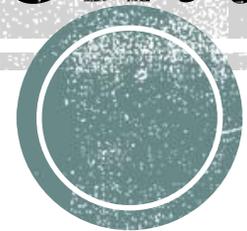


ГОО ВПО ДОННМУ ИМ.М.ГОРЬКОГО
КАФЕДРА ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ И КОСМЕТОЛОГИИ ФИПО

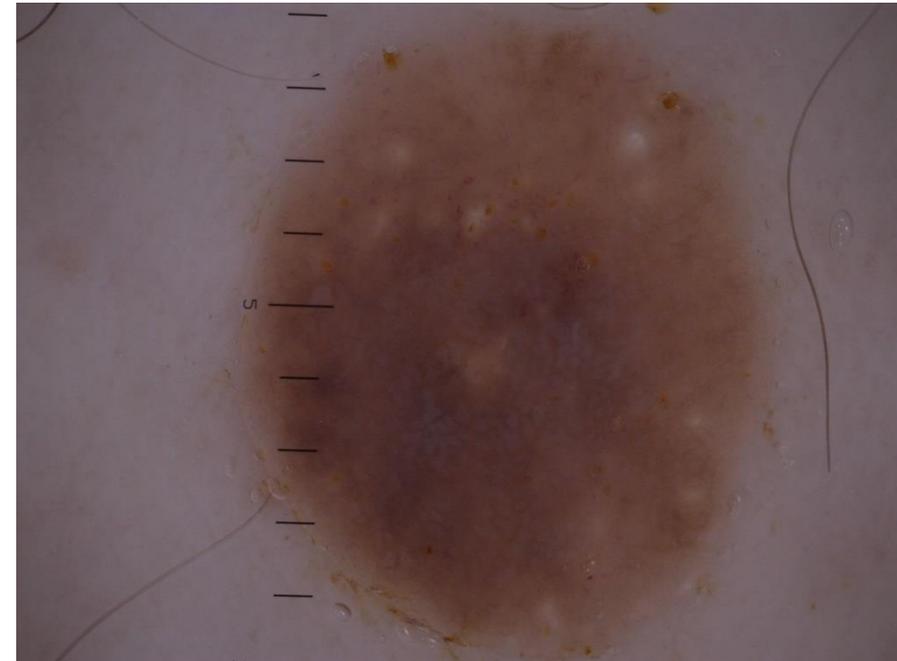
*Себорейный кератоз
на фоне
инсулинорезистентности*



доц. Провизион А. Н.

