

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

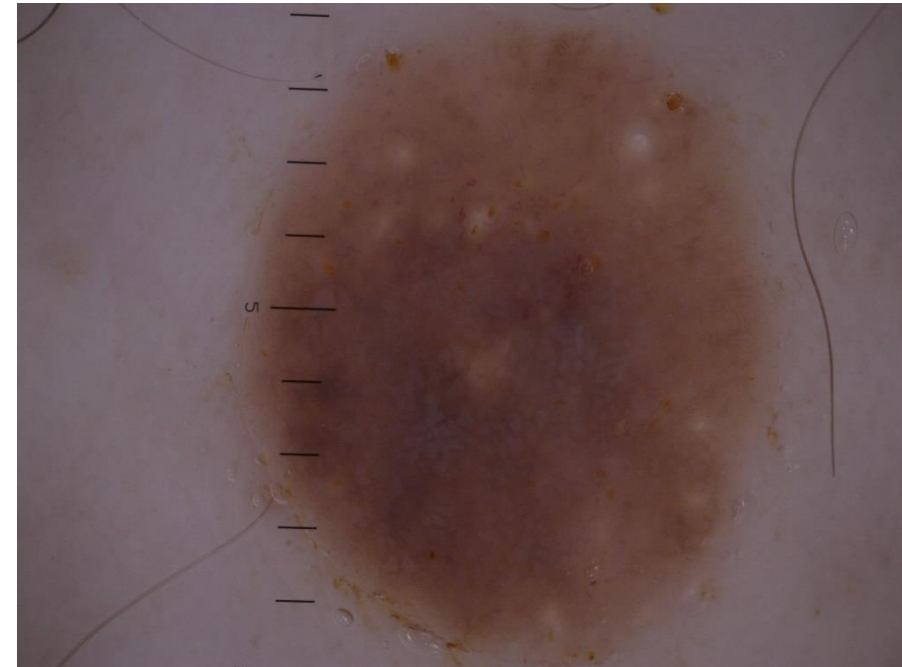
**ОСОБЕННОСТИ САТУРАЦИИ У
БОЛЬНЫХ СЕБОРЕЙНЫМ
КЕРАТОЗОМ НА ФОНЕ
КОМОРБИДНОСТИ**



г. Донецк

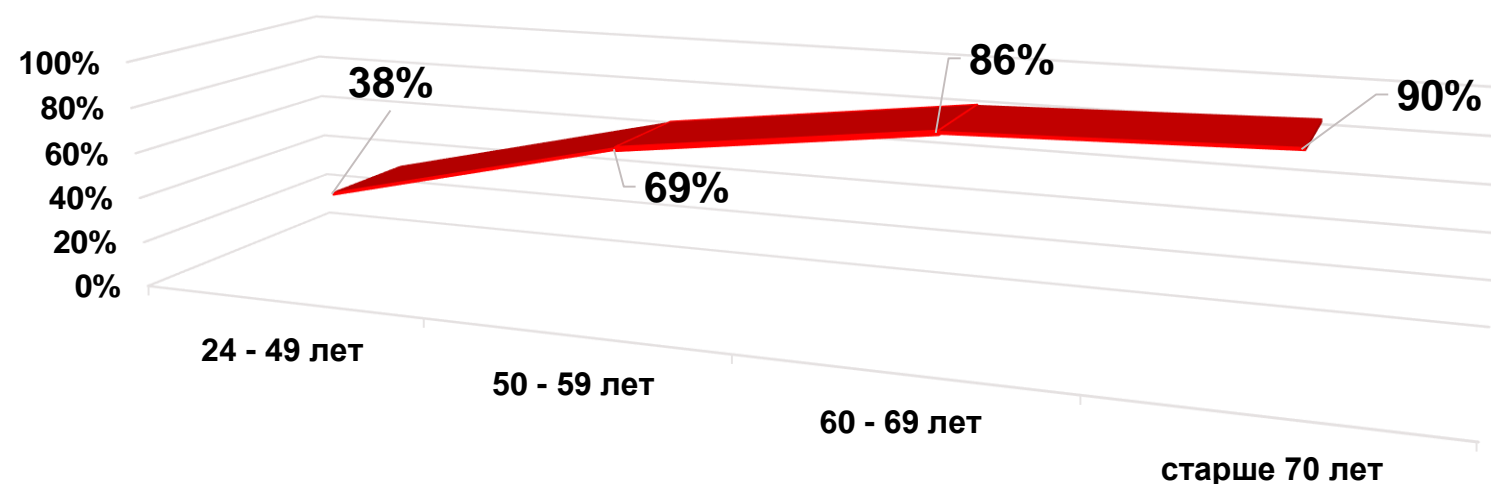
доц. Провизион А. Н.

