очаги СК от 1–1,5 см в диаметре, умеренно и сильно пигментированные.
- **Локализация:** преимущественно кожа живота и боковых поверхностях туловища.
- В крупных складках кожи (большой складки живота, под молочными железами) очаги СК были поверхностными, слабо пигментированными и сливались в один полосовидный очаг, шелушащийся жирными крошками при поскобливании
- Для всех пациентов было характерно наличие множественных ФП (5 и более элементов) в двух областях анатомических областях



Клиническая характеристика очагов у пациентов без СД2, инсулинорезистентности и онкопатологии

- **Макро:** множественные, разных размеров, от 0,4 до 1,7 см в диаметре СК, в виде четко очерченных опухолей, не склонные к слиянию с папилломатозной поверхностью
- **Локализация:** кожа живота, боковых поверхностях туловища и на спине.
- Множественные мелкие, склонные к слиянию СК наблюдались на коже лица в области роста волос, на коже лба и подчелюстной области
- **Отличительной особенностью было отсутствие поражения крупных складок кожи, а также отсутствие или наличие единичных ФП (менее 5 элементов) на коже век или шеи**

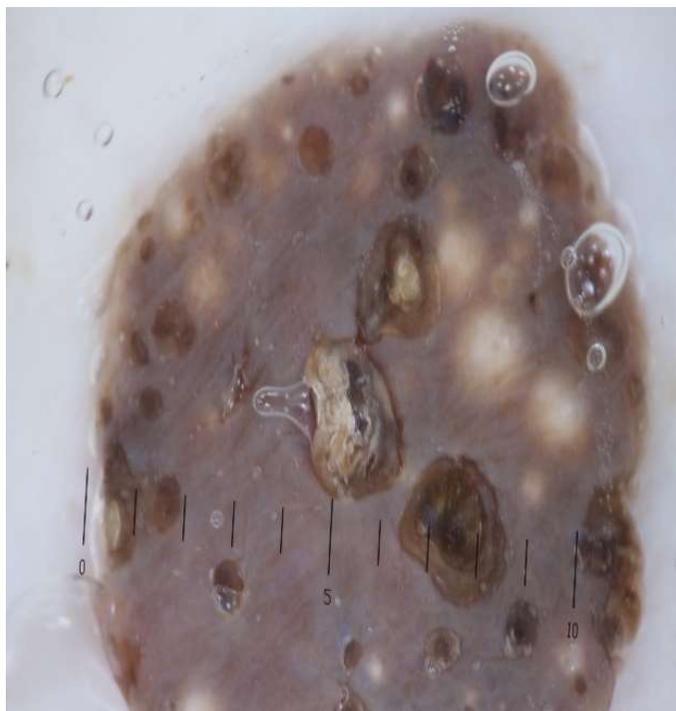


Из наблюдений проф. Проценко Т.В.

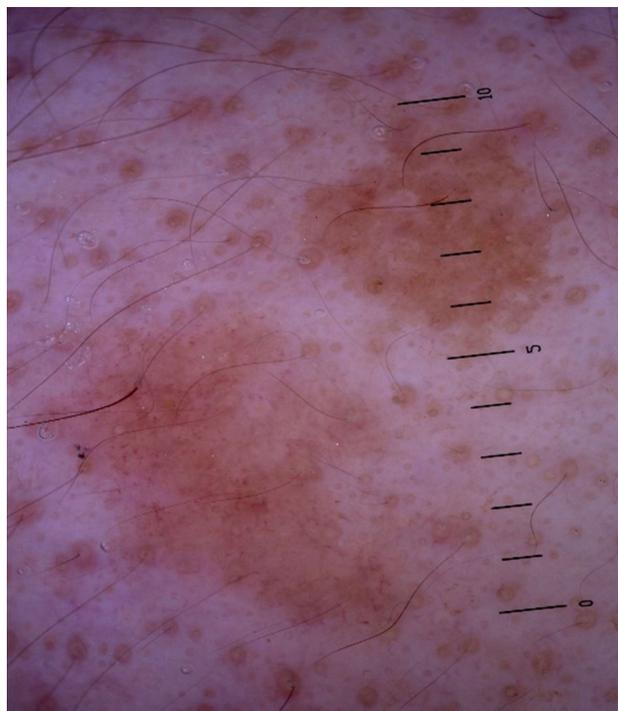
- **Дерматоскопические исследования проводили с помощью дерматоскопов:**
 - **Hiene Delta 20© (Германия)**
 - **DermLite DL4 (3Gen, США)**