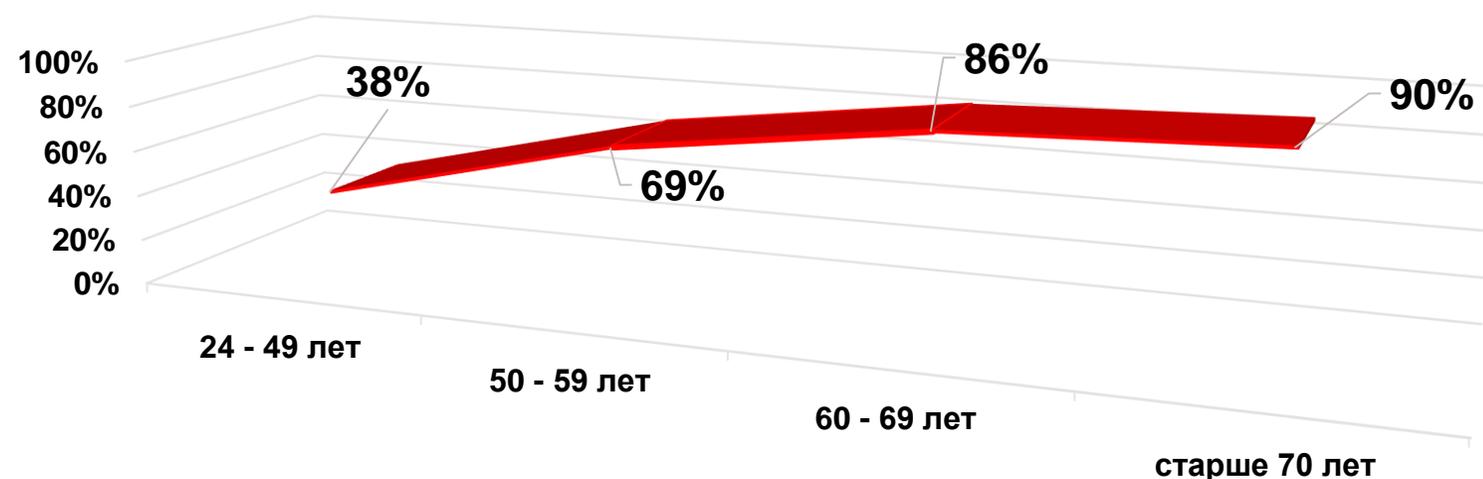
г. Донецк
12.05.2021

- **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.



Б-ная К., 64 года Многочисленный себорейный кератоз на фоне карциномы кишечника (синдром Лезер-Трела)

- **кожный индикатор малигнизации внутренних органов**
- **внезапное множественное появление себорейного кератоза при висцеральной опухоли**
- *количество и размеры элементов быстро увеличиваются (в течение года)*
- **1-е описание - французские хирурги А. Leser, U. Trelat (1880)**
- **ослабление иммунных свойств кожи-активация ВПЧ низкой степени злокачественности**

Сопровождает:

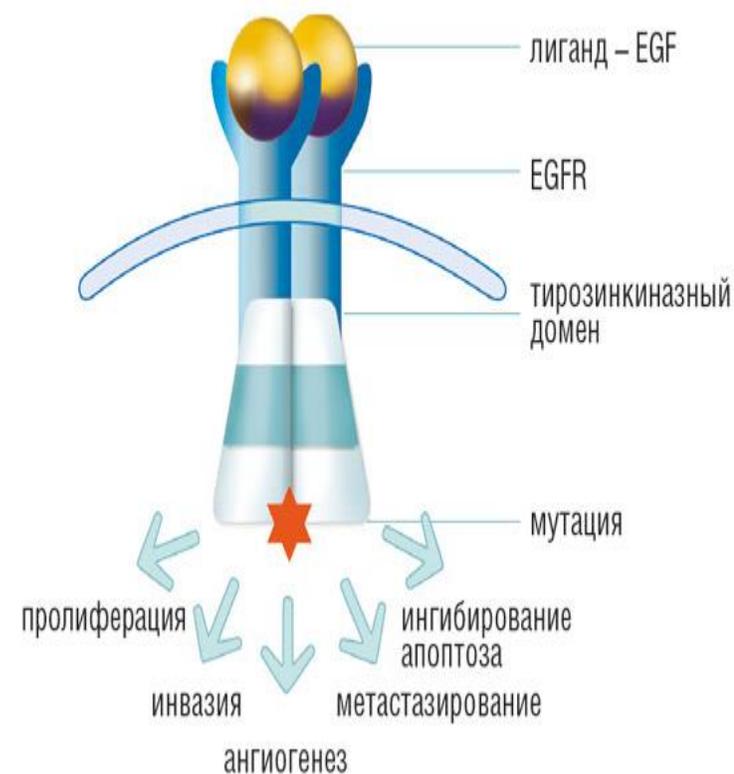
- **полипы кишечника, шейки матки и др.**
- **рак кишечника**
- **аденокарциному желудка, бронхов, легких**
- **рак протоков молочной железы**
- **лейкозы, лимфомы**



Именно при данном синдроме в СК регистрируется повышенный уровень рецепторов эпидермального фактора роста (EGFR), который связан предположительно с выработкой клетками злокачественной опухоли эндогенных медиаторов: трансформирующего фактора роста альфа (TGF- α) и эпидермального фактора роста (EGF), которые стимулируют пролиферацию, воздействуя на кератиноциты

Ponti G. и соавт. описали синдром Лезера — Трела у пациента с аденокарциномой желудка, у которого гиперэкспрессия EGFR в СК отмечалась во всех клетках опухоли