- **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

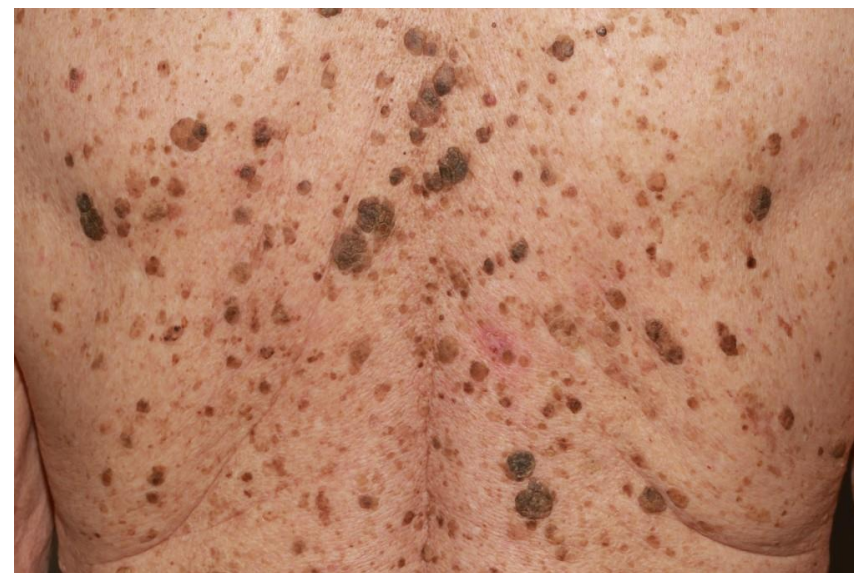


Стадия пятна



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.

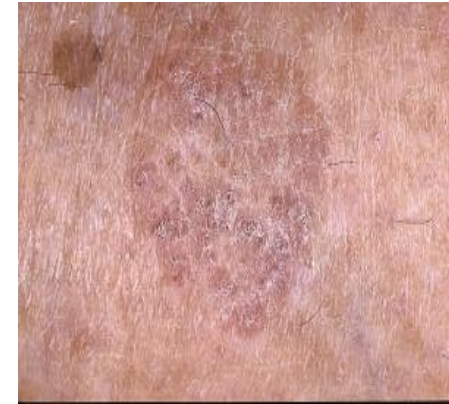
- Несмотря на разнообразие клинических форм, обычно диагноз СК не вызывает затруднений, однако в ряде случаев СК могут имитировать другие опухоли кожи:



Меланоцитарный невус



Вульгарную бородавку



Лентиго



Меланому

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



Базалиому

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**

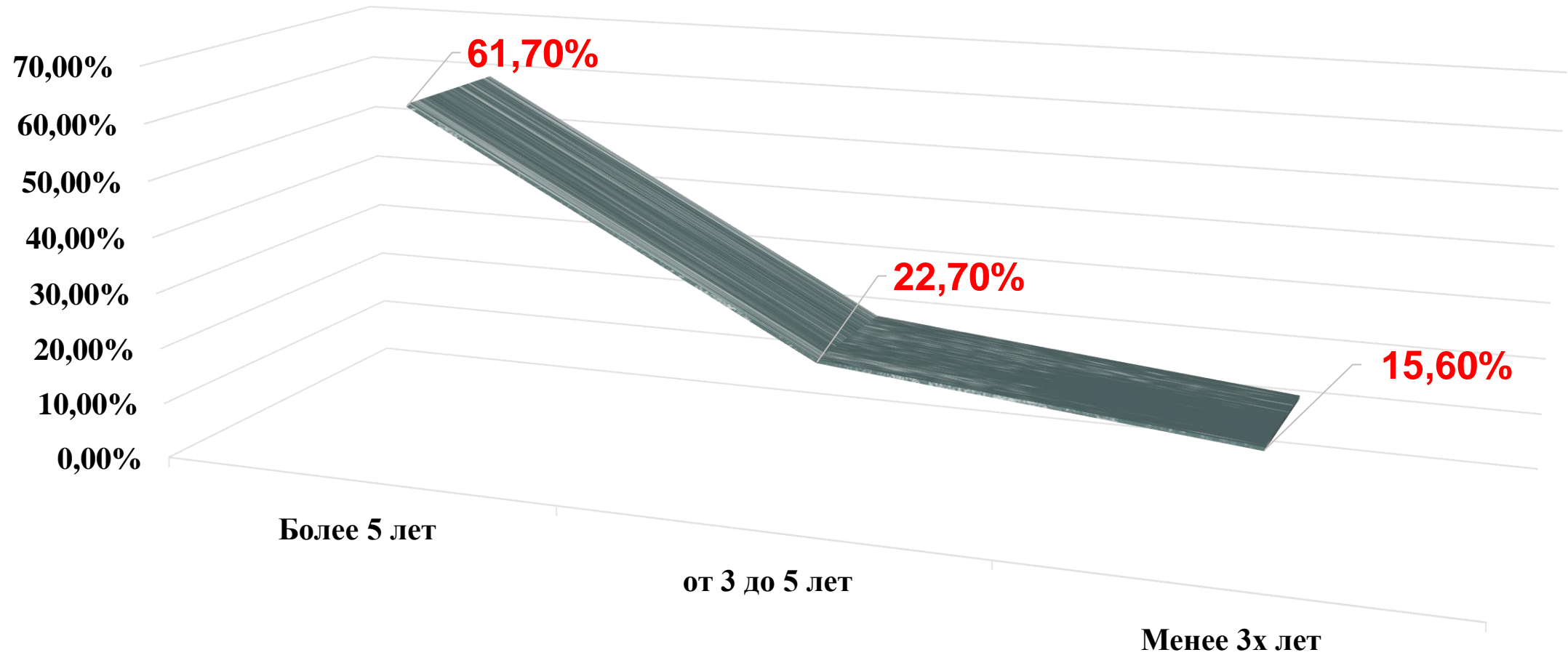
* Saraiya A., Al-Shoha A., Brodell R.T. "Hyperinsulinemia Associated with Acanthosis Nigricans, Finger Pebbles, Acrochordons, and the Sign of Leser-Trélat." *Endocr. Pract.* 19.3 (2013): 522–555. DOI: 10.4158/EP12192.RA.

** 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.

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 и гинекологической патологии)
- ❑ при помощи ночного респираторного мониторинга с пульсоксиметрией с использованием прибора Somnocheck micro (Weinman, Германия) определяли показатели минимальной и средней сатурации периферической крови, длительность центрального и обструктивного типа апноэ, индексы апноэ, гипноэ, апноэ/гипопноэ и десатурации по стандартным методикам

