

**ФОТОЗАДАЧА**

## Гиперемированная бляшка, покрытая гиперкератотическими корками, на спинке носа

Хлебникова А.Н.<sup>1</sup>, Селезнева Е.В.<sup>1</sup>, Обыденнова К.В.<sup>2</sup>, Седова Т.Г.<sup>3</sup>

Кафедра кожных и венерических болезней ИПО ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, 119991, г. Москва; <sup>2</sup>кафедра дерматовенерологии факультета повышения квалификации медицинских работников Российского университета дружбы народов, 117198, г. Москва; <sup>3</sup> кафедра дерматовенерологии ГБОУ ВПО Пермский государственный университет Минздрава России им. акад. Е.А.Вагнера, 614000, г. Пермь

*Для цитирования:* Хлебникова А.Н., Селезнева Е.В., Обыденнова К.В., Седова Т.Г. Гиперемированная бляшка, покрытая гиперкератотическими корками, на спинке носа. *Российский журнал кожных и венерических болезней.* 2015; 18(4): на вклейке.

*Citation:* Khlebnikova A.N., Selezneva E.V., Obydenova K.V., Sedova T.G. Hyperemic plaque, covered by hyperkeratotic crust, on the ridge of the nose. *Rossiyskiy zhurnal kozhnykh i venericheskikh bolezney.* 2015; 18(4): insert.

Бо л ь н а я Т., 78 лет, предъявляет жалобы на очаг красного зад, за последний год бо л ь н а я Т. предьявляет жалобы на очаг красного цвета на коже носа. Красное пятно появились около 10 лет на- рок желтого цвета (рис. 1). Морфологическая картина (рис. 2).



Рис. 1

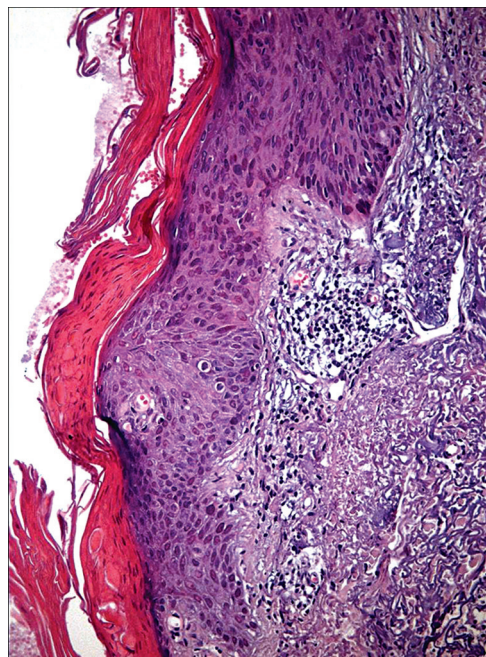


Рис. 2

**Сведения об авторах:**

Хлебникова Альбина Николаевна, доктор мед. наук, доцент, профессор кафедры (alb9696@yandex.ru); Селезнева Елена Владимировна, кандидат мед. наук, ассистент; Обыденнова Кристина Владимировна, ассистент; Седова Татьяна Геннадьевна, кандидат мед. наук, доцент

**Corresponding author:**

Khlebnikova Albina, MD, PhD, DSc, prof. (alb9696@yandex.ru).

**Диагноз:** актинический кератоз кератотическая форма.

**Патоморфология:** эпидермис неравномерно утолщен, с проникновением тяжелой эпидермальных клеток в верхнюю часть дермы, отмечается выраженный гиперкератоз с участками паракератоза, умеренные диспластические изменения кератиноцитов, единичные фигуры митоза в шиповатом слое эпидермиса. В дерме – лимфоцитарный инфильтрат, явления эластола. Изменения соответствуют гипертрофическому типу актинического кератоза.

**Общие сведения.** Актинический кератоз (АК) – (солнечный кератоз, старческий кератоз) характеризуется локальной интраэпидермальной атипией кератиноцитов, которая развивается на открытых участках тела, подверженных избыточной инсоляции. Заболеваемость АК достаточно высока и напрямую зависит от интенсивности солнечного излучения. АК кератоз чаще встречается у людей, проживающих в тропических и субтропических широтах, подвергавшихся действию избыточного солнечного излучения. Как правило, им страдают люди старше 50 лет, преимущественно мужчины [1]. Чаще всего заболевают фермеры, строители, моряки, сельскохозяйственные рабочие, альпинисты, теннисисты, игроки в гольф и др. [2]. Возраст в случаях заболевания АК может считаться фактором риска, поскольку его увеличение прямо пропорционально общему времени воздействия инсоляции. Распространенность АК гораздо выше у пациентов со светочувствительностью кожи типов I и II по Фитцпатрику [3], т.е. со светлой тонкой кожей, рыжими, светлыми или светло-русыми волосами, а также светлыми (голубыми или зелеными) глазами. Реже болеют люди с фототипами III и IV. Среди населения негроидной расы случаев АК не зарегистрировано [4]. Ведущим этиологическим фактором АК являются УФ-лучи спектров А и В. Они вызывают повреждение ДНК кератиноцитов и возникновение мутаций гена *p53*, ответственного за подавление неконтролируемого роста генетически дефектных и, следовательно, потенциально опухолевых, клеток. В настоящее время общепризнанным является факт возможной трансформации АК в плоскоклеточную карциному при отсутствии лечения и продолжающейся активной инсоляции, у 19,3% пациентов плоскоклеточный рак кожи развивался на фоне АК [4]. Клинически актинический кератоз проявляется в виде одиночных или множественных эритематозных, слегка инфильтрированных пятен, небольших размеров, округлых или овальных очертаний, покрытых плотно прилегающими серыми или желтовато-коричневыми чешуйками, после удаления которых обнаруживается сосочковая, иногда эрозированная поверхность. Прилегающие участки кожи, под влиянием длительного воздействия солнечного света, часто атрофичные, с телеангиэктазиями и диспигментацией. Субъективные ощущения, как правило, отсутствуют. Возможны спонтанные ремиссии, хотя обычно заболевание длится годами. При злокачественном перерождении отмечается рост очагов, появление инфильтрации, изъязвлений, кровоточивости, возникают зуд и болезненность [5]. Выделяют пять клинических форм актинического кератоза: эритематозную, кератотическую (папулезную), бородавчатую (папилломатозную), ротовую, пигментную. Кроме того, имеются атипичные варианты заболевания, в частности распространяющийся и пролиферативный.

**Гистологические изменения** при АК могут характеризоваться гипер- и паракератозом, акантоэтическими отростками эпидермиса, диспластическими изменениями в виде дезорганизации клеточных слоев, повышения митотической активности и атипии отдельных клеток. Наряду с акантозом может наблюдаться атрофия эпидермиса. В подлежащей дерме часто обнаруживают неспецифический хронический воспалительный инфильтрат с большим количеством плазматических клеток. Наиболее характерными патоморфологическими признаками кумулятивного воздействия солнечного излучения при АК являются участки бесформенного, аморфного вещества, окрашивающегося гематоксилином и эозином слабо-базофильно, обнару-

живаемого в верхних отделах дермы [6]. Выделяют пять гистологических типов АК: гиперпластический, атрофический, бовеноидный, акантолитический и пигментный, между которыми могут быть переходы и комбинации.

Диагноз солнечного кератоза обычно не вызывает затруднений и устанавливается на основании клинической картины, анамнестических данных (избыточная инсоляция) и результатов гистологического исследования. Дифференциальный диагноз в отдельных случаях проводят с плоскоклеточным раком кожи, болезнью Боуэна, красной волчанкой, себорейным кератозом, злокачественным лентиго.

Современные методы терапии направлены на деструкцию очагов АК, выбор которых зависит от многих факторов: размеров очагов, их анатомической локализации, характера роста, площади поражения, ранее проводимого лечения. К общепринятым методам терапии АК относят криотерапию, лазеротерапию, препараты для наружного лечения, фотодинамическую терапию.

Криотерапия – наиболее популярный и эффективный метод лечения как при единичных, так и при множественных очагах поражения, эффективность составляет 67,2% [7]. Лазеротерапия с применением высокоинтенсивного CO<sub>2</sub>, YAG или других типов лазера используется как для лечения единичных высыпаний, так и в виде лазерного пилинга при распространенных процессах, полное выздоровление достигается у 90–91% больных [8]. Из наружных средств используют 5-фторурациловую мазь, ароматические ретиноиды, препарат диклофенак в виде 3% геля с добавлением 2,5% гиалуроновой кислоты. Эффективность наружных методов не превышает 50% [9]. Для лечения АК также используют наружный модификатор иммунного ответа имиквимод. Современным методом лечения АК является фотодинамическая терапия (ФДТ), характеризующаяся высокой эффективностью и хорошими косметическими результатами. Полное выздоровление наступает в 69–91% случаев [10]. Данный метод больше всего подходит для лечения АК без гиперкератоза, особенно если у пациента более 10 очагов. Хирургическое удаление проводят в тех случаях, когда предыдущее лечение было неэффективно либо есть подозрение на инвазивный рост и необходимо гистологическое исследование.

#### ЛИТЕРАТУРА [REFERENCES]

1. Salasche S.J. Epidemiology of actinic keratoses and squamous cell carcinoma. *J. Am. Acad. Dermatol.* 2000; 42(1, Pt 2): 4–7.
2. Frost C.A., Green A.C., Williams G.M. The prevalence and determinants of solar keratoses at a subtropical latitude (Queensland, Australia). *Br. J. Dermatol.* 1998; 139(6): 1033–9.
3. Gloster H.M. Jr., Neal K. Skin cancer in skin of color. *J. Am. Acad. Dermatol.* 2006; 55(5): 741–60.
4. Barnaby J.W., Styles A.R., Cockerell C.J. Actinic keratoses. Differential diagnosis and treatment. *Drugs Aging.* 1997; 11(3): 186–205.
5. Пальцев М.А., Потеев Н.Н., Казанцева И.А., Лысенко А.И., Лысенко Л.В., Червоная Л.В. *Клинико-морфологическая диагностика заболеваний кожи.* М.: Медицина; 2005.
6. [Paltsev M.A., Poteev N.N., Kazantseva I.A., Lysenko A.I., Lysenko L.V., Chervonnaya L.V. *Clinical and morphological diagnosis of diseases of the skin.* M.: Meditsina; 2005]. (in Russian)
7. Montagna W., Kirchner S., Carlisle K. Histology of sun-damaged human skin. *J. Am. Acad. Dermatol.* 1989; 21(5, Pt 1): 907–18.
8. Dinehart S.M. The treatment of actinic keratoses. *J. Am. Acad. Dermatol.* 2000; 42(1, Pt 2): 25–8.
9. Wollina U., Konrad H., Karamfilov T. Treatment of common warts and actinic keratoses by Er:YAG laser. *J. Cutan. Laser Ther.* 2001; 3(2): 63–6.
10. Nelson C., Rigel D., Smith S., Swanson N., Wolf J. Phase IV, open-label assessment of the treatment of actinic keratosis with 3% diclofenac sodium topical gel (Solaraze). *J. Drugs Dermatol.* 2004; 3(4): 401–7.
11. Szeimies R.M., Karrer S., Radakovics-Fijan S., Tanew A., Calzavara-Pinton P.G., Zane C., et al. Photodynamic therapy using topical methyl 5-aminolevulinate compared with cryotherapy for actinic keratosis: a prospective, randomized study. *J. Am. Acad. Dermatol.* 2002; 47(2): 258–62.

Получила 10.06.15

Received 10.06.15