

УДК 616.5-003.871

<https://doi.org/10.33619/2414-2948/46/04>

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ АКТИНИЧЕСКОГО КЕРАТОЗА

©*Курбанова Б. Ч., Киргизская государственная медицинская академия
им. И.К. Ахунбаева, г. Бишкек, Кыргызстан, lilac_09@bk.ru*

PREVALENCE OF THE ACTINIC KERATOSES VARIOUS FORMS

©*Kurbanova B., Kyrgyz State Medical Academy of I.K. Akhunbayev,
Bishkek, Kyrgyzstan, lilac_09@bk.ru*

Аннотация. Проведен литературный обзор по распространенности различных форм актинического кератоза в различных странах мира. Актинический кератоз часто встречающийся предраковый дерматоз, который связан с длительным, повторным интенсивным воздействием на кожу ультрафиолетового излучения. Очаги поражения образуются на открытых участках кожи, в основном на лице, шее, предплечьях и кистях, вследствие интраэпидермальной дисплазии различной степени выраженности. По мнению некоторых авторов актинический кератоз является начальной стадией развития плоскоклеточного рака кожи. Высокий уровень заболеваемости актиническим кератозом зависит от степени интенсивности солнечного излучения. Наиболее чаще заболевание развивается у светлокотых жителей в 1–11 фототипами кожи. Встречается у 11–26% белых американцев в возрасте от 40 лет и старше, у 19–24% жителей Великобритании, от 40 до 60% населения Австралии. Причинами являются интенсивное солнечное воздействие, близкое расположением к экватору, отношение большей части населения к так называемому кельтскому типу, при которой отмечается дефицит факторов естественной защиты от ультрафиолета. Также, имеет значение популярные спортивные мероприятия, которые проводятся на открытом воздухе. В основном болеют преимущественно мужчины, в возрасте 50 лет и старше. Также заболевание встречается у пожилых мужчин, реципиентов внутренних органов и больных, получающих иммуносупрессивную терапию. По полученным результатам рядом авторов анализ дерматоскопической картины выявлены наиболее характерные признаки для каждой формы актинического кератоза. Также показан характер распространенности патологического процесса. Высокий уровень заболеваемости актиническим кератозом зависит от степени интенсивности и длительности воздействия солнечного излучения. Эффективная диагностика актинического кератоза позволяет уменьшить риск злокачественной трансформации заболевания и способствует правильному выбору наиболее адекватной и необходимой тактики лечения.

Abstract. In this article the literary review of scientific literature on prevalence of various forms of an actinic keratosis is carried out worldwide. Actinic keratosis often found preconcert dermatosis, which is connected with long, repeated intensive impact on skin of ultra-violet radiation. The centers of defeat are formed on open sites of skin, generally on a face, a neck, forearms and brushes, owing to an intraepidermal dysplasia of various degree of expressiveness. According to some authors of actinic keratosis is an initial stage of development of planocellular cancer of skin. The high incidence of an actinic keratosis depends on degree of intensity of sunlight. Most more often the disease develops at white-skinned inhabitants at 1–11 skin prototypes. Meets at 11–26% of white Americans aged from 40 years and is more senior, at 19–24% of residents of Great Britain, from 40 to 60% of the population of Australia. Are the reasons the intensive solar influence close arrangement to the equator, the relation of the most part of the population to so-called Celtic type at which the deficiency of factors of natural protection against ultraviolet is noted. Also,

matters popular sporting events which are held in the open air. Generally men are ill mainly, at the age of 50 years and are more senior. Also the disease occurs in elderly men, recipients of the internals and patients receiving immunosuppressive therapy. By the received results a number of authors the analysis of a dermatoscopic picture revealed the most characteristic signs for each form of an actinic keratosis. The nature of prevalence of pathological process is also shown. The high incidence of an actinic keratosis depends on degree of intensity and duration of impact of sunlight. Effective diagnostics of an actinic keratosis allows to reduce risk of malignant transformation of a disease and promotes a right choice of the most adequate and necessary tactics of treatment.

Ключевые слова: актинический кератоз, дерматоскопия, злокачественная трансформация, карцинома, кельтский тип, солнечный кератоз, старческий кератоз, плоскоклеточный рак кожи, распространенность, ультрафиолетовое излучение.

Keywords: actinic keratosis, dermoscopy, malignant transformation, carcinoma, celtic type, solar keratoses, senile keratoses, planocellular cancer of skin, prevalence, ultra-violet radiation.

Актинический кератоз (солнечный или старческий кератоз) — это часто встречающийся предраковый дерматоз, связанный с длительным, повторным интенсивным воздействием на кожу ультрафиолетового излучения. Как правило, образуется на открытых участках кожи, в основном на лице, шее, предплечьях и кистях, вследствие интраэпидермальной дисплазии различной степени выраженности [1, с. 7; 2, с. 126; 3, с. 8; 4, с. 10; 5, с. 45; 6, с. 9; 7, с. 34; 8, с. 12; 9, с. 3; 10, с. 785; 11, с. 462; 12, с. 42; 13, с. 965; 14, с. 262].

При отсутствии лечения и продолжающемся воздействии ультрафиолетового излучения возможна трансформация актинического кератоза в плоскоклеточную карциному. Результаты клинических и гистологических исследований показали, что у 19,3% пациентов плоскоклеточный рак кожи развился на фоне данного заболевания. По мнению некоторых авторов актинический кератоз является начальной стадией развития плоскоклеточного рака (*carcinoma in situ*). Актинический кератоз имеет невысокую пролиферативную активность клеток, в сравнении с раком *in situ* и плоскоклеточной карциномой [15, с. 31].

Материалы и методы исследования. Изучены литературные источники по проблеме, распространенности различных форм актинического кератоза.

Результаты исследования и обсуждение. Высокий уровень заболеваемости актиническим кератозом зависит от степени интенсивности солнечного излучения. Наиболее чаще развивается у светлокожих жителей в 1–11 фототипами кожи. По данным некоторых авторов, в США у 11–26% белых американцев в возрасте от 40 лет и старше отмечается хотя бы один очаг актинического кератоза. Среди жителей Великобритании встречается у 19–24%. Наиболее высокая заболеваемость актиническим кератозом отмечается в Австралии. Так, от 40% до 60% населения страдают данным заболеванием. Это связано с интенсивным солнечным воздействием, близким расположением к экватору, а также тем, что большая часть населения относится к так называемому кельтскому типу, которые имеют дефицит факторов естественной защиты от ультрафиолета. Также, в стране имеют большую популярность такие спортивные мероприятия, проводимые на открытом воздухе, как гольф, теннис, серфинг и др. [16, с. 742; 12, с. 44].

Распространенность актиническим кератозом в Японии составляет до 5% [13, с. 965]. Встречается у населения, проживающего в тропических и субтропических широтах при избыточном солнечном излучении. Чаще болеют преимущественно мужчины, в возрасте 50 лет и старше. В основном, возникает у лиц со светлой тонкой кожей, рыжими светлыми или

светло–русыми волосами, а также светлыми глазами [11, с. 466]. Следует отметить, что среди населения негроидной расы случаи актинического кератоза не встречались [17, с. 1718].

Острый актинический кератоз наблюдается у лиц, получивших большую дозу солнечного излучения за короткое время, хронический — у регулярно облучаемых в течение всей жизни лиц, в результате чего накапливается значительная доза инсоляции [1, с. 39]. Заболевание чаще встречается у пожилых мужчин, реципиентов внутренних органов и больных, получающих иммуносупрессивную терапию [15, с. 31; 18, с. 18].

Важным является возраст, когда человек получил наибольшую кумулятивную дозу ультрафиолетового облучения. Такое воздействие в детском возрасте наиболее опасно и способствует развитию болезни [14, с. 152; 15, с. 32].

Быстрый рост очагов актинического кератоза с резкими границами и неправильными очертаниями указывает на возможную трансформацию в плоскоклеточный рак, вызывающий необходимость проведения гистологического исследования [16, с. 741].

По данным А. Н. Хлебниковой и соавт. (2017) среди 204 очагов эритематозная форма встречалась в 160 (78,4%), кератотическая — в 24 (11,8%), пигментная — в 20 случаях (9,8%). Наиболее частыми дерматоскопическими признаками явились эритема (90,2%), сосудистые структуры (67,65%), кератиновые чешуйки (51,47%), псевдосетка (23,04%). Анализ дерматоскопической картины позволил выявить наиболее характерные признаки для каждой формы. При этом, детальное изучение сосудистых структур позволяет проводить дифференциальный диагноз с раком *in situ*. При актиническом кератозе наблюдались точечные и клубочковые сосуды не более, чем в 10% случаев. Это имело значение при дифференциальной диагностике от рака *in situ*, когда подобные сосуды встречались в 40%. Клубочковые сосуды не встречались, а точки отмечались только в 2,4% случаев. Кератотическая форма характеризовалась в 100% случаев наличием кератиновых чешуек. При пигментной форме выявлялись темно-коричневые прожилки (80% случаев), темно-коричневые точки (50%), коричневые глобулы (30%), темнокоричневые кляксы (10%) и шиферно-серые точки (10%). Но золотым стандартом дифференциального диагноза со злокачественным лентиго является морфологическое исследование [5, с. 45].