Длительность существования СбК



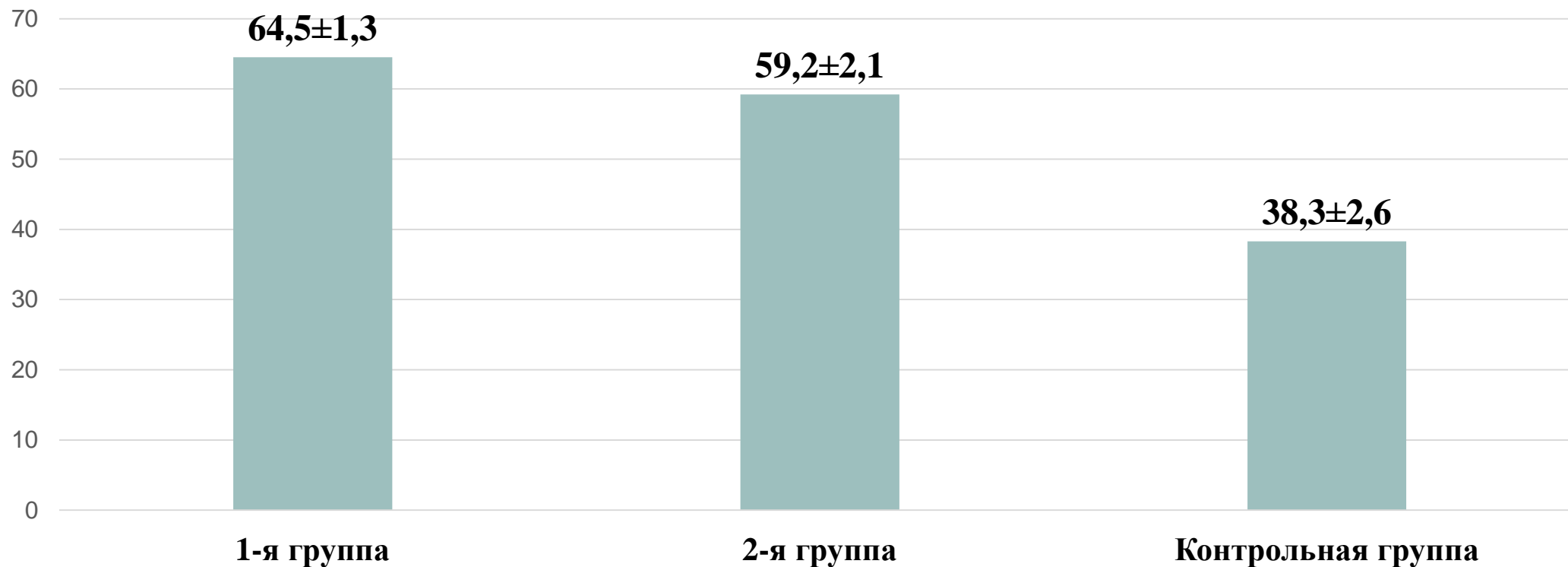
По результатам обследования больные с ХОБЛ и СбК были разделены на две группы: 1-я группа – 20 больных с инсулинорезистентностью и 2-я группа – 24 больных без инсулинорезистентности, контрольную группу составил 21 человек (11 мужчин и 10 женщин) без дерматологической патологии, без проявлений СбК, ХОБЛ и инсулинорезистентности, обратившихся с целью прохождения профилактического осмотра в Республиканский клинический дерматовенерологический диспансер (г. Донецк)

