

**ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ  
МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ  
ДЕРМАТОЛОГІЇ,  
ВЕНЕРОЛОГІЇ  
ТА ВІЛ/СНІД-ІНФЕКЦІЇ**

**МАТЕРІАЛИ НАУКОВОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ**

*присвяченої 160-річчю професора М.В. Тупцева*

За редакцією проф. А.М.Дашука

Харків  
2020

ББК 55.83

УДК:616.5 + 616.97 + 687.55 + 614.2

А 45

Редакційна колегія: проф. В.А.Капустник, чл.-кор. НАМН України, проф. В.М.Лісовий, проф. Ю.В.Андрашко, доц. О.Д.Александрук, проф. С.А. Бондар проф. Л.А.Болотна, проф. А.М.Дашук (відп. редактор), проф. О.І.Денисенко, доц. Є.І.Добрянська (секретар), проф. А.Д.Дюдюк, проф. Л.Д.Калюжна, проф. В.Г.Кравченко, проф. Я.Ф.Кутасевич, проф. М.М.Лебедюк проф. Літус А.І., проф. Макуріна Г.І., проф. В.В.М'ясоєдов, доц. Л.В.Рошенюк, проф. О.О.Сизон, проф. В.І.Степаненко

Адреса редакційної колегії: Україна, 61002, Харків, узвіз Куликівський, 15, кафедра дерматології, венерології та СНІДу, тел. (057) 700-41-33, e-mail: kafedradermahnmu@gmail.com

У збірнику наукових праць кафедри дерматовенерології Харківського національного медичного університету висвітлено вклад професора М.В.Типцева в історії становлення і розвитку кафедри. Розглянуто питання етіопатогенезу, клініки, діагностики та лікування низки шкірно-венеричних хвороб.

Для науковців, фахівців.

А 45 Актуальні питання дерматології, венерології таі ВІЛ/СНІД інфекції:

Збірник наукових праць. – Х.: , 2020. – 351 с.

**ISBN 978-966-97945-8-1**

В сборнике научных трудов кафедры дерматовенерологии Харьковского национального медицинского университета отражен вклад профессора М.В.Типцева в истории становления и развития кафедры. Рассмотрены вопросы этиопатогенеза, клиники, диагностики и лечения ряда кожных болезней.

Для научных работников, специалистов.

*Редакційна колегія не завжди поділяє думки і погляди авторів. Відповідальність за зміст, підбір і викладення фактів у статтях несуть автори.*

*Відповідно до Закону України «Про авторське право і суміжні права» під час використання наукових ідей і матеріалів цього збірника посилання на авторів і видання є обов'язковим.*

ISBN 978-966-97945-8-1

ББК 55.83

© Харківський  
національний  
медичний університет,  
2020

## **II. ШКІРНІ ХВОРОБИ**

УДК: 616.5-003.87-036-07-085

### **СЕБОРРЕЙНЫЙ КЕРАТОЗ: КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ**

Дащук А.М., Добржанская Е.И.

*Харьковский национальный медицинский университет*

**Ключевые слова:** себорейный кератоз, кожный рог, сенильная себорейная гиперплазия, невус себорейный, клиника, лечение.

Себорейный кератоз (СК) и невусы являются наиболее распространенными доброкачественными новообразованиями кожи. У большинства людей развивается по крайней мере один СК в какой-то момент своей жизни. Термин старческий кератоз не подходит для этих поражений. Число варьируется от менее 20 у большинства людей до многочисленных поражений. Они могут возникнуть на любой волосистой поверхности головы, туловища, конечностей и половых органов. Они не встречаются на губах, ладонях или подошвах.

Поверхность СК либо гладкая, с крошечными круглыми вставленными жемчужинами, либо шероховатая, сухая и с трещинами. СК резко очерчены и имеют диаметр от 0,2 до более 3 см. Они, кажется, прилипают к поверхности кожи и, фактически, развиваются внутри эпидермиса. Характеристики поверхности варьируются в зависимости от возраста поражения и его местоположения. Те, что на конечностях, часто тонкие, плоские, минимально приподняты и слегка чешуйчатые с подчеркнутыми линиями кожи. Поражения на лице и туловище значительно различаются по внешнему виду, но общими для всех поражений являются хорошо очерченная граница, внешний вид и измененный желто-коричневый-черный цвет. Когда граница имеет зазубрины, СК напоминает злокачественную меланому.

Опухоли с гладкой поверхностью, куполообразные, имеют белый или черный цвет, имеют диаметр 1 мм и как бы встроены в поверхность. Эти жемчужины легко увидеть с помощью ручной линзы. Наличие роговых кист на поверхности помогает подтвердить диагноз СК. Роговые кисты также обнаруживаются на поверхности некоторых кожных невусов. Грубые поверхности СК являются наиболее распространенными. Они представляют собой овальные, плоские образования с зернистой или неровной поверхностью.

Себорейный кератоз и злокачественная меланома.

Многие пациенты имеют темные, иногда раздраженные СК и беспокоятся о том, что они являются меланомами. СК может демонстрировать многие признаки злокачественной меланомы, в том числе неправильную границу и переменную пигментацию. Основными отличительными признаками диагностики являются характеристики поверхности. Меланомы имеют гладкую поверхность, которая

варьируется по высоте и по цвету, плотности и оттенку. СК сохраняют однородный внешний вид по всей своей поверхности. Многие СК встречаются в зонах, подверженных воздействию солнца.

Когда клинический диагноз СК ставится с уверенностью, поражение часто оставляют без лечения или используют деструктивный метод удаления. Точность диагностики должна быть высокой, чтобы оправдать такую практику, которая не дает материала для гистопатологического подтверждения. Чрезвычайно высокая точность диагностики более чем в 99% оправдывает обычную клиническую практику. Биопсия должна быть выполнена в случаях диагностического сомнения.

СК могут быть источником зуда, особенно у пожилых людей, которые имеют тенденцию бессознательно расчесывать эти выпуклые образования. Раздражение может усугубляться натиранием от одежды или мацерацией под грудью или в паху. При воспалении СК становятся слегка отекшими и образуют красные пятна на окружающей коже. Зуд и эритема могут появиться спонтанно в других СК, которые не подвергались таким воздействиям. Вокруг СК может появиться ореол эритемы, воспаленная граница красная с чешуйками. Единственным способом лечения является применение местных стероидов или удаление всех воспаленных очагов. При продолжающемся воспалении СК теряет большинство своих нормальных характеристик и становятся ярко-красными с рыхлой поверхностью, которая сильно зудит и напоминает меланому или пиогенную гранулему.

Лечение. Повреждения удаляются с косметическими целями. Поскольку эти новообразования появляются полностью внутри эпидермиса, хирургическое удаление не требуется. Их легко удалить с помощью криохирургии или кюретажа. Повреждения, подлежащие удалению, сначала анестезируют с помощью ксилокаина, вводимого иглой. СК на лице или на других участках с тонкой подкожно-жировой клетчаткой можно размягчить перед удалением электрической иглой. Некоторые повреждения плотно прикреплены к коже и трудно поддаются выскабливанию, другие находятся на участках, на которых трудно удалять, таких как веко. Криохирургия эффективна для тонких СК.

#### Кожный рог

Кожный рог выглядит как твердое, конической формы образование из кератина и напоминающей рог животного. Часто встречается на лице, ушах и руках и может стать очень длинным. Бородавки, СК, актинический кератоз и плоскоклеточный рак могут также увеличивать содержание кератина и напоминать рог. Криохирургия, электрокоагуляция - это формы удаления.

#### Фиброма кожи

Дерматофибромы являются распространенными, доброкачественными, бессимптомными или слегка зудящими поражениями. Их количество варьируется от 1 до 10 и может быть найдено в любом месте на конечностях и туловище. Дерматофибромы не могут быть опухолями; скорее они могут представлять собой фиброзную реакцию на травму, вирусную инфекцию или укус насекомого. Они выглядят как образования 3-10 мм, слегка приподнятые, розовато-коричневые, иногда с чешуйками. Они втягиваются под поверхность кожи при попытках сжать и поднять их большим и указательным пальцами. Множественные дерматофибромы (более 15) очень редки, но могут встречаться при системной красной волчанке и иммуносупрессивной терапии. При дерматоскопическом исследовании выявляется центральное белое рубцевидное пятно и тонкая пигментная сеть на периферии.

Лечение. Чаще удаляют с помощью криотерапии. Потом область остается твердой, потому что часть волокнистой ткани в дерме осталась. Коричневый цвет может появиться при некоторых поражениях.

#### Сенильная себорейная гиперплазия

Сенильная гиперплазия сальных желез состоит из небольших опухолей, состоящих из увеличенных сальных желез. Они выглядят как бледно-желтые, слегка приподнятые папулы; со временем они становятся желтыми, куполообразными с пупообразным вдавлением. Старческая себорейная гиперплазия с телеангиэктазией может быть ошибочно принята за базально-клеточный рак. Тем не менее, при тщательном осмотре поверхности с помощью ручной линзы выявляется случайное распределение сосудов на поверхности базально-клеточного рака, тогда как сосуды при себорейной гиперплазии возникают только между маленькими желтыми долями элементов. Поражения возникают после 30 лет, у 25% населения и постепенно становятся более многочисленными. Нет никакой связи между типом кожи и появлением этих поражений. Они обычно находятся на лбу, щеках, нижней части век, носу и редко на вульве. Этиология остается неясной; хроническое солнечное воздействие не является вероятной причиной.