- **В соответствии с классификацией проф. Потекаева Н.Н. выделили три типа дерматоскопических изменений при СК:**
 - **Акантотический (аденоидный)**
 - **Кератотический**
 - **Ретикулярный**

- **Акантотический (аденоидный) дерматоскопический тип СК был выявлен у всех больных с СК, при этом в сочетании с кератотическим типом – у 20,5%, с ретикулярным у – 4,3% больных.**



Акантотический тип



Ретикулярный тип



Кератотический тип СК

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ СК ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ НА ЛИЦЕ

Отмечено, что в наших наблюдениях большинство очагов СК на лице выглядели в виде бледно-коричневых и коричнево-серых пятен или папул с неправильными контурами, шероховатой поверхностью

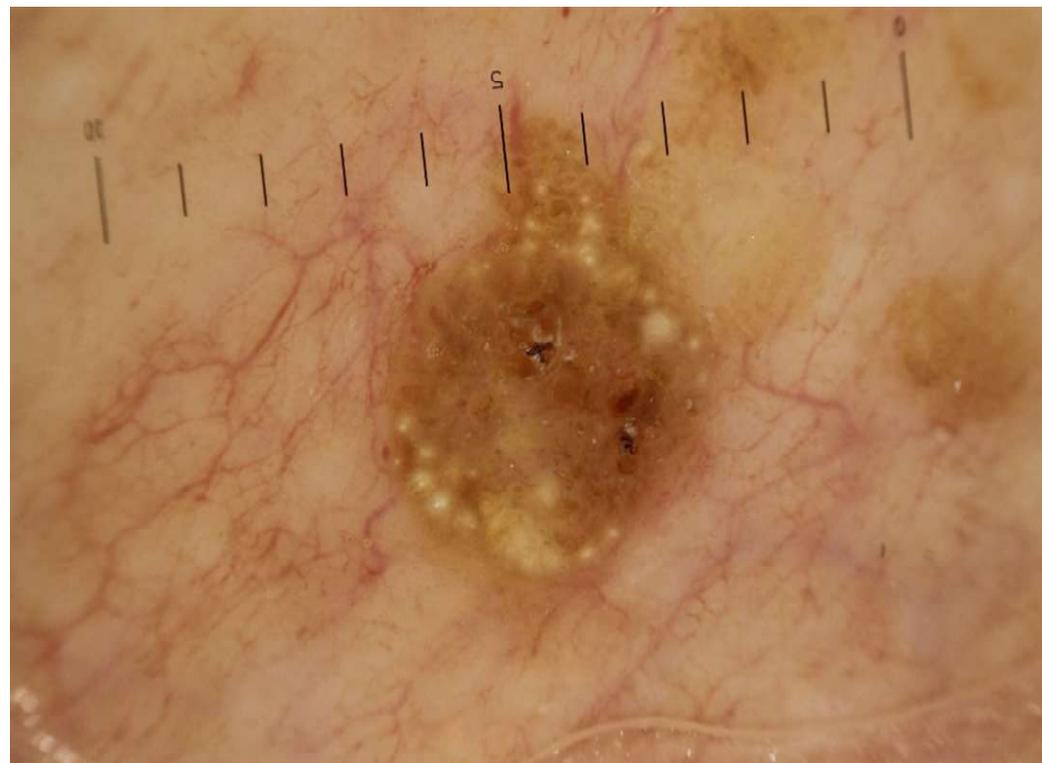


ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ СК ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ НА ЛИЦЕ В ЗАВИСИМОСТИ ТО МЕТОДА ДЕРМАТОСКОПИИ

PD



NPD



Дерматоскопические признаки (n=64)	NPD Кол-во, абс. (%)
Паттерн трещин и гребней	10 (15,6%)
Псевдосеть	17 (26,6%)
Церебриформный паттерн	18 (28,2%)
Коралловидный паттерн	5 (7,8%)
Сосудистый паттерн	31 (48,4%)
Слюдоподобный паттерн	11 (17,2%)
Бесструктурные зоны	9 (14,1%)
Комедонподобные	28 (43,8%)
Милюм подобные кисты	34 (57,8%)
Отпечатки пальцев	15 (23,4%)
Края, изъеденные молью	13 (20,3%)
Резкая граница	32 (50,0%)
Желто-коричневые цвета очага	21 (32,8%)
Серо-коричневые цвета очага	43 (67,2%)