Количество больных



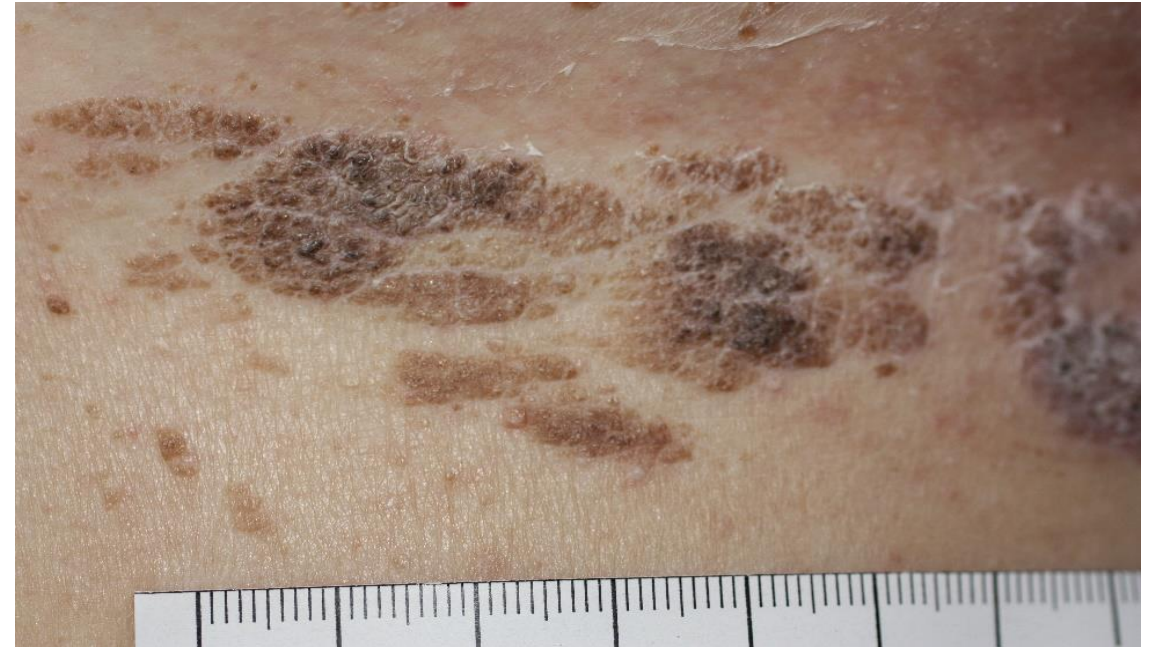
Возраст общей выборки пациентов с ХОБЛ и СбК колебался от 23 до 75 лет, у лиц контрольной группы – от 24 до 65 лет.

Средний возраст по группам



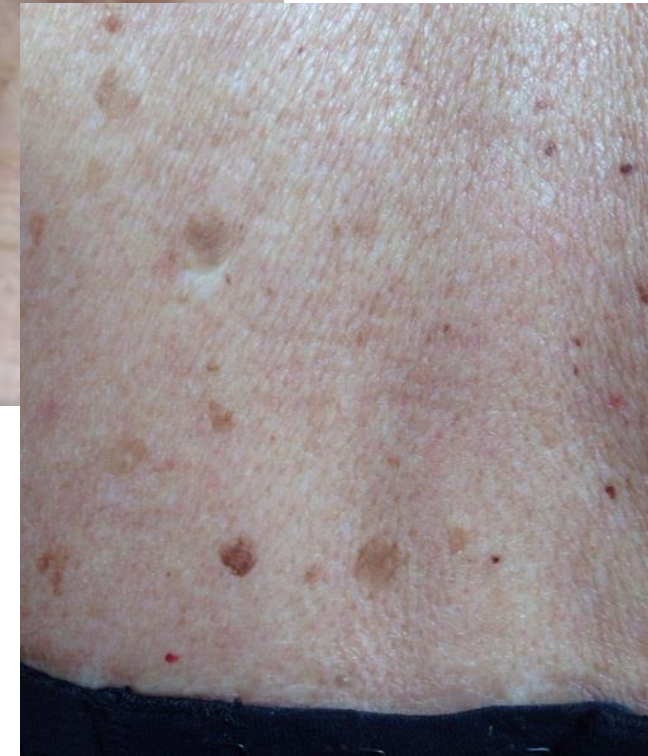
Клиническая характеристика очагов СбК при ХОБЛ с СД2 и инсулинорезистентностью

- **Макро:** характерны крупные очаги СбК от 1,0 до 3,3 см (среднем – $1,9 \pm 0,13$ 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 СбК 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 ХОБЛ без СД2, инсулинорезистентности

- **Макро:** множественные, разных размеров, от 0,6 до 1,5 см (среднем – $0,95 \pm 0,05$ см) в диаметре СБК, 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.

- **ночной респираторный мониторинг с пульсоксиметрией проводили при помощи прибора Somnocheck micro (Weinman, Германия)**
- **определяли показатели минимальной и средней сатурации периферической крови, индекс десатурации по стандартным методикам**

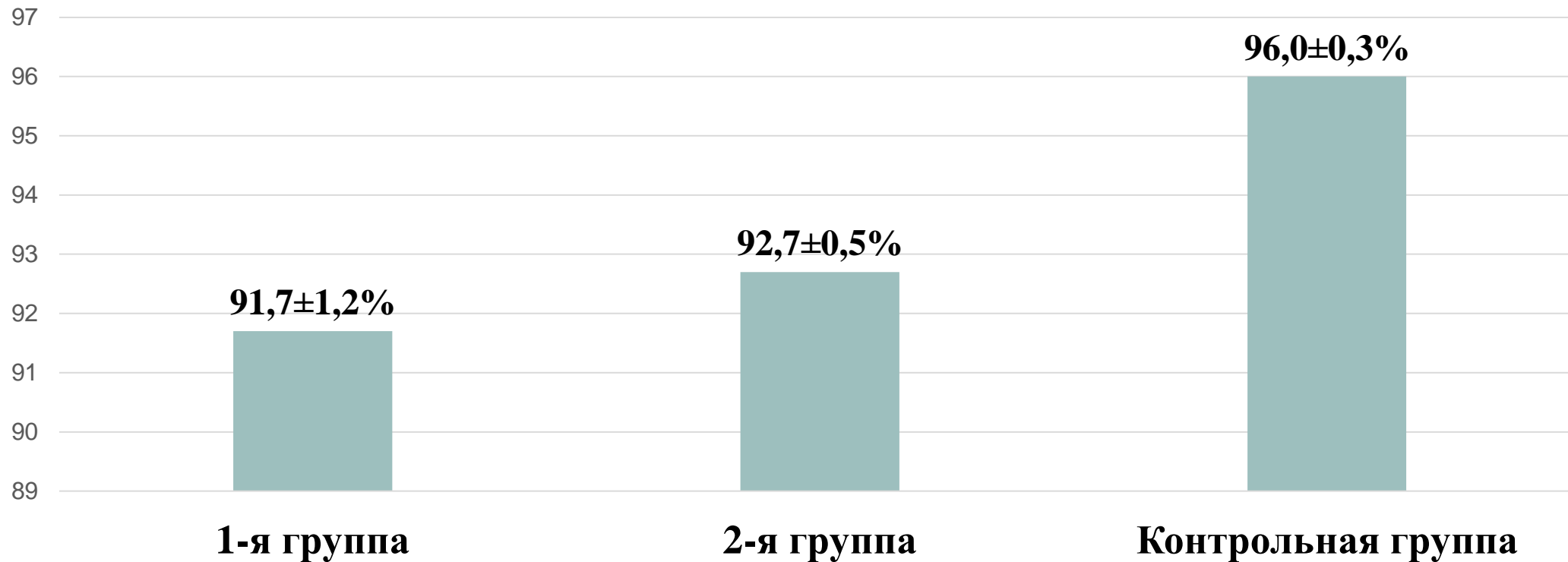


**Минимальная сатурация у больных ХОБЛ с СбК,
включенных в исследование, колебалась от 42% до 95% и
составила в среднем $83,8 \pm 1,1\%$**



Показатели средней сатурации периферической крови у обследованных больных ХОБЛ с СбК колебались составили в среднем $93,5 \pm 0,5\%$

Показатели средней сатурации периферической крови



Индекс десатурации по результатам наших исследований в общей выборке был в среднем $4,3 \pm 1,1$



Выводы

- 1. У больных СБК с ХОБЛ с установлены нарушения сатурации периферической крови, более выраженные у больных с инсулинорезистентностью
- 2. Выявленные изменения необходимо учитывать при планировании лечебно-реабилитационных мероприятий

Из Донецка
с любовью ❤️