Лечение состоит в удалении приподнятой части папулы. Поверхностная часть поражения может быть удалена при бритье или разрушена с помощью поверхностной или глубокой электрохирургии. Трихлоруксусная кислота может быть использована для лечения. Небольшое количество кислоты аккуратно наносится на поверхность деревянной палочкой-аппликатором. Ощущение покалывания происходит и длится в течение 24 часов. Мазь Полиспорин применяется два раза в день в течение 1 недели. Обработанная область образует корку, заживает с остаточной эритемой, которая со временем

исчезает. Большинство поражений регрессируют после одной обработки тремя пакетными импульсами импульсного лазера на красителе с длиной волны 585 нм. Пероральный изотретиноин в очень низких дозах (от 10 до 20 мг в день) значительно эффективен для пациентов с многочисленными поражениями. Все поражения исчезают в течение 2 недель, но повторяются после прекращения приема лекарств. Пациенты часто могут получать лечение низкими дозами изотретиноина (например, 10 мг один или два раза в неделю). Предполагается, что более длительное лечение (более 12 недель) может привести к перифолликулярному фиброзу в области, ранее занимаемой сальной железой, и может дать долгосрочную ремиссию.

#### Невус себорейный

Nevus sebaceous - чаще всего встречается на коже головы, за которым следуют лоб и область ретроаурикулярной области. Вовлечение шеи и туловища является редким. В двух третях они случаются присутствуют при рождении; другие развиваются в младенчестве или раннем детстве. Очень редкий тип себорейного невуса - синдром Jadassohn, который состоит из триады: линейного себорейного невуса, конвульсий и умственной отсталости. Различные врожденные пороки развития глазной, скелетной, сосудистой и мочеполовой систем были описаны в связи с себорейным невусом. У пациентов с сальными невусами сообщалось о неврологических нарушениях, но их частота низкая. Рекомендуется, чтобы пациенты с себорейными невусами прошли неврологическое обследование. Большинство поражений носят спорадический характер, однако есть сообщения о случаях наследственных себорейных невусов.

Высыпания от овальных до линейных, варьирующихся от 0,5-1 см до 7-9 см. Существует трехэтапная эволюция невоидного состояния (новорожденного, полового созревания, взрослого) параллельна естественной гистологической дифференцировке нормальных сальных желез. Поражения у младенцев и детей младшего возраста - от гладких до мягких, восковых, безволосых утолщений. В период полового созревания наблюдается массовое развитие сальных желез с гиперплазией эпидермиса внутри поражений. На этой стадии они клинически изменяются, развивая неровную шероховатую поверхность, покрытую многочисленными, тесно сгруппированными, желтыми или темно-коричневыми папулами. Когда эта трансформация становится заметной, родители начинают беспокоиться и обращаться за медицинской помощью. Примерно в 20% случаев третья фаза эволюции включает развитие вторичной неоплазии в массе невуса.

В ряде случаев могут возникнуть доброкачественные и злокачественные новообразований. Частота злокачественных опухолей очень низкая, доброкачественные новообразования распространены. Трихобластома, а не базальноклеточная карцинома, является наиболее

частой фолликулярной опухолью, появляется чаще у женщин. Большинство опухолей встречаются у взрослых старше 40 лет; поэтому профилактическая хирургия у детей младшего возраста часто используется.

Хирургическое иссечение является наиболее эффективным лечением. Попытки локального разрушения с помощью электрокоагуляции или криохирургии могут привести к рецидивам.

Литература.

1. Дашук А.М. Кожные болезни. Х.: ТОВ «ЕСТЕТ ПРИНТ », 2019:139с.

2. Вольф К., Лоуэлл А. Голдсмит, Стивен И. Кац и др. Дерматология Фицпатрика в клинической практике: в 3 Т. Пер. с англ., общ. ред. Акад. А.А.Кубановой. М.: Издательство Панфилова; БИНОМ. Лаборатория знаний; 2012 - Т 3. – С.

3. Степаненко В.И., Сизон О.О., Шупенько Н.М. и др. Дерматология, венерология: учебник. К.:КИМ. 2012:904с.

4. Хэбиф П.М. Кожные болезни. Диагностика и лечение. Пер. с англ. М.: Практика; 2007: 672 с.

### **СЕБОРЕЙНЫЙ КЕРАТОЗ: КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ**

Дашук А.М., Добржанская Е.И.

В данной статье рассматривается клиника, диагностики и лечение себорейного кератоза. Себорейный кератоз (СК) и невусы являются наиболее распространенными доброкачественными новообразованиями кожи. У большинства людей развивается, по крайней мере, один СК в какой-то момент своей жизни.

### **СЕБОРЕЙНИЙ КЕРАТОЗ: КЛІНІКА, ДІАГНОСТИКА, ЛІКУВАННЯ**

Дашук А.М., Добржанская Е.И.

У даній статті розглядається клініка, діагностика і лікування себорейного кератозу. Себорейний кератоз (СК) і невуси є найбільш поширеними доброякісними новоутвореннями шкіри. У більшості людей розвивається, що найменше, один СК в якийсь момент свого життя.

### **SEBORRHEIC KERATOSIS: CLINIC, DIAGNOSTICS, TREATMENT**

Dashchuk A.M., Dobrzhanskaya E.I.

This article discusses the clinical picture, diagnosis and treatment of seborrhea keratosis. Seborrheic keratosis (SK) and nevi are the most common benign skin lesions. Most people develop at least one SK at some point in their lives.