

КОЖНЫЕ И ВЕНЕРИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ**ДЕРМАТОСКОПИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ
АКТИНИЧЕСКОГО КЕРАТОЗА В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ****Федоровская Анастасия Владимировна**

канд. мед. наук,
ассистент кафедры дерматологии с курсом косметологии РУДН,
РФ, г. Москва
E-mail: Fedorovskaya84@yandex.ru

Жагорина Кристина Владимировна

канд. мед. наук,
ассистент кафедры дерматологии с курсом косметологии РУДН,
РФ, г. Москва
E-mail: Kristina-obydenova@yandex.ru

**DERMATOSCOPIC POSSIBILITIES OF DIAGNOSIS
OF ACTINIC KERATOSIS IN OUTPATIENT PRACTICE****Anastasiya Fedorovskaya**

Candidate of Medical Sciences,
Assistant of the Department of Dermatology with the course of Cosmetology, RUDN,
Russia, Moscow

Kristina Gagorina

Candidate of Medical Sciences,
Assistant of the Department of Dermatology with the course of Cosmetology, RUDN,
Russia, Moscow

АННОТАЦИЯ

Статья посвящена актуальным методам диагностики кожных заболеваний, при которых установление диагноза клинически не всегда возможно по ряду объективных причин. А именно, в статье рассматривается такой неинвазивный, современный, быстрый и доступный метод установления диагноза, как дерматоскопия. Дерматоскопия может применяться в своей практике врачами дерматологами, трихологами и косметологами и способствовать повышению качества диагностических мероприятий.

ABSTRACT

The article is devoted to current methods of diagnosis of skin diseases, in which the diagnosis is not always clinically possible for a number of objective reasons. Namely, the article discusses such a non-invasive, modern, fast and affordable method of diagnosis as dermatoscopy. Dermatoscopy can be used in their practice by dermatologists, trichologists and cosmetologists and contribute to improving the quality of diagnostic measures.

Ключевые слова: дерматоскопия, актинический кератоз, базально-клеточный рак, меланома, солнечный кератоз, дифференциальная диагностика.

Keywords: dermatoscopy, actinic keratosis, basal cell carcinoma, melanoma, solar keratosis, differential diagnosis.

Дерматоскопия является доступным и быстрым методом выявления доброкачественных и злокачественных новообразований кожи. Если сравнивать с обследованием невооруженным глазом, то данный диагностический подход более эффективен и должен использоваться рутинно для обследования всех пигментированных и непигментированных новообразований кожи. В особенности, дерматоскопия может быть полезна для установления ранней стадии

меланомы, когда специфические признаки заболевания еще невидимы при обычном осмотре. В связи с тем, что доступность использования поляризованных дерматоскопов высока, в последние годы стало возможным расширить амбулаторное применение дерматоскопии при непигментированных поражениях, что в свою очередь открыло новые критерии диагностики [11].

Определенный алгоритм сочетания признаков является хорошей отправной точкой для начинающих врачей, потому что он прост в использовании, точен и работает для всех типов пигментных поражений кожи, а не только для меланоцитарных. Дерматоскопия также должна использоваться для определения различных подтипов базально-клеточного рака и диагностики высоко дифференцированных от низко дифференцированных плоскоклеточных карцином с целью оптимизации терапии и лечения немеланомного рака кожи [11].

При проведении дерматоскопии мы видим определенную картину, которая обычно складывается из ряда специфических признаков. Некоторые заболевания имеют очень характерные паттерны, при виде которых можно безусловно судить о том или ином заболевании. За последние годы словарный запас дерматоскопии расширился настолько значительно, что даже специалистам стало трудно разобраться во множестве терминов. Основным мотивом для создания новых терминов было внедрение данного диагностического метода исследования в новые области и распространение поляризованных дерматоскопов в практике врачей, которые позволили наблюдать структуры, ранее невидимые с помощью не поляризованной дерматоскопии. В результате активный словарь стремительно разрастался, становясь громоздким и контрпродуктивным. Язык дерматоскопии является техническим из-за своей специфической лексики, которая непонятна вне контекста [11].

Дерматоскопия как метод диагностики удобен и быстр. И в виду его высокой точности диагностики даже предраковых заболеваний кожи, необходимо активно внедрять этот метод на уровне амбулаторного приема и обучать врачей.

Дерматоскопия может быть использована для первичной диагностики актинического кератоза, который широко распространен.

Актинический кератоз (синонимы: солнечный кератоз, старческий кератоз) (АК) – наиболее частый внутриэпидермальный рак кожи, обусловленный воздействием солнечных лучей и характеризующийся разной степенью атипии кератиноцитов. Может быть первоначальным сигналом развития плоскоклеточного рака, базальноклеточного рака и других злокачественных новообразований кожи. Проявляется в виде эритематозных, гиперкератотических, чешуйчатых папул на фоне хронического повреждения кожи солнцем. Учитывая высокую распространенность АК и потенциальную возможность злокачественной трансформации, обычно показано раннее выявление путем клинической оценки с помощью вспомогательных методов диагностики и своевременного лечения. Национальное обследование амбулаторной медицинской помощи в США показало, что АК был вторым ведущим диагнозом при посещении дерматологов и составлял 14,6% посещений дерматологов в период с 1993 по 2010 год, только в 2004 году распространенность АК в США оценивалась в 39,5 млн. [3].

