

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра дерматовенерологии и косметологии ФНМФО

## АКТИНИЧЕСКИЙ КЕРАТОЗ

**Доц. Горбенко А.С.,**  
**Ординатор 1 года обучения Моргунова Е.А.**

9 Апреля 2025 г.  
г. Донецк

**Актинический кератоз (АК) (син.: солнечный кератоз, сенильный кератоз)** – предраковое заболевание кожи, которое характеризуется атипичной локальной пролиферацией кератиноцитов базального слоя эпидермиса открытых участков кожного покрова, вследствие длительного канцерогенного действия ультрафиолетового излучения (УФЛ)

В настоящее время АК интерпретируется как плоскоклеточный рак (ПКР) *in situ*, или базально-клеточная карцинома с высоким риском инвазивного роста

# АКТУАЛЬНОСТЬ

- В данный момент наблюдается рост заболеваемости АК, что связано с увеличением УФЛ и изменением климатических условий. Люди с светлой кожей подвергаются высокому риску развития этого заболевания, что делает профилактику и раннее выявление крайне важными
- АК является предраковым состоянием, что подразумевает значительный риск развития плоскоклеточной карциномы кожи. Это подчеркивает необходимость своевременной диагностики и активного лечения для предотвращения перехода болезни в более опасные формы
- АК может оказывать значительное влияние на качество жизни пациентов. Изменения внешнего вида кожи могут вызывать чувство дискомфорта и снижать самооценку, что дополнительно усиливает психологическую нагрузку
- Увеличение продолжительности жизни населения приводит к росту числа пожилых людей, у которых риск возникновения АК значительно выше

# ЭТИОЛОГИЯ

Этиология АК связана:

- с хроническим воздействием солнца на кожу — УФЛ, особенно UVA, повреждают ДНК клеток эпидермиса, что, в свою очередь, может приводить к аномальным изменениям в клетках кожи
- с возрастом кожа теряет свою эластичность и способность к самовосстановлению, что делает ее более уязвимой к повреждениям
- с генетической предрасположенностью — наличие в анамнезе кожи с предраковыми изменениями или кожными заболеваниями может повышать риск
- с иммунодефицитными состояниями — ослабление иммунной системы может способствовать увеличению числа предраковых изменений на коже

# ПАТОГЕНЕЗ

- АК начинает развиваться на фоне повреждения базальных клеток эпидермиса



- Хроническое воздействие УФЛ ведет к мутациям в генах, ответственных за регенерацию и нормальное деление клеток



- Эти мутации приводят к аномальному пролиферативному ответу клеток, формируя гиперкератоз — утолщение рогового слоя кожи



- При продолжающемся повреждении, происходит избыточное образование кератиноцитов, что может развивать характерные изменения, такие как шершавая текстура, покраснение или появление корочек



- На этапе, когда поврежденные клетки продолжают мутировать и накапливаться, высок риск трансформации АК в плоскоклеточную карциному

# ПАТОГЕНЕЗ

Различают :

- Острый АК возникает у пациентов, получивших большую дозу солнечного излучения за короткое время
- Хронический АК — у регулярно облучаемых в течение всей жизни лиц, в результате чего накапливается значительная доза инсоляции. Основным условием для развития заболевания является хроническое воздействие солнечного излучения, которое вызывает повреждение ДНК кератиноцитов и подавление опухоль супрессирующего белка р53-транскрипционного фактора, регулирующего клеточный цикл: запускается неконтролируемый рост генетически дефектных опухолевых клеток. Также УФЛ оказывает выраженные иммуносупрессивное действие, что ограничивает способность клеток Лангерганса распознавать и уничтожать атипично пролиферирующие клетки

# КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Выделяют пять клинических форм АК:

1. 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. Вначале диаметр очага не превышает нескольких миллиметров, в дальнейшем увеличивается до 1-2 см. Даже минимальная травма приводит к выраженной кровоточивости
2. Кератотическая форма (синонимы: кератотическая папулезная, гипертрофическая форма) развивается в результате нарастания роговых масс на поверхности очагов. При этом покраснение становится незаметным, и на его месте появляются желтоватые, грязно-коричневые или серо-черные плотные роговые массы. При их удалении обнажается покрасневшая, иногда растрескавшаяся поверхность. У пожилых людей со светлым цветом волос по периферии очага может определяться узкий венчик гиперемии

# КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Клинические формы:

3. Бородавчатая форма (синоним: папилломатозная форма) характеризуется папилломатозными разрастаниями очагов в сочетании с гиперкератозом
4. Роговая форма (синоним: форма кожного рога) сопровождается выраженной кератинизацией. Очаг поражения напоминает кожный рог, длина которого составляет не менее половины диаметра основания, а высота - от нескольких миллиметров до нескольких сантиметров. Излюбленная локализация — ушные раковины и лоб
5. Пигментная форма характеризуется коричневыми, черными или пестрыми очагами с бородавчатой поверхностью диаметром от 1,5 см и больше, расположенными на спине и тыле кистей

# ЛЕЧЕНИЕ

- Топические препараты: такие как 5-фторурацил (нарушает синтез ДНК и вызывает и вызывает образование структурно несовершенной РНК, угнетая деление опухолевых клеток) или имиквимод (оказывает действие за счет повышения уровня рецептора опиоидного фактора роста (OGFr), за счет чего угнетается пролиферация опухолевых клеток)
- Криотерапия: этот метод включает в себя замораживание пораженных участков кожи жидким азотом, что приводит к разрушению аномальных клеток. Криотерапия эффективна и часто используется при лечении мелких поражений
- Лазерная деструкция: использование лазеров позволяет удалить верхние слои кожи, содержащие патогенные клетки. Лазерная деструкция также может стимулировать восстановление кожи
- Фотодинамическая терапия: этот метод включает применение фотосенсибилизирующих веществ, которые активируются светом, что приводит к разрушению аномальных клеток
- Хирургическое удаление: при АК может потребоваться хирургическое вмешательство, включая эксцизию пораженного участка с последующим гистологическим исследованием

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

(наблюдение Седовой Т.Г. 2022 г.)

Больная С., 84 года, пенсионерка, консультирована дерматоонкологом.

Жалобы при обращении: быстрый рост и боль опухолевидного образования на кончике носа, болезненная язва на нижней губе, образование множественных пятен с плотными корками на лице

Анамнез заболевания: отмечает появление и распространение эритематозных шелушащихся пятен на лице с 50-летнего возраста, с течением времени элементы утолщались и покрывались плотными корками. Субъективно – периодический зуд и жжение. Впервые обратила внимание на появление плотных чешуек и корочек в области нижней губы около 10 лет назад, за последний год образовалась болезненная язва, покрытая толстой коркой. Согласно данным анамнеза, пациентка отмечает прогрессирующий рост опухолевидного образования на кончике носа и изъязвления в течение 1 года. За последние несколько месяцев установлен быстрый рост язв, болезненность и кровоточивость при травматизации и попытке удаления корок Солнцезащитные средства в течение жизни не использовала. К врачам ранее не обращалась, самолечением не занималась

Анамнез жизни: Аллергологический анамнез спокоен. Семейная и личная наследственность по онкологическим заболеваниям не отягощена

Профессиональный анамнез: агроном, стаж работы – 41 год, в настоящее время на пенсии

### Status localis:

Кожный патологический процесс ограниченный, симметричный, неостровоспалительного характера, локализован на коже лица (рис. 1). На кончике носа слева визуализируется инфильтрированная язва неправильной формы, размерами 2,5×2,5 см, с резко приподнятыми плотными подрывными кратерообразными краями в виде валика розовато-красного цвета, на поверхности которых наблюдаются множественные полиморфные сосуды, кожный рисунок сглажен.

В центральной части опухоли – глубокая толстая серозно-геморрагическая корка (рис. 2).



Рис. 1. Актинический кератоз кожи лица с признаками хронического фотоповреждения



Рис. 2. Кончик носа – высокодифференцированный ороговевающий плоскоклеточный рак кожи, язвенный тип

Красная кайма нижней губы отечна, физиологическая складчатость сглажена, на поверхности – крупнопластинчатое шелушение серого цвета. В центральной части нижней губы в зоне перехода в слизистую оболочку – инфильтрированный язвенный дефект 1,5×1,3 см с плотной, спаянной с подлежащими тканями коркой серовато-желтого цвета. По периферии корки визуализируется очаг лейкоплакии неправильной формы с четкой демаркацией и гладкой поверхностью серовато-белого цвета (рис. 3)



**Рис. 3.** Красная кайма нижней губы – высокодифференцированный ороговевающий плоскоклеточный рак кожи, язвенный тип

На коже лица, преимущественно в области лба, височных областей, на боковых поверхностях и спинке носа визуализируются множественные плоские и элевирующие пятна розово-красного цвета, неправильной полициклической формы с четкими границами, находящиеся на разных стадиях развития. На поверхности пятен наблюдается шелушение серого цвета разной степени выраженности. В височной, скуловой и лобной части лица справа и слева визуализируются плотные корки серо-желтого цвета, по периферии элементов – эритематозный приподнятый венчик (рис. 4). На месте скарифицированных эфлоресценций – поверхностные серозно-геморрагические корочки



Рис. 4. Левая боковая поверхность лица – множественный актинический кератоз, кератотическая форма

У пациентки выявлены признаки хронического фотоповреждения кожи – атрофия и сухость кожи, актинический эластоз (см. рис. 1, 4).

Подчелюстные, заушные, надключичные, шейные лимфатические узлы не увеличены, не спаяны между собой, кожа над ними не изменена, подвижность их не ограничена



**Рис. 1.** Актинический кератоз кожи лица с признаками хронического фотоповреждения



**Рис. 4.** Левая боковая поверхность лица – множественный актинический кератоз, кератотическая форма

Дерматоскопическое исследование  
очагов АК левой скуловой области:  
визуализируются эритематозные очаги  
розовато-красного цвета с толстыми  
чешуе-корками, множественные извитые  
сосуды. В области кончика носа  
визуализируется эндофитно-язвенное  
образование, покрытое толстой глубокой  
плотной серозно-геморрагической  
коркой с прилипшими волокнами (рис.  
5). Периферический валик опухоли  
розовато-бурого цвета с неровными  
подрытыми краями и множественными  
полиморфными сосудами.



Рис. 5. Дерматоскопия плоскоклеточного рака кожи кончика  
носа, овалом обозначены белые точки и круги

В области опухоли визуализируются белые точки и круги. В центральной части красной каймы нижней губы наблюдается кератиновая корка серовато-желтого цвета с белыми бесструктурными зонами и изъязвлением по периферии, множественные полиморфные сосуды

Заключение: дерматоскопическая картина соответствует кератотической форме АК, выявлены признаки язвенной формы ПКР кожи кончика носа и красной каймы нижней губы



Рис. 5. Дерматоскопия плоскоклеточного рака кожи кончика носа, овалом обозначены белые точки и круги

Проведена эксцизионная биопсия образования на носу, красной каймы нижней губы и очага АК левой скуловой области

- Патоморфологическое исследование биоптата опухоли кончика носа: опухоль представлена анаплазированными плоскоэпителиальными комплексами и тяжами с формированием роговых жемчужин. Опухолевые клетки – крупные полиморфные с гиперхромными ядрами и светлой цитоплазмой, встречаются единичные митозы. Строма отечная с выраженной лимфоплазмочитарной инфильтрацией.

Заключение: высокодифференцированный ороговевающий ПКР

- Патоморфологическое исследование биоптата красной каймы нижней губы: эпидермис утолщен с явлениями гипер-, пара- и дискератоза, неравномерным акантозом и экзоцитозом. Атипичные кератиноциты наблюдаются почти по всей толщине эпидермального пласта. Субэпидермально – массивный лимфогистиоцитарный инфильтрат. Заключение: эрозивно-язвенная лейкоплакия. SIN III
- Патоморфологическое исследование биоптата очага актинического кератоза левой скуловой области: эпидермис с выраженным гипер- и паракератозом, папилломатозом. В базальном слое – единичные атипичные кератиноциты без признаков инвазии в дерму. В дерме – эластоз, лимфоплазмочитарный инфильтрат. Заключение: АК

Больной установлен диагноз: Первично-множественный синхронный высокодифференцированный ороговевающий ПКР, язвенный тип кончика носа (T1N0M0) и красной каймы нижней губы (T1N0M0). Множественный актинический кератоз, кератотическая форма

Пациентке в соответствии с установленным диагнозом с учетом соматических и возрастных противопоказаний проведена лучевая гамма-терапия опухоли кончика носа и красной каймы нижней губы с курсовой дозой 50 Гр и наружная терапия зон облучения – аппликации 10% метилурациловой мазью 4 раза в день.

Больная находится на диспансерном учете у онколога

# ЗАКЛЮЧЕНИЕ

- АК является результатом воздействия УФЛ на кожу и представляет собой предраковое состояние, требующее внимательного отношения и своевременной диагностики
- Высокий рост заболеваемости АК и риск трансформации в злокачественные новообразования кожи приводит к поиску методов ранней диагностики, а учитывая тот факт, что наиболее частая локализация очагов АК находится в области лица, волосистой части головы, т.е. в косметически значимых зонах, актуальным является выбор методов неинвазивной диагностики
- При диагностике пациентов с АК целесообразно применять дерматоскопический метод, позволяющий своевременно заподозрить ПКР, а также использование скоринговой системы оценки

# ЗАКЛЮЧЕНИЕ

- Представленное клиническое наблюдение свидетельствует о возможности одновременного и быстрого развития первично-множественного ПКР кожи и красной каймы нижней губы у пациентки с многолетним течением АК, отягощенным профессиональным и солнечным анамнезом в совокупности с триггерными факторами.

Описанный клинический пример указывает на необходимость тщательного пожизненного диспансерного наблюдения и назначения лечения и проведения профилактических мер в соответствии с протоколами клинических рекомендаций для пациентов с множественными очагами АК

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ

*Будьте здоровы!*