ОСОБЕННОСТИ ДЕРМАТОСКОПИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ СК ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ НА ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ :

очаги СК были представлены в основном пигментированными веррукозными образованиями

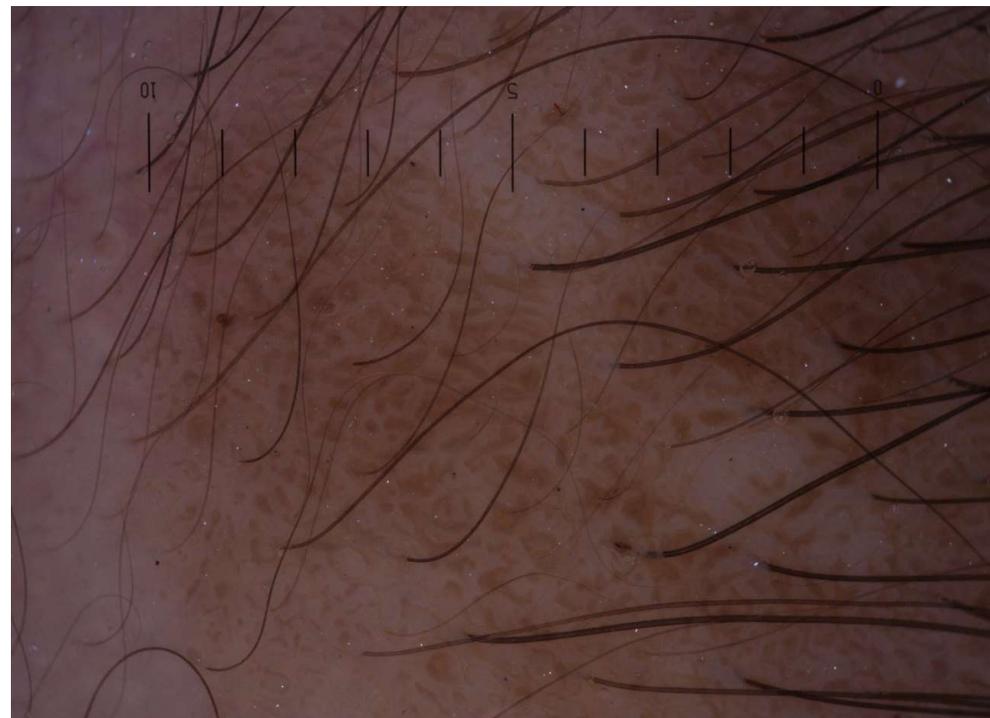


ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ СК ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ НА ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ В ЗАВИСИМОСТИ ТО МЕТОДА ДЕРМАТОСКОПИИ

NPD



NPD



Дерматоскопические признаки (n=64)	NPD Кол-во, абс. (%)
Паттерн трещин и гребней	21 (32,8%)
Псевдосеть	-
Церебриформный паттерн	8 (12,5%)
Коралловидный паттерн	-
Сосудистый паттерн	51 (79,7%)
Слюдopodobный паттерн	-
Бесструктурные зоны	32 (50,0%)
Комедонподобные	33 (51,6%)
Милиум подобные кисты	43 (67,2%)
Отпечатки пальцев	2 (3,1%)
Края, изъеденные молью	-
Резкая граница	32 (50,0%)
Желто-коричневые цвета очага	24 (37,5%)
Серо-коричневые цвета очага	40 (62,5%)

Выводы:

□ Независимо от общности типичных дерматоскопических критериев СК их выраженность и частота может различаться в зависимости от топографического региона

□ Наличие множественных очагов СК с характерной локализацией (крупные складки кожи) в сочетании с множественными ФП может служить диагностическим маркером не только сопутствующей онкопатологии, но и свидетельствовать о нарушениях углеводного обмена и/или о предрасположенности к СД 2 типа, особенно у лиц старших возрастных групп при ассоциации с метаболическими нарушениями (избыточной массой тела, гиперхолестеринемией, артериальной гипертензией)



*Спасибо за
внимание!*

*Из Донецка
с любовью ♡*