

КЛИНИЧЕСКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ СЕБОРЕЙНОГО КЕРАТОЗА ЛИЦА И ШЕИ

Лебедева Ю.В., Гладкова Н.Н., Лебедев С.Н.

ФГБОУ ВО Тверской государственный медицинский университет Минздрава России¹

Себорейный кератоз – одно из часто встречающихся доброкачественных новообразований кожи (особенно у лиц пожилого и старческого возраста). В разных публикациях он обозначается разными терминами: себорейная (сальная) или старческая кератома (кератоз или бородавка), базальноклеточная или пигментированная папиллома или эпителиома, себорейная или бородавчатая акантома, старческая папиллома, себорейный невус Унна, себорейная кератопапиллома и т. д. [1,5,6]. Все эти термины нельзя признать удачными, так как они не во всей полноте отражают сущность морфологических изменений, развивающихся при этом процессе.

Ряд авторов связывают возникновение себорейного кератоза со старением и рассматривают его проявления с позиции инволютивных изменений кожи, с особыми гистологическими и функциональными изменениями, которые развиваются в старческом возрасте. Этот факт подтверждается и тем, что число таких новообразований увеличивается с возрастом пациентов. Все это позволяет в какой-то мере оправдать не совсем удачный, но принятый в медицинской литературе термин «старческая бородавка» [2]. Вместе с тем, себорейный кератоз по существу происходящих морфологических процессов не является бородавкой. Он также не имеет отношения и к истинной себорее. Может развиваться не только у лиц пожилого и старческого возраста, но и у молодых людей. Термин базальноклеточная папиллома также не совсем удачен, так как опухоль состоит в основном из малодифференцированных эпителиоцитов, которые весьма отдаленно напоминают клетки базального слоя эпидермиса и далеко не всегда формируют папиллярные выросты.

Большинство современных авторов рассматривают себорейный кератоз как доброкачественную опухоль эпителиального генеза, возникновение которой обусловлено задержкой созревания клеток эпидермиса на стадии «базалоидных элементов» [1,3,5]. Другие считают его поздно проявляющимся пороком развития эпидермиса. Некоторые исследователи относят его к опухолям невоидного генеза или рассматривают как гамартому, развивающуюся из первичного эпителиального зачатка.

Учитывая изложенное, было проведено клинико-морфологическое исследование 181 наблюдения себорейного кератоза. Полученный при оперативном лечении материал фиксировали в 10% растворе забуференного нейтрального формалина. После заливки в парафин готовили срезы толщиной 5 мкм, которые окрашивали гематоксилином и эозином, пикрофуксином по ван-Гизону для выявления коллагеновых волокон, орсеином на эластические волокна. Использовали гистохимические реакции альциановым синим по Стивдену на гликозаминогликаны и ШИК-реакцию - на гликопротеины.

Данные литературы свидетельствуют о том, что себорейный кератоз в подавляющем большинстве наблюдений возникает у лиц пожилого возраста (как правило старше 50 лет) и встречается одинаково часто у мужчин и женщин.

Проведенное исследование показало, что у женщин себорейный кератоз имел место в 1,5 раза чаще, чем у мужчин. Лица старше 50 лет составили 71,3% всех больных, при этом наибольшее число проявлений себорейного кератоза у женщин отмечено в возрасте от 61 до 70 лет (34,4%), у мужчин число наблюдений в возрасте от 51 до 60 лет и от 61 до 70 лет было одинаковым и составило по 28,1% случаев.

По мнению большинства авторов, элементы себорейного кератоза могут встречаться в самых различных областях тела. Очаги новообразования чаще локализуются на закрытых участках: спине, груди, плечах, реже – на лице, шее, волосистой части головы. Исключение составляют поверхности ладоней и подошв.

Проведенное исследование показало, наиболее часто процесс локализовался на лице (19,9%), височной (9,9%) и околоушной области (9,9%), на шее (9,4%) реже на груди (7,3%) и спине (6,6%). В 11,0% случаев элементы себорейного кератоза локализовались на передней брюшной стенке и лишь в 2,8% - на конечностях. Один очаг поражения был в 95,0% наблюдений и только в 5,0% множественные: от двух до четырех.

У больных проявления себорейного кератоза варьировали от небольших плоских резко ограниченных пятен различных размеров, с гладкой или чуть шелушащейся поверхностью, до бляшки или грибовидного образования овальной или округлой формы, возвышающихся над поверхностью кожи, размер которых колебался от 0,3-0,4 см до 2,0-3,0 см в диаметре, а их поверхность покрыта роговыми массами. Бляшка имела мягкую консистенцию при пальпации. В большинстве наблюдений создавалось впечатление, что она имеет салную поверхность. В 47,0% наблюдений опухоль имела коричневый цвет, а в 55,0% обладала шероховатой или сосочковидной поверхностью. Эти

особенности макроскопического строения очагов себорейного кератоза напоминали клиницистам папиллому, пигментный невус или даже меланому.

Некоторыми авторами [2,4] описываются случаи сосуществования себорейного кератоза с другими опухолями (базалиомой, плоскоклеточной карциномой). Наши исследования также показали, что в 5,5% случаев себорейный кератоз сочетался с другими поражениями кожи: в пяти наблюдениях - со смешанным пигментным невусом, в двух случаях - с базалиомой солидного строения, по одному случаю - с болезнью Боуэна и плоскоклеточным раком с ороговением, кератопапилломой и плотной фибромой.

При гистологическом исследовании мы выделили пять вариантов строения опухоли: гиперкератотический, акантотический, аденоидный, смешанный и «раздраженный».

Для всех вариантов характерны: гиперплазия покровного эпителия, гиперкератоз, папилломатоз и акантоз. Эти морфологические проявления были выражены в разной степени и нередко сочетались, что создавало многообразие вариантов строения себорейного кератоза. Ткань опухоли была представлена эпителиоцитами разной степени дифференцировки от базалоидных до плоских клеток. Почти во всех наблюдениях в клетках базального слоя эпидермиса в том или ином количестве обнаруживали меланин. Он присутствовал от едва заметных мелких зерен до хорошо видимых очаговых скоплений. В самой опухоли пигмент был распределен неравномерно. Выраженные пигментированные очаги ошибочно принимались клиницистами за наличие пигментного невуса или меланомы. Во всех наблюдениях в дерме имел место склероз. Коллагеновые волокна были толстыми, грубыми с явлениями гиалиноза. Эластические волокна - истончены, атрофированы, часть из них разрушена. В основном веществе межклеточного матрикса дермы отмечалось увеличение содержания сульфатированных гликозаминогликанов и гликопротеинов. В строме опухоли и в подлежащем субэпителиальном слое дермы всегда выявлялась умеренно выраженная лимфоплазмочитарная инфильтрация.

Наиболее распространенным типом старческой бородавки на нашем материале был гиперкератотический вариант (66,3%), который характеризовался умеренной гиперплазией покровного эпителия с выраженным папилломатозом и гиперкератозом. Последний был особенно выражен в области устьев волосяных фолликулов и протоков потовых желез. Явления акантоза проявлялись незначительно. В опухоли выявлялись псевдороговые кисты, заполненные роговыми массами. Этот вариант себорейного кератоза

гистологически напоминает папиллому или папилломатозный порок развития кожи.

Акантотический вариант опухоли отмечен у 22,0% пациентов. Для этого варианта характерным было значительное утолщение покровного эпителия, выраженная гиперплазия ткани опухоли с преобладанием явлений акантоза, сопровождавшегося разрастанием толстых акантотических тяжей, глубоко проникавших в дерму. Гиперкератоз и папилломатоз были незначительно выражены. В опухоли определялось большое число роговых кист, преимущественно истинных, содержащих кератогеалин.

Аденоидный вариант опухоли был выявлен только в 0,6% наблюдений. Он характеризовался умеренной гиперплазией покровного эпителия, незначительным гиперкератозом, папилломатозом и выраженным акантозом. Акантоз проявлялся отхождением в дерму многочисленных тонких взаимно переплетающихся эпителиальных тяжей, причудливо анастомозировавших друг с другом. Некоторые тяжи состояли только из двух рядов базалоидных клеток. Роговые кисты и псевдокисты были единичными.

Апатенко А.К. (1973) выделил комбинированный вариант себорейного кератоза, который в нашем материале встретился в 6,6% случаев и характеризовался сочетанием всех указанных ранее типов строения опухоли.

«Раздраженный» вариант себорейного кератоза имел место у 4,5% больных. Он характеризовался выраженным клеточным полиморфизмом, гиперхромией ядер опухолевых клеток, наличием фигур митоза и большого числа роговых «луковичных структур», которые напоминали «раковые жемчужины», характерные для плоскоклеточного рака с ороговением. Выявление при себорейном кератозе этих морфологических признаков не расценивалось нами как критерии озлокачествления. При постановке диагноза себорейный кератоз мы дважды проводили дифференциальный диагноз с плоскоклеточным раком с ороговением.

Кроме того, был отмечен высокий процент расхождения клинического и патогистологического диагнозов (97,7%), что, по-видимому, было связано, с особенностями гистологического строения, и, как следствие этого, с различными макроскопическими проявлениями себорейного кератоза. Так, очаги себорейного кератоза клиницисты чаще принимали за пигментный невус (30,9%). В 12,2% случаев ошибочно был установлен диагноз базалиома.

Таким образом, дальнейшее исследование и детальная систематизации различных вариантов себорейного кератоза, локализованных в области лица и шеи, их клинических и морфологических проявлений может способствовать

улучшению качества диагностики этого заболевания и послужить предостережением от возможных диагностических ошибок.

Литература:

1. *Апатенко А.К.* Эпителиальные опухоли и пороки развития кожи. - М.: Медицина, 1973. - 240 с.
2. *Беренбейн Б.А., Михайлова М.Б.* Себорейная бородавка (вопросы клиники, патогенеза, морфологии и терапии). - Вестник дерматологии и венерологии. - №1.- 1985. – с. 38-41.
3. *Гладкова Н.Н., Лебедева Ю.В.* Морфологические варианты себорейного кератоза // Морфология (архив анатомии, гистологии и эмбриологии). 2008. Т. 133, № 2. С. 32.
4. *Лебедева Ю.В., Давыдов А.Б., Лебедев С.Н.* Клиническая оценка распространенности себорейного кератоза кожи лица и шеи среди онкологических больных // Стоматология. 2009. Т.88, № 5. С.45-48.
5. *Патологоанатомическая диагностика опухолей человека: Руководство в 2 томах. 4-е изд., перераб. и доп. / Под ред. Н.А. Краевского, А.В. Смольяникова, Д.С. Саркисова.* - М.: Медицина, 1993.-Т. 2. -688с.
6. *Цветкова Г.М., Мордовцев В.Н.* Патоморфологическая диагностика заболеваний кожи. Руководство. - М.: Медицина, 1986. - 304 с.: ил.