



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

ГИПЕРКЕРАТОТИЧЕСКИЯ БЛЯШКА НА ЩЕКЕ

¹ Кафедра кожных и венерических болезней ИПО ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России, 119991, г. Москва, Россия; ² кафедра дерматовенерологии факультета повышения квалификации медицинских работников ФГАУ ВО «Российский университет дружбы народов», 117198, г. Москва, Россия; ³ кафедра дерматовенерологии ГБОУ ВПО «Пермский государственный медицинский университет им. акад. Е.А. Вагнера» Минздрава России, 614000, г. Пермь, Россия

Для цитирования: Хлебникова А.Н., Обыденнова К.В., Седова Т.Г., Селезнева Е.В. Гиперкератотическая бляшка на щеке. *Российский журнал кожных и венерических болезней.* 2016; 19(3): на вклейке.

For citation: Khlebnikova A.N., Obudennova K.V., Sedova T.G., Selezneva E.V. Hyperkeratotic plaque on the cheek. *Russian Journal of Skin and Venereal Diseases (Rossiyskii Zhurnal Kozhnykh i Venerezheskikh Boleznei).* 2016; 19(3): (insert) (in Russian).

Received
Accepted

Больной К., 75 лет, предъявляет жалобы на образование на коже правой щеки. Ограниченный очаг гиперемии появился на коже щеки 7 лет назад. Постепенно увеличивался в размерах, на поверхности стали появляться коричневые корки (**рис. 1**). Дерматоскопическая картина (**рис. 2**).



Рис. 1

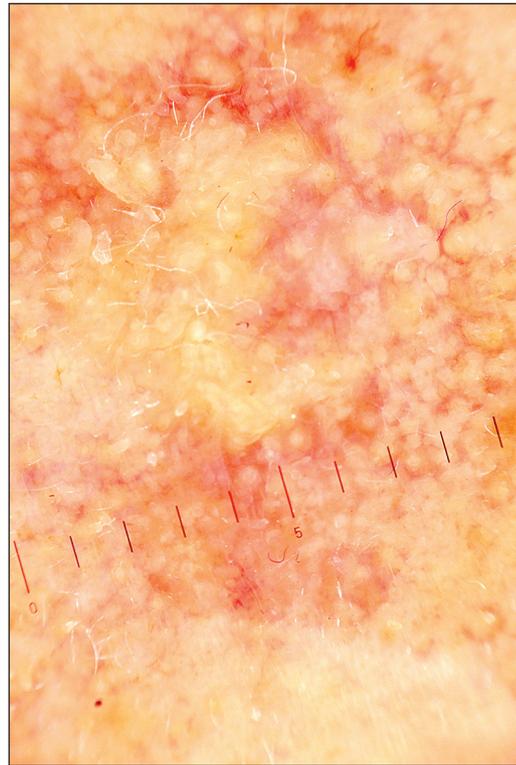


Рис. 2

Для корреспонденции:

Хлебникова Альбина Николаевна, доктор мед. наук, профессор кафедры кожных и венерических болезней ИПО ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, 119991, Москва, Россия. E-mail: alb9696@yandex.ru.

For correspondence:

Khlebnikova Albina N., MD, PhD, DSc, prof, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, 119991, Russian Federation. E-mail: alb9696@yandex.ru.

Диагноз: актинический кератоз кератотическая форма.

Дерматоскопия: на фоне эритемы визуализируется красная псевдосеть, состоящая из нефокусируемых крупных сосудов, расположенных между волосными фолликулами, ячеики сети представлены округлыми очагами белого цвета, по периферии отмечаются множественные поверхностные чешуйки беловато-желтого цвета. Изменения соответствуют кератотической форме актинического кератоза.

Актинический кератоз (*син.*: солнечный кератоз, старческий кератоз) – локальная внутридермальная атипия кератиноцитов разной степени выраженности, обусловленная воздействием солнечных лучей [1]. Очаги поражения проявляются одиночными или либо множественными, сгруппированными, слегка болезненными пятнами или бляшками неправильной формы диаметром от 3 мм до 3–5 см (обычно меньше 1 см), покрытыми ороговевшими чешуйками, жесткими, шероховатыми при пальпации, спаянными с подлежащей кожей и с трудом отделяющимися от нее (иногда с признаками значительного кровотечения). Очаги имеют неровные края, розовую или коричневую окраску. Они поражают открытые участки кожи, излюбленная локализация – лоб, нос, шея, виски, красная кайма нижней губы, боковые поверхности шеи, предплечье и тыл кисти [1, 2].

Выделяют пять клинических форм актинического кератоза (АК):

- эритематозная форма отмечается в начале заболевания, проявляется очагами розового цвета округлой, овальной или неправильной формы, покрытыми жесткими, сухими, шероховатыми чешуйками с четкими границами и венчиком гиперемии по периферии, при пальпации кожа в очагах напоминает наждачную бумагу;
- кератотическая форма (*син.*: кератотическая папулезная, гипертрофическая форма) развивается в результате нарастания роговых масс на поверхности очагов. Очаг покрывается желтоватыми, грязно-коричневыми или серо-черными роговыми чешуйками; при их удалении обнажается покрасневшая, иногда растрескавшаяся поверхность;
- бородавчатая форма (*син.*: папилломатозная форма) характеризуется папилломатозными разрастаниями очагов в сочетании с гиперкератозом;
- роговая форма (*син.*: форма кожного рога) сопровождается выраженной кератинизацией; очаг поражения характеризуется рогоподобной опухолью, длина которой составляет не менее половины диаметра основания, а высота – от нескольких миллиметров до нескольких сантиметров;
- пигментная форма характеризуется коричневыми, черными или пестрыми очагами с бородавчатой поверхностью диаметром от 1,5 см и больше, расположенными на спине и тыле кистей [1, 2].

Диагноз ставят на основании клинической картины (в самом начале болезни очаги лучше пальпируются, чем определяются визуально), данных анамнеза (избыточная инсоляция). При необходимости проводят цитологическое или гистологическое исследование [3].

Гистологические изменения при актиническом кератозе могут характеризоваться гипер- и паракартотомом, акантолическими разрастаниями 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 признаки эластоза (бесформенное аморфное слабо базофильное вещество в верхних отделах дермы), неспецифический хронический воспалительный инфильтрат с большим количеством плазматических клеток [3].

В последние годы для диагностики используют дерматоскопическое исследование, позволяющее избежать инвазивных методик. Дерматоскопические признаки актинического кератоза весьма разнообразны и подразделяются на две группы: признаки, характерные для непигментных форм АК, и признаки, встречающиеся при пигментном АК.

При дерматоскопии непигментных форм АК на фоне эритемы визуализируется красная псевдосеть, состоящая из нефокусируемых крупных сосудов, расположенных между волосными фолликулами, окруженными белым ореолом [4]. Такая составная картина получила название «лубиничный узор». При наличии гиперкератотических корок обнаруживаются желтоватые кератотические пробки внутри волосных фолликулов, напоминающие «мишень», и поверхностные чешуйки беловато-желтого цвета [4]. В очагах также определяют сосуды, окружающие волосные фолликулы, которые могут быть линейной, волнистой и спиралевидной формы [4].

При пигментной форме АК дерматоскопически визуализируется пигментная псевдосеть от коричневого до черного цвета, точки и глобулы шиферно-серого цвета, при слиянии которых образует кольцевидно-гранулярный рисунок [5]. Также встречаются ромбовидальные структуры и асимметричные пигментированные волосные фолликулы. Часто встречается картина, напоминающая «мишень», она образована отверстиями волосных фолликулов, центр которых заполнен желтоватой ороговевшей пробкой, снаружи окружность фолликулов окаймлена белым ореолом [5]. Редко можем встретить такие признаки, как гипопигментация фолликулярных отверстий с ободком гиперпигментации по периферии.

Дерматоскопическое исследование помогает проводить дифференциальную диагностику непигментного АК с плоскоклеточным раком, базалиомой, болезнью Боуэна, а пигментной формы – со злокачественным лентиго и себорейным кератозом [4, 5].

Для лечения АК используют различные методы, выбор которых зависит от многих факторов: клинической картины, локализации, размера очага поражения, их количества, первичного или рецидивного характера процесса и др. [1]. При поверхностных очагах небольших размеров используют криотерапию, аппликационные методики [6]. В случае множественных очагов, подозрении на активную пролиферацию рекомендована фотодинамическая терапия с использованием местных фотосенсибилизаторов или лазерная эксцизия [7, 8].

ЛИТЕРАТУРА

1. Моложков В.А., Моложков А.В. *Клиническая дерматоонкология*. М.: МДВ; 2011.

Остальные источники литературы см. в References

REFERENCES

1. Molochkov V.A., Molochkov A.V. *Clinical Dermatoooncology*. Moscow: MDV; 2011. (in Russian)
2. Bilac C., Sahin M.T., Ozurkcan S. Chronic actinic damage of facial skin. *Clin. Dermatol.* 2014; 32(6): 752–62. doi: 10.1016/j.clindermatol.2014.02.014.
3. Roewert-Huber J., Stockfleth E., Kerl H. Pathology and pathobiology of actinic (solar) keratosis – an update. *Br. J. Dermatol.* 2007; 157(Suppl. 2): 18–20.
4. Lee J.H., Won C.Y., Kim G.M., Kim S.Y. Dermoscopic features of actinic keratosis and follow up with dermoscopy: A pilot study. *J. Dermatol.* 2014; 41(6): 487–93.
5. Akay B.N., Kocuyigit P., Heper A.O., Erdem C. Dermatoscopy of flat pigmented facial lesions: diagnostic challenge between pigmented actinic keratosis and lentigo maligna. *J. Br. Dermatol.* 2010; 163(6): 1212–17. doi: 10.1111/j.1365-2133.2010.10025.x.
6. Stockfleth E., Sibbring G.C., Alarcon I. New topical treatment options for actinic keratosis: a systematic review. *Acta Dermatol. Venereol.* 2016; 96(1): 17–22. doi: 10.2340/00015555-2167.
7. Gan S.D., Hsu S.H., Chuang G., Konnikov N., Liang C.A. Ablative fractional laser therapy for the treatment of actinic keratosis: a split-face study. *J. Am. Acad. Dermatol.* 2016; 74(2): 387–9. doi: 10.1016/j.jaad.2015.08.035.
8. Jang Y.H., Lee D.J., Shin J., Kang H.Y., Lee E.S., Kim Y.C. Photodynamic therapy with ablative carbon dioxide fractional laser in treatment of actinic keratosis. *Ann. Dermatol.* 2013; 25(4): 417–22. doi: 10.5021/ad.2013.25.4.417.