В исследованиях К. А. Чангян (2011) при проведении клинического обследования 80 больных актиническим кератозом — жителей Московской области, установлено, что очаги актинического кератоза в 95,3% случаев располагались на открытых участках кожи и были представлены эритематозной (70,2%), кератотической (21,4%), пигментной (5,6%) формами и в 2,8% случаев пролиферативным вариантом этого заболевания, в 81,2% случаев патологический процесс носил ограниченный, в 18,8% диффузный характер [9, с. 23].

Одним из основных неинвазивных методов диагностики злокачественных новообразований кожи, а также оценки состояния кожи при хронических дерматозах является ультразвуковое исследование кожи. Так, Е. В. Селезневой разработан и внедрен в практику ультразвуковой метод диагностики актинического кератоза. Выявлен основной ультразвуковой признак: наличие полосовидной гипоехогенной зоны в различных отделах дермы, совпадающей с распределением эластина в дерме. Ширина гипоехогенной зоны позволяет опосредованно судить о пролиферативной активности клеток эпидермиса [6, с. 5].

Наиболее эффективным методом лечения актинического кератоза является фотодинамическая терапия, в основе которой лежит фотохимическая реакция в ткани фотосенсибилизатора со светом в присутствии кислорода, ведущее к образованию активных кислородных частиц, оказывающих повреждающее действие на сосуды опухоли. В работе К. А. Чангян показана высокая эффективность фотодинамической терапии с применением фотосенсибилизатора «Фотодитазин» при различных клинических формах ограниченного и

диффузного актинического кератоза, проявляющаяся меньшей частотой побочных реакций, снижением сроков эпителизации очагов поражения и улучшением косметических результатов [9, с. 7].

По данным Т. Е. Суховой и соавт. целесообразно применение фотодинамической терапии в целях профилактики перехода актинического кератоза в злокачественные новообразования и устранения косметических дефектов кожи [19, с. 8].

Своевременное лечение актинического кератоза является мерой профилактики перехода в злокачественную форму [7, с. 34].

Заключение

Актинический кератоз является часто встречающимся предраковым дерматозом, связанный с длительным, повторным интенсивным воздействием на кожу ультрафиолетового излучения. Высокий уровень заболеваемости актиническим кератозом зависит от степени интенсивности солнечного излучения. Эффективная диагностика актинического кератоза позволяет уменьшить риск злокачественной трансформации и способствует выбору адекватной и необходимой тактики лечения.

Список литературы:

1. Иванова М. С., Васенова В. Ю., Бутов Ю. С., Ахтямов С. Н., Волченков И. Г. Клинико-морфологическая характеристика актинических кератозов и их терапия с применением фотодинамической терапии // Российский журнал кожных и венерических болезней. 2013. №2. С. 7-10.
2. Хлебникова А. Н. Патоморфологические особенности актинического кератоза // Актуальные вопросы дерматовенерологии и дерматоонкологии. 2010. С. 126-130.
3. Хлебникова А. Н., Селезнева Е. В. Актинический кератоз // Дерматология. Приложение к журналу consilium medicum. 2010. №2. С. 8-12.
4. Хлебникова А. Н., Бобров М. А., Селезнева Е. В., Чанглян К. А. Морфологические особенности актинического кератоза // Российский журнал кожных и венерических болезней. 2012. № 2. С. 10-14.
5. Хлебникова А. Н., Обыденнова К. В., Седова Т. Г., Андрюхина В. В. Диагностика актинического кератоза методом дерматоскопии. Вестник дерматологии и венерологии. 2017. №2: С. 45-52. <https://doi.org/10.25208/0042-4609-2017-0-2-45-52>
6. Селезнева Е. В. Совершенствование диагностики актинического кератоза на основании изучения иммуноморфологических и ультразвуковых особенностей: автореф. ... канд. мед. наук. М. 2012. 24 с.
7. Васенова В. Ю., Бутов Ю. С., Иванова М. С. Особенности патогенеза, клинической картины и лечения актинического кератоза // Российский журнал кожных и венерических болезней. 2017. №20 (1). С. 34-37.
8. Молочков В. А., Молочков А. В., Хлебникова А. Н., Бобров М. А., Прокофьев А. А., Селезнева Е. В. Кератоз лихеноидный доброкачественный // Российский журнал кожных и венерических болезней. 2011. №3. С. 12-14.
9. Чанглян К. А. Фотодинамическая терапия актинического кератоза: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М. 2011. 24 с.
10. Alam M. Actinic keratoses: prevalence, pathogenesis, presentation and prevention // Adv. Stud. Med. 2006. Vol. 6, №8A. P. 785-790.

