

СЕБОРЕЙНЫЙ КЕРАТОЗ ЛИЦА И ШЕИ КАК СИМПТОМ ПАРАНЕОПЛАЗИИ И ОПТИМИЗАЦИЯ ЕГО ЛЕЧЕНИЯ

Ю.В. Лебедева, С.Н. Лебедев

ФГБОУ ВО Тверской государственной медицинский университет Минздрава России

Представлены клинические результаты обследования 280 онкологических больных, в возрасте 51-60 лет, по выявлению себорейного кератоза лица и шеи. Контрольную группу составили 280 пациентов без онкопатологии. Обнаружено двукратное увеличение встречаемости себорейного кератоза лица и шеи онкологических больных, в сравнении с контрольной группой. Усовершенствованный способ хирургического лечения заключается в полном удалении себорейного кератоза радиоволновым хирургическим прибором «Сургитрон» с последующим закрытием раневой поверхности пленкой лавсановой перфорированной с гидрогелем «Фолидерм-гель с серебром». Созданная покрытием на ране местная антибактериальная и умеренно влажная среда, обеспечивают оптимальное течение репаративных процессов с отличным косметическим результатом.

Ключевые слова: себорейный кератоз, паранеоплазии, радиоволновой хирургический прибор, пленка лавсановая с гидрогелем.

В настоящее время, весьма актуальным считается преคลินิกская диагностики висцеральных бластом, основанная на знании паранеопластических дерматозов – заболеваний кожи, имеющих неспецифический характер, возникающих в результате опосредованного влияния злокачественного новообразования на организм и часто предшествующих клиническим проявлениям опухолевого процесса той или иной локализации. Кожа лица и шеи является объектом визуального обследования для клиницистов разных специальностей. Анализ публикаций по данной проблеме свидетельствует о том, что у больных злокачественными опухолями обнаруживаются те или иные паранеопластические синдромы, из которых около 70% приходится на кожные поражения. В данных работах указывают и о случаях сочетаний себорейного кератоза (синоним себорейная бородавка) с висцеральными бластомами [6,7,8].

Цель исследования

Целью работы была оценка распространенности себорейного кератоза лица и шеи среди онкологических больных и лиц без онкопатологии одной возрастной группы, а также представление современного эффективного способа хирургического лечения данного заболевания.

Материал и методы

Для изучения частоты встречаемости себорейного кератоза у онкологических больных, методом безвыборочного клинического осмотра

обследовано 280 больных (129 мужчин и 151 женщины) