



# **Кафедра дерматовенерологии и косметологии ФНМФО ФГБУ ВО ДонГМУ Минздрава России**

## **Себорейный кератоз как маркер соматической патологии**

**проф. Проценко Т.В., проф. Провизион А.Н., доц. Боряк С.А., доц. Горбенко А.С.**

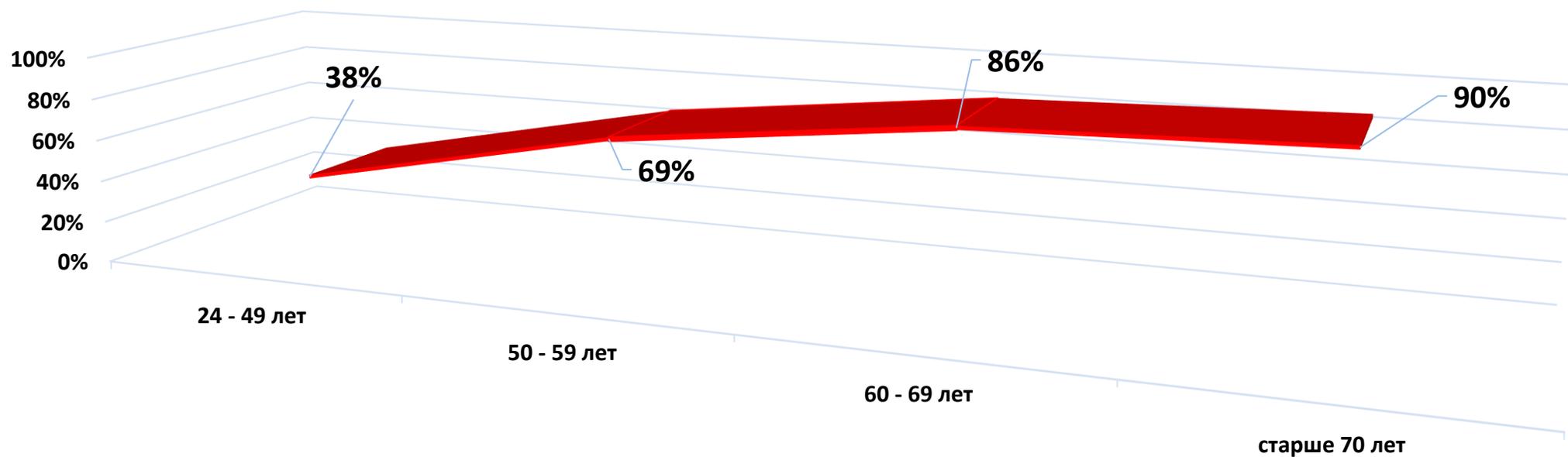
**г.Донецк  
27 октября 2024 г.**

**Себорейный кератоз (СбК) — доброкачественная эпителиальная опухоль кожи, встречающаяся практически у 100% лиц после 50 лет и часто воспринимаемая лишь как косметическая проблема**



- **Себорейный кератоз: распространенность 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.

**До настоящего времени нет единого мнения об этиопатогенезе СбК, объясняющего сущность патологического процесса и многообразие клинических форм дерматоза**

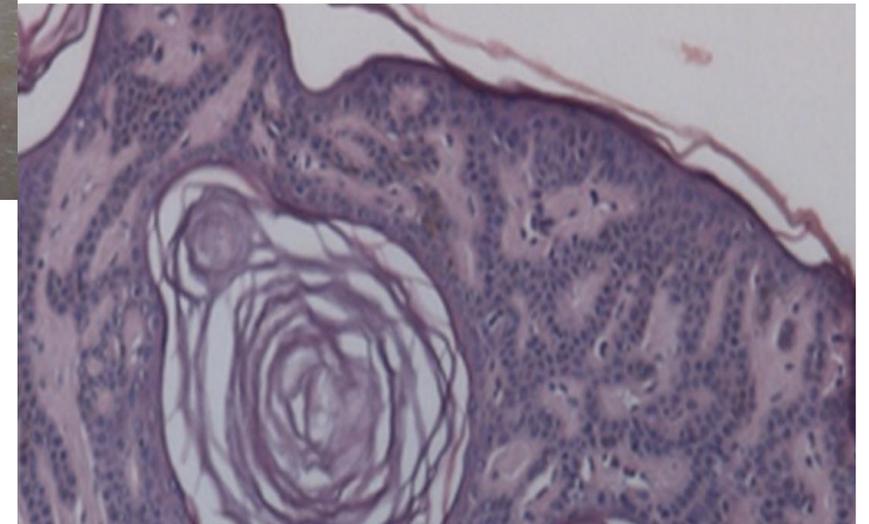
**К факторам, способствующим развитию СбК относят:**

- генетическую предрасположенность**
- длительную предшествующую инсоляцию**
- активацию в коже вируса папилломы человека (ВПЧ) низкой степени злокачественности**
- снижение неспецифической резистентности кожи и нарушения иммунобиологического надзора за пролиферативными процессами в коже**
  - вследствие инсулинорезистентности\***
  - онкопатологии**
- теорию «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

**СбК** — достаточно узнаваем, но иногда необходимо гистологическое исследование, которое также достаточно характерно : *при всех гистологических типах присутствуют в разной степени выраженности гиперкератоз, акантоз, папилломатоз, роговые и псевдороговые кисты*

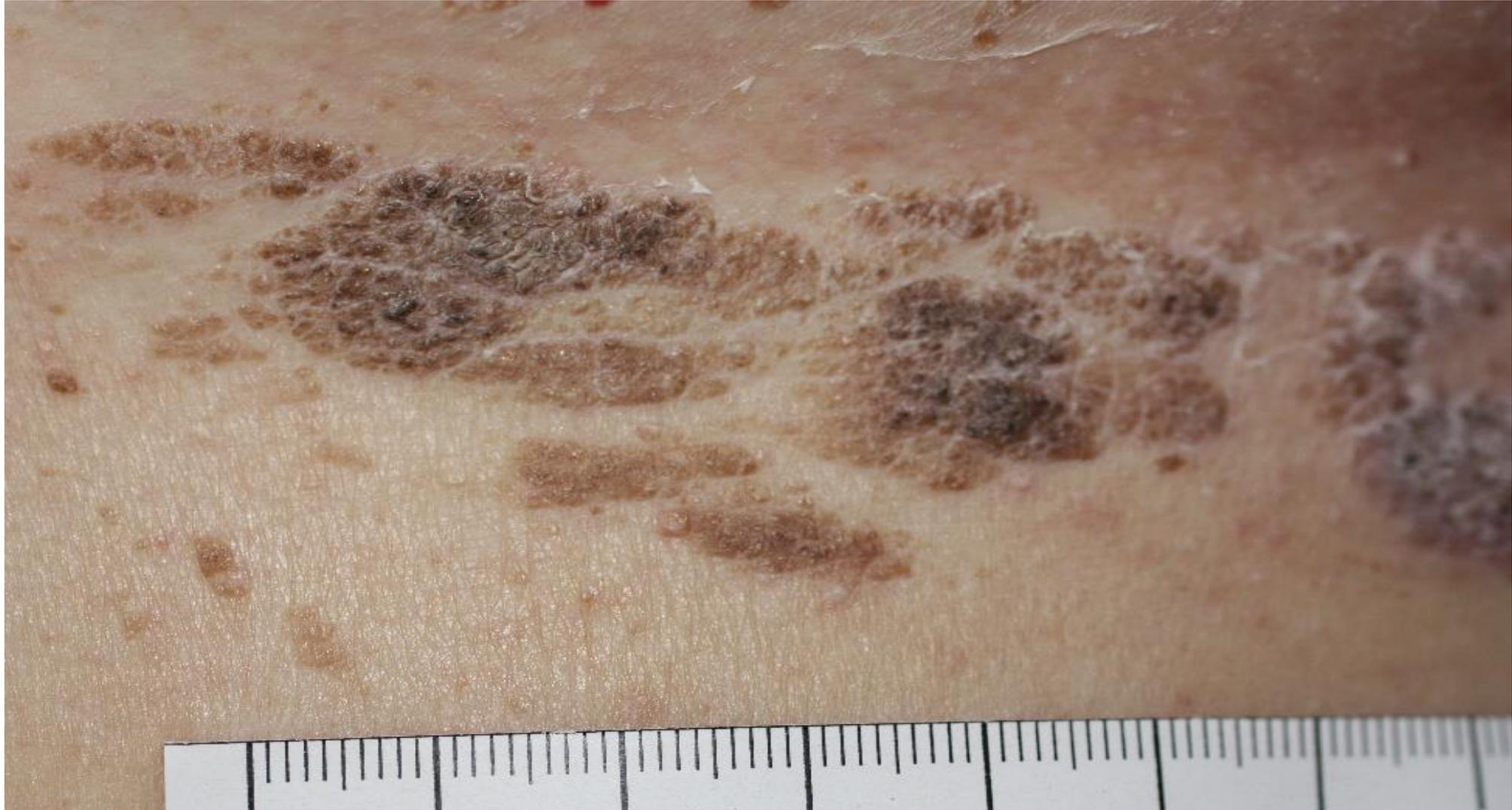


**СбК не так сложен для диагностики, как значим для выявления причин его возникновения, среди которых на первом месте находится онкологическая, соматическая и/или эндокринная патология**

**Особое место занимает синдром Leser – Trellat, описанный еще в 1880 г. двумя французскими хирургами у пациентки с карциномой кишечника**

**Б-ная К., 64 года**

**Многочисленный себорейный кератоз на фоне карциномы кишечника (синдром Лезер-Трелла), впервые выявленной при обследовании из-за высыпаний на коже**



## **Синдром Лезер-Трелла**

- **кожный индикатор малигнизации внутренних органов**
- **характерно внезапное множественное появление себорейного кератоза**
- *количество и размеры элементов быстро увеличиваются (в течение года)*
- **ослабление иммунных свойств кожи → активация ВПЧ низкой степени злокачественности**

### **Сопровождает:**

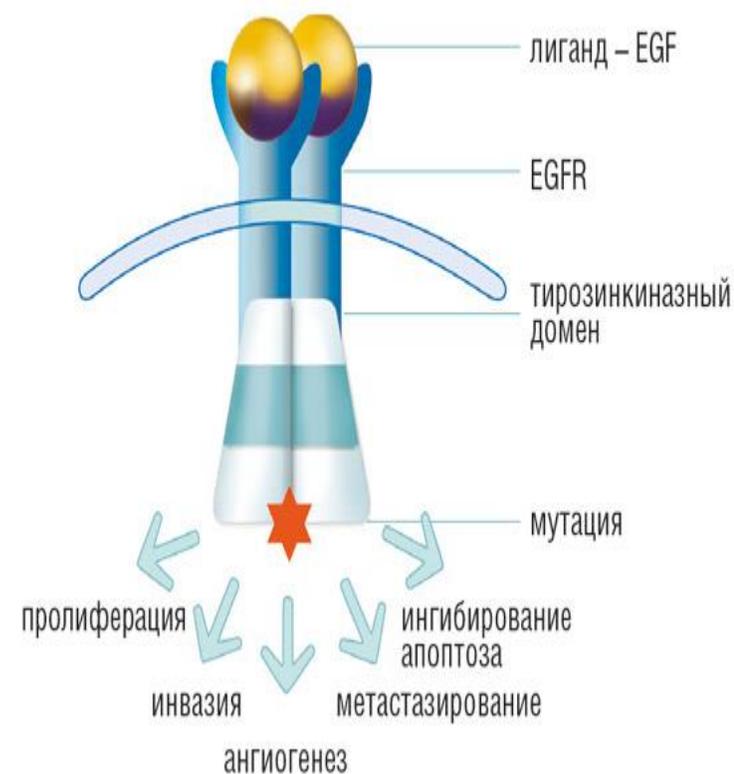
- **полипы кишечника, шейки матки и др.**
- **рак кишечника**
- **аденокарциному желудка, бронхов, легких**
- **рак протоков молочной железы**
- **лейкозы, лимфомы**

**Именно при данном синдроме в СбК регистрируют повышенный уровень рецепторов эпидермального фактора роста (EGFR), который связан с выработкой клетками злокачественной опухоли эндогенных медиаторов, стимулирующих пролиферацию кератиноцитов:**

- трансформирующего фактора роста альфа (TGF- $\alpha$ )**
- эпидермального фактора роста (EGF)**

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

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



**Множественные очаги СбК сочетались у этих пациентов с множественными ФП и acanthosis nigricans, который расценивают как дерматологический маркер инсулинорезистентности**

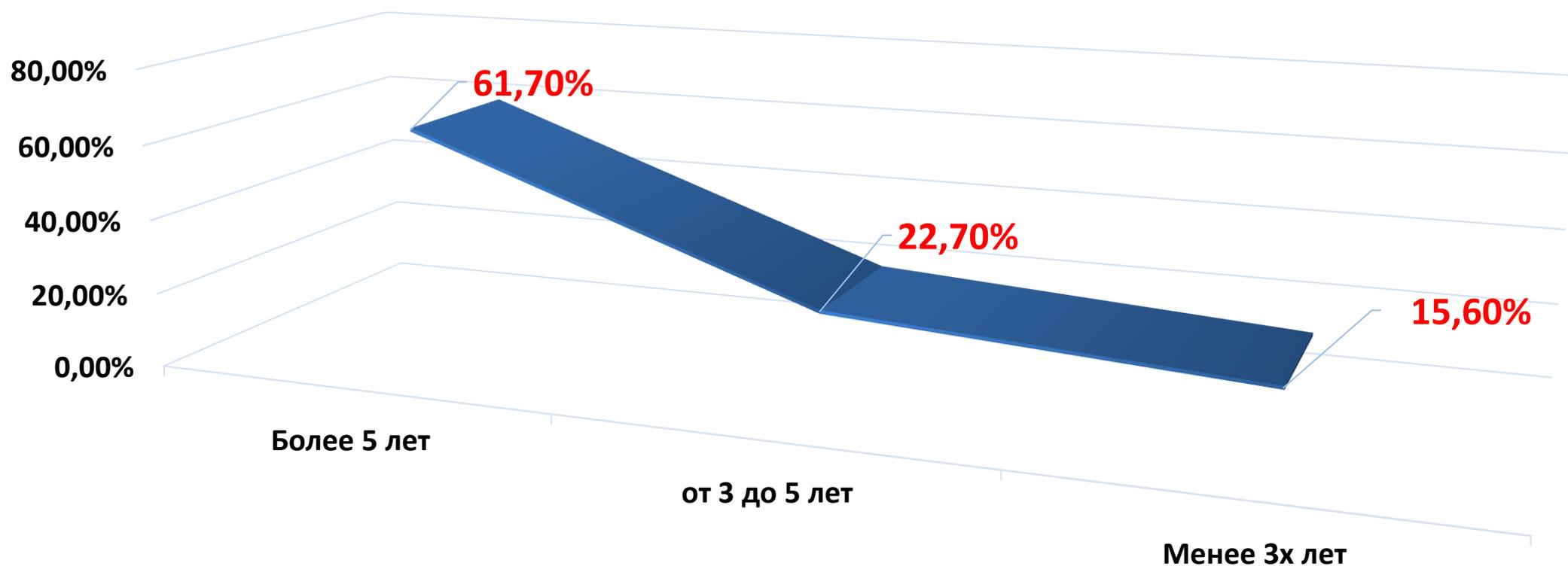
**Именно действие избыточного количества инсулина на рецептор инсулиноподобного фактора роста 1 (ИФР-1), экспрессирующегося на кератиноцитах и фибробластах, вызывал патологическую эпидермальную пролиферацию, приводящую к развитию СбК, ФП и acanthosis nigricans**

*Экспрессия EGFR, имеющего сходную структуру с инсулиноподобным фактором роста и инсулином, изменялась при изменениях сигнальных путей инсулина при СД 2 типа*

## *Наш опыт*

Обследованы 63 пациента с множественными очагами СбК (более 15) в возрасте от 40 до 76 лет (21 мужчина и 42 женщины), обратившихся в Республиканский клинический дерматовенерологический диспансер г. Донецка в 2018 – 2019 гг.

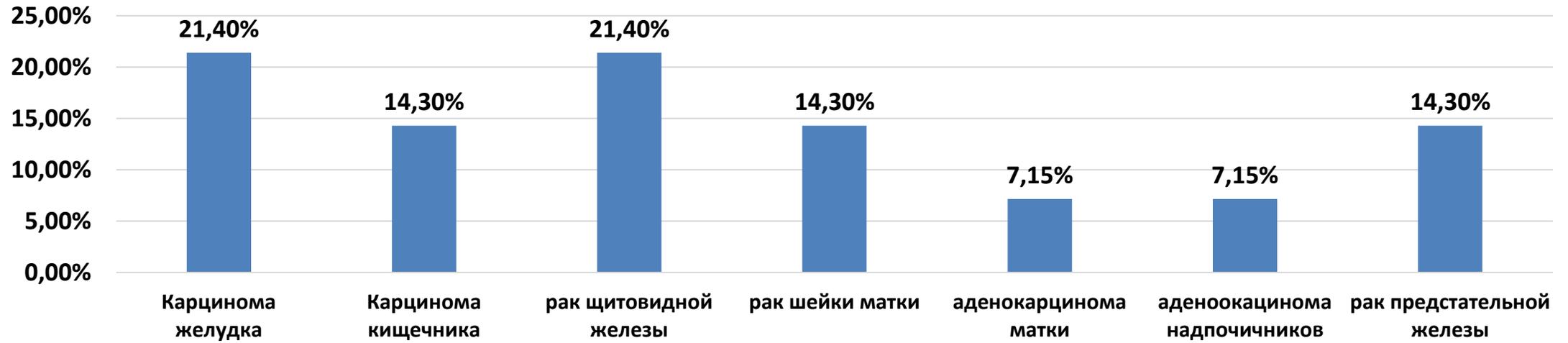
### Длительность существования СК



## *Алгоритм ведения пациентов*

- 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)**
- анализ медицинской документации**
- полное общеклиническое обследование, в том числе УЗИ паренхиматозных органов, щитовидной и предстательной железы, по показаниям – компьютерная томография органов брюшной и грудной полости, малого таза**
- диагноз соматической патологии верифицировался соответствующими специалистами (эндокринологом, терапевтом, онкологом, гинекологом)**

- При вспышкообразном появлении множественных очагов СбК у 54% больных была различная онкопатология



- У 34,9% – метаболический синдром и инсулинорезистентность, при этом у 31,8% впервые выявленные
- У 11,1% больных на момент обследования не было выявлено ни онкопатологии, ни метаболических нарушений

# **Особенности СбК при онко- и эндокринной патологии**

- **Множественность очагов (более 5)**
- **Поражение 2-х и более анатомических областей**
- **Различные размеров (от 0,4 до 2,5 см в диаметре)**
- **Папилломатозная поверхность**
- **Сочетание с ФП (5 и более элементов) в 2-х и более анатомических областях**

# Выводы:

- **Наличие множественных очагов СбК, особенно в сочетании с множественными ФП может служить диагностическим маркером и первым клиническим проявлением развивающейся соматической или онкологической патологии**
  
- **Междисциплинарное взаимодействие специалистов разного профиля у этих пациентов может способствовать раннему выявлению соматической и/или онкологической патологии, раннему началу болезнь-модифицирующей терапии, что улучшает прогноз течения заболевания и сохраняет качество жизни пациента**

Благодарим за внимание