11. Cockerell C. J., Wharton J. R. New histopathological classification of actinic keratosis (incipient intraepidermal squamous cell carcinoma) // *Journal of drugs in dermatology: JDD*. 2005. V. 4. №4. P. 462-467. PMID:16004019
12. Strunk T., Braathen L.R., Szeimies R. Actinic keratoses - a systemic review // *Вестник дерматологии и венерологии*. 2014. №5. С. 32-41. <https://doi.org/10.25208/0042-4609-2014-0-5-32-41>
13. Ishioka P., Marques S. A., Hirai A. T., Marques M. E., Hirata S. H., Yamada S. Prevalence of precancerous skin lesions and non-melanoma skin cancer in Japanese-Brazilians in Bauru, São Paulo State, Brazil // *Cadernos de saude publica*. 2009. V. 25. P. 965-971.
14. Wolff K., Goldsmith L. A., Katz S. I., Gilchrest B. A., Paller A. S., Leffell D. J. *Fitzpatrick's dermatology in general medicine*, 2 volumes // *Transplantation*. 2008. V. 85. №654. 398 p.
15. Lebwohl M. Actinic keratosis: epidemiology and progression to squamous cell carcinoma // *British Journal of Dermatology*. 2003. V. 149. P. 31-33. <https://doi.org/10.1046/j.0366-077X.2003.05621.x>
16. Gloster Jr H. M., Neal K. Skin cancer in skin of color // *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2006. V. 55. №5. P. 741-760. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2005.08.063>
17. Morton C. A., Wulf H. C., Szeimies R. M., Gilaberte Y., Basset-Seguin N., Sotiriou E., ... Braathen L. R. Practical approach to the use of daylight photodynamic therapy with topical methyl aminolevulinate for actinic keratosis: a European consensus // *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*. 2015. V. 29. №9. P. 1718-1723. <https://doi.org/10.1111/jdv.12974>
18. Roewert-Huber J., Stockfleth E., Kerl H. Pathology and pathobiology of actinic (solar) keratosis—an update // *British Journal of Dermatology*. 2007. V. 157. P. 18-20. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2133.2007.08267.x>
19. Сухова Т. Е., Молочков В. А., Романко Ю. С., Чанглян К. А., Третьякова Е. И. Фотодинамическая терапия актинического кератоза с аппликационным применением «Фотодитазина» // *Российский журнал кожных и венерических болезней*. 2010. №5. С. 4-8.

References:

1. Ivanova, M. S., Vasenova, V. Yu., Butov, Yu. S., Akhtyamov, S. N., & Volchenkov, I. G. (2013). Clinical Morphological Characteristics of Actinic keratoses and Photodynamic therapy Thereof. *Russian Journal of Skin and Venereal Diseases [Rossiiskii Zhurnal Kozhnykh i Venericheskikh Boleznej]*, (2). 7-10.
2. Khlebnikova, A. N. (2010). Patomorfologicheskie osobennosti aktinicheskogo keratoza. In *Aktual'nye voprosy dermatovenerologii i dermatoonkologii*, 126-130.
3. Khlebnikova, A. N., & Selezneva, E. V. (2010). Aktinicheskii keratoz. *Dermatologiya. Prilozhenie k zhurnalu consilium medicum*, (2). 8-12.
4. Khlebnikova, A. N., Bobrov, M. A., Selezneva, E. V., & Changlyan, K. A. (2012). Morfologicheskie osobennosti aktinicheskogo keratoza. *Rossiiskii zhurnal kozhnykh i venericheskikh boleznei*, (2). 10-14.
5. Khlebnikova, A. N., Obydenova, K. V., Sedova, T. G., & Andrukhina, V. V. (2017). Diagnosis of actinic keratosis by dermatoscopy. *Vestnik dermatologii i venerologii*, (2). 45-52. <https://doi.org/10.25208/0042-4609-2017-0-2-45-52>
6. Selezneva, E. V. (2012). Sovershenstvovanie diagnostiki aktinicheskogo keratoza na osnovanii izucheniya immunomorfologicheskikh i ul'trazvukovykh osobennostei: *avtoref. ... kand. med. nauk. Moscow*, 24.

7. Vasenova, V. Yu., Butov, Yu. S., & Ivanova, M. S. (2017). Features of patogenesis, clinical presentation and treatment of actinic ceratosis. *Russian Journal of Skin and Venereal Diseases*, 20(1). 34-37.
8. Molochkov, V. A., Molochkov, A. V., Khlebnikova, A. N., Bobrov, M. A., Prokofev, A. A., & Selezneva, E. V. (2011). Keratoz likhenoidnyi dobrokachestvennyi. *Rossiiskii zhurnal kozhnykh i venericheskikh boleznei*, (3). 12-14.
9. Changlyan, K. A. (2011). Fotodinamicheskaya terapiya aktinicheskogo keratoza: avtoref. dis. ... kand. med. nauk. Moscow. 24.
10. Alam, M. (2006). Actinic keratoses: prevalence, pathogenesis, presentation, and prevention. *Adv Stud Med*, 6(8A), 785-790.
11. Cockerell, C. J., & Wharton, J. R. (2005). New histopathological classification of actinic keratosis (incipient intraepidermal squamous cell carcinoma). *Journal of drugs in dermatology: JDD*, 4(4), 462-467. PMID:16004019
12. Strunk, T., Braathen, L. R., & Szeimies, R. (2014). Actinic keratoses - a systemic review *Vestnik dermatologii i venerologii*, (5). 32-41. <https://doi.org/10.25208/0042-4609-2014-0-5-32-41>
13. Ishioka, P., Marques, S. A., Hirai, A. T., Marques, M. E., Hirata, S. H., & Yamada, S. (2009). Prevalence of precancerous skin lesions and non-melanoma skin cancer in Japanese-Brazilians in Bauru, São Paulo State, Brazil. *Cadernos de saude publica*, 25, 965-971.
14. Wolff, K., Goldsmith, L. A., Katz, S. I., Gilchrest, B. A., Paller, A. S., & Leffell, D. J. (2008). Fitzpatrick's dermatology in general medicine, 2 volumes. *Transplantation*, 85(654). 398.
15. Lebwahl, M. (2003). Actinic keratosis: epidemiology and progression to squamous cell carcinoma. *British Journal of Dermatology*, 149, 31-33. <https://doi.org/10.1046/j.0366-077X.2003.05621.x>
16. Gloster Jr, H. M., & Neal, K. (2006). Skin cancer in skin of color. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 55(5), 741-760. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2005.08.063>
17. Morton, C. A., Wulf, H. C., Szeimies, R. M., Gilaberte, Y., Basset-Seguín, N., Sotiriou, E., ... & Braathen, L. R. (2015). Practical approach to the use of daylight photodynamic therapy with topical methyl aminolevulinate for actinic keratosis: a European consensus. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 29(9), 1718-1723. <https://doi.org/10.1111/jdv.12974>
18. Roewert-Huber, J., Stockfleth, E., & Kerl, H. (2007). Pathology and pathobiology of actinic (solar) keratosis—an update. *British Journal of Dermatology*, 157, 18-20. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2133.2007.08267.x>
19. Sukhova, T. E., Molochkov, V. A., Romanko, Yu. S., Changlyan, K. A., & Tret'yakova, E. I. (2010). Fotodinamicheskaya terapiya aktinicheskogo keratoza s aplikatsionnym primeneniem "Fotoditazina". *Rossiiskii zhurnal kozhnykh i venericheskikh boleznei*, (5). 4-8.

Работа поступила
в редакцию 13.07.2019 г.

Принята к публикации
17.07.2019 г.

Ссылка для цитирования:

Курбанова Б. Ч. Распространенность различных форм актинического кератоза // Бюллетень науки и практики. 2019. Т. 5. №9. С. 53-58. <https://doi.org/10.33619/2414-2948/46/04>

Cite as (APA):

Kurbanova, B. (2019). Prevalence of the Actinic Keratoses Various Forms. *Bulletin of Science and Practice*, 5(9), 53-58. <https://doi.org/10.33619/2414-2948/46/04> (in Russian).