Актинический кератоз обычно возникает на хронически открытых солнцу поверхностях кожи, таких как лицо, лысеющая кожа головы и дорсальные предплечья и кисти, по мере увеличения количества неопластических клеток в эпидермисе поражение становится клинически ощутимым. Важно отметить, что было показано, что субклинические АК также существуют в областях хронически открытой солнцу кожи, явление, называемое “полевым канцеризацией” [6].

В дополнение к лечению клинически очевидных поражений АК, профилактическое лечение и стратегии фотозащиты также должны быть направлены на эти области субклинического актинического повреждения.

Гистологически АК характеризуются дезорганизованной неопластической пролиферацией эпидермальных кератиноцитов. Эти кератиноциты демонстрируют увеличенное число митозов, дезорганизованную дифференцировку и ориентацию, а также ядерный плеоморфизм, при котором ядра увеличены, нерегулярны и/или гиперхроматичны с бледной или вакуолизированной эозинофильной цитоплазмой.

Наиболее критическим фактором риска, связанным с развитием АК, является кумулятивное ультрафиолетовое (УФ) повреждение. Другие факторы риска включают светлую кожу (типы кожи Фицпатрика I и II), мужской пол, облысение у мужчин, пожилой возраст, географическую широту (близость к экватору) и иммуносупрессию. В странах, таких как Австралия, которые имеют большое светлокое население и близкое расположение к экватору, имеют уровень распространенности заболевания до 40-50% среди взрослых в возрасте 40 лет и старше.

Выделяют пять клинических форм актинического кератоза (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.

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 характеризуется рогоподобной опухолью, длина которой 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 [1].

Проводя дерматоскопию выделяются признаки, которые характерны для непигментных форм АК и пигментных. Все дерматоскопические признаки имеют четкую связь с гистологическими проявлениями, и соответствуют конкретной гистопатологической структуре, в виду этого дерматоскопия выступает в качестве промежуточного звена между клиническими (макроскопическими) и гистопатологическими (микроскопическими) признаками.

Дерматоскопические признаки актинического кератоза весьма разнообразны и суммируются в две группы: признаки характерные для непигментных форм АК и признаки, встречающиеся при пигментном АК.

При дерматоскопии непигментных форм АК визуализируется характерный паттерн «клубничный узор»: на фоне эритемы визуализируется красная псевдосеть, состоящая из несфокусированных крупных сосудов, расположенных между волосяными фолликулами, окруженными белым ореолом. Кроме того, в эритематозных очагах АК, расположенных на лице, и в кератотических очагах иной локализации обнаруживаются также желтоватые кератотические пробки внутри волосяных фолликулов, напоминающие «мишень», и поверхностные чешуйки беловато-желтого цвета. Среди сосудистых структур, характерных для непигментных форм АК, помимо эритемы и красной псевдосети, часто можно найти линейные и волнистые сосуды, окружающие волосяные фолликулы, реже встречаются спиральные сосуды. Анализ дерматоскопической картины помогает проводить дифференциальный диагноз непигментного АК с эпителиальными опухолями кожи, в первую очередь с плоскоклеточным раком, базалиомой, болезнью Боуэна (рис.1) [5;9;10].



Рисунок 1. Дерматоскопическая картина непигментных форм АК: клубничный узор

При пигментной форме АК дерматоскопически визуализируются структуры, напоминающие «мишень». Они образованы отверстиями волосяных фолликулов, центр которых заполнен желтоватым ороговевающим содержимым (пробкой), снаружи окружность фолликулов окаймлена белым ореолом, вокруг волосяных фолликулов также обнаруживаются рассеянные точки и глобулы. Кроме того, точки и глобулы шиферно-серого цвета могут равномерно распределяются во всем очаге. Со временем слияние точек и глобул приводит к образованию кольцевидно-гранулярного рисунка. Пигментная псевдосеть является следствием особенности анатомической архитектуры кожи лица, может быть цветом от коричневого до черного [7;8].

Также встречаются ромбоидальные структуры и ассиметричные пигментированные волосяные фолликулы. Их наличие говорит о малигнизации процесса. Ассиметричное расположение волосяных фолликулов возникает вследствие неравномерного спуска неопластических пигментных клеток вглубь отдельных волосяных фолликулов (рис.2) [4].

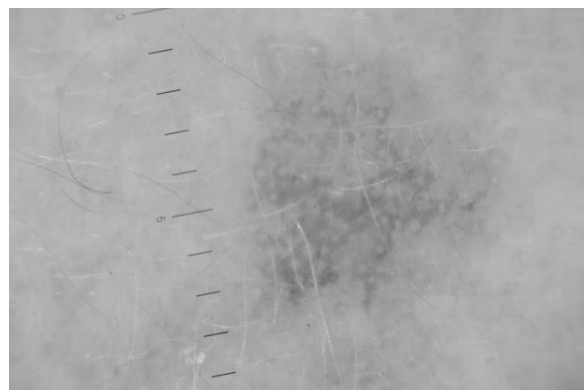


Рисунок 2. Дерматоскопическая картина пигментного АК: пигментная псевдосеть, мишеневидные структуры

Существование ромбоидальных структур связано с нарушением перемещения меланина из меланоцитов, что приводит к появлению гиперпигментированных кератиноцитов в мальпигиевом слое эпидермиса и присутствию свободных меланофагов в верхних слоях эпидермиса, что можно охарактеризовать как «феномен недержания пигмента». Редко можем встретить такие признаки как гипопигментация фолликулярных отверстий с ободком гиперпигмента по периферии. По мере пролиферации атипичных клеток, возникают однородные области, в первую очередь затрагивает этот процесс волосяные фолликулы, в дальнейшем фолликулы и вовсе «стираются», исчезают. И в связи с этим процессом, обнаруживаются при пигментном АК прослойки и полоски темного цвета, свидетельствующие о злокачественном росте очага [2].

Дерматоскопическое исследование помогает проводить дифференциальную диагностику пигментной формы АК со злокачественным лентиго, пигментной формой болезни Боуэна, себорейным кератозом.

Таким образом, АК имеет специфические признаки при дерматоскопическом исследовании, которые помогают дифференцировать его от доброкачественных и злокачественных образований кожи, а также диагностировать его на самых ранних стадиях

не прибегая к инвазивным методикам. Эффективная диагностика АК снизит риск злокачественной трансформации и будет способствовать выбору адекватной и необходимой тактики лечения.

Список литературы:

1. Молочков В.А., Молочков А.В. Клиническая дерматоонкология. М.: Из-во студия МДВ, 2011. – 340 с., илл., табл. с.74,75.
2. Akay B.N., P. Kocyigit, A.O. Neper and C. Erdem. Dermatoscopy of flat pigmented facial lesions: diagnostic challenge between pigmented actinic keratosis and lentigo maligna. J British Association of Dermatologists 2010 163, pp. 1212–1217
3. Errichetti E, Stinco G. Dermatoscopy in life-threatening and severe acute rashes. Clin Dermatol. 2020 Jan-Feb; 38(1):113-121. doi: 10.1016/j.clindermatol.2019.10.013. Epub 2019 Nov 11.
4. Fernandez Figueras MT From actinic keratosis to squamous cell carcinoma: pathophysiology revisited. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2017 Mar;31 Suppl 2:5-7. doi: 10.1111/jdv.14151.
5. Iris Zalaudek, Jurgen Kreusch, Jason Giacomel, Gerardo Ferrara, Caterina Catricala and Giuseppe Argenziano. How to diagnose nonpigmented skin tumors: A review of vascular structures seen with dermoscopy Part I. Melanocytic skin tumors . J AM ACAD DERMATOL VOLUME 63, NUMBER 3, 2010: 361-373
6. Hashim PW, Chen T, Rigel D, Bhatia N, Kircik LH Actinic Keratosis: Current Therapies and Insights Into New Treatments..J Drugs Dermatol. 2019 May 1;18(5):s161-166.
7. Ji Hyun LEE, Chae Young WON, Gyong Moon KIM, Si Yong KIM. Dermoscopic features of actinic keratosis and follow up with dermoscopy: A pilot study. Journal of Dermatology 2014; 41: 487–493.
8. Ketty Peris, Tamara Micantonio, Domenico Piccolo, Maria Concetta Fargnoli. Dermoscopic features of actinic keratosis J Dtsch Dermatol Ges. 2007 Nov;5(11):970-6. Epub 2007 Oct 1.
9. Siegel JA, Korgavkar K, Weinstock MA. Current perspective on actinic keratosis: a review. Br J Dermatol. 2017 Aug;177(2):350-358. doi: 10.1111/bjd.14852. Epub 2016 Aug 8.
10. Zalaudek J. Giacomel G. Argenziano R. Hofmann-Wellenhof T. Micantonio A. Di Stefani, M. Oliviero, H. Rabinovitz, H.P. Soyer and K. Peris. Dermoscopy of facial nonpigmented actinic keratosis. CLINICAL AND LABORATORY INVESTIGATIONS DOI 10.1111/j.1365- 2133.2006.07426.x
11. Weber P, Tschandl P, Sinz C, Kittler H. Dermatoscopy: Instrumental Update. Curr Treat Options Oncol. 2018 Sep 20; 19(11):56. doi: 10.1007/s11864-018-0573-6.