Napney L. B. и соавт., выявили увеличение экспрессии EGFR в стадии активного роста СК и фиброэпителиальных полипов (ФП)



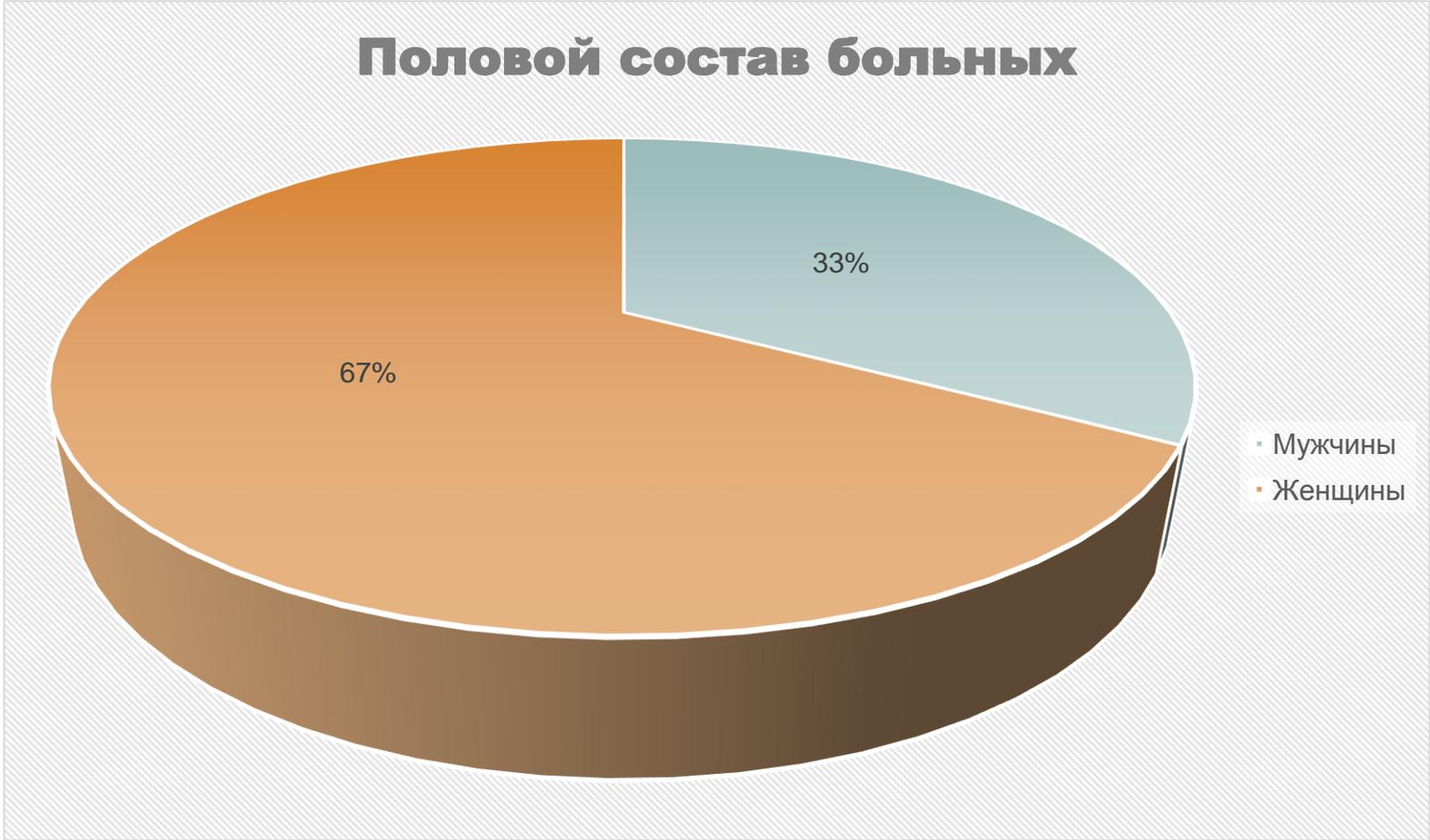
Множественные очаги СК сочетались у пациентов с множественными ФП и псевдоакантозом, которые являются несомненными кожными маркерами инсулинорезистентности

Именно действие избыточного количества инсулина на рецептор инсулиноподобного фактора роста 1 (ИФР-1), экспрессирующегося на кератиноцитах и фибробластах, вызывает патологическую эпидермальную пролиферацию и приводит к развитию как ФП, так и черного акантоза

Экспрессия EGFR, имеющего сходную структуру с инсулиноподобными факторами роста и инсулином, должна измениться при нарушениях или изменениях сигнальных путей инсулина при СД 2 типа???



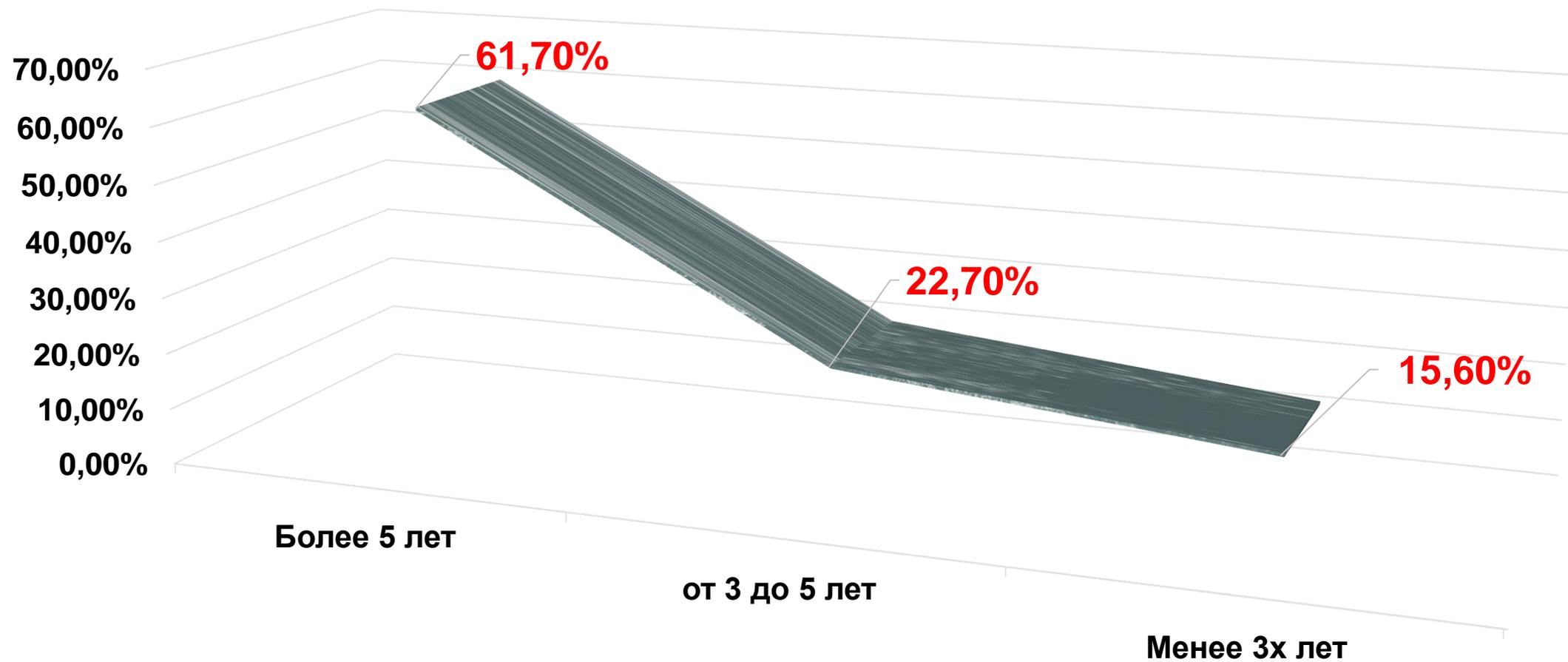
■ Под наблюдением находилось 63 пациента с множественными очагами СК (более 15) в возрасте от 40 до 76 лет (21 мужчина и 42 женщины), обратившихся в «Дни меланомы» в Республиканский клинический дерматовенерологический диспансер г. Донецка и амбулатории буденовского района г. Донецка в 2018 – 2019 гг.



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)**
- диагноз СД 2 типа верифицировался эндокринологом с учетом диагностических критериев Всемирной организации здравоохранения 1999–2006 гг. и «Алгоритмов специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом»**

Длительность существования СК



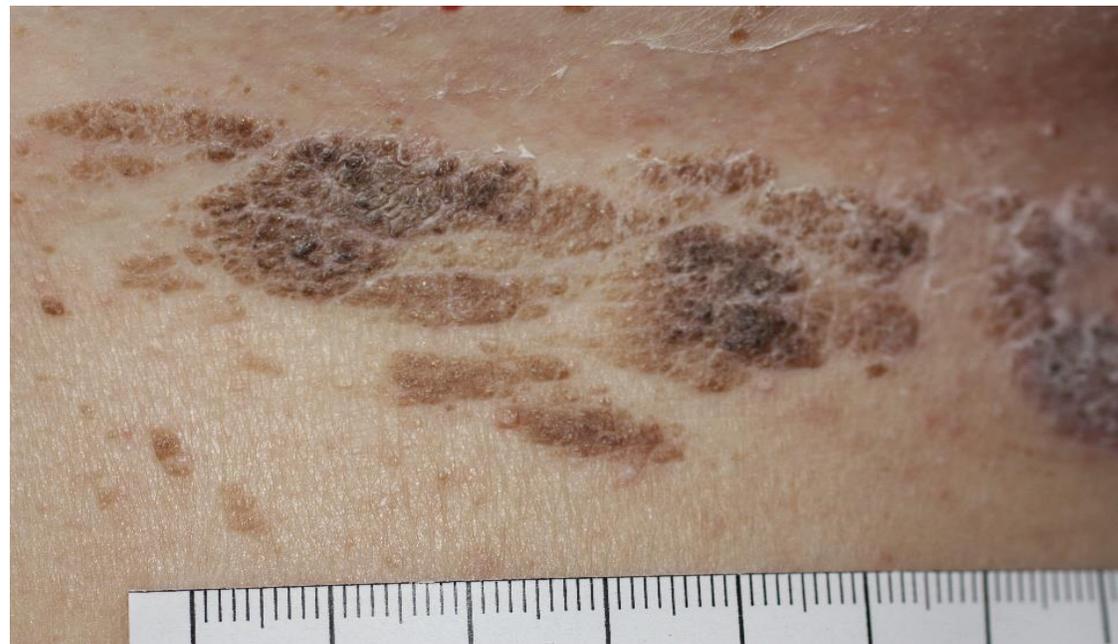
- При вспышкообразном появлении множественных очагов СК у 34 (54,0%) больных различную онкопатологию



- У 22 (34,9%) – метаболический синдром и инсулинорезистентность, при этом у 7 (31,8%) впервые
- У 7 (11,1%) 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 поскабливание
- **Для всех пациентов было характерно наличие множественных ФП (5 и более элементов) в двух 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.

Выводы:

- **Наличие множественных очагов СК с характерной локализацией (крупные складки кожи) в сочетании с множественными ФП может служить диагностическим маркером нарушений углеводного обмена и/или свидетельствовать о предрасположенности к СД 2 типа, особенно при ассоциации с метаболическими нарушениями (избыточной массой тела, гиперхолестеринемией, артериальной гипертонией)**
- **Грамотное междисциплинарное взаимодействие дерматовенерологов с эндокринологами может способствовать как более раннему выявлению эндокринологических нарушений у пациентов и предотвращению развития СД 2 типа - грозного заболевания, влияющего не только на качество жизни, но и на ее продолжительность, а также стабилизации кожного процесса**



Спасибо за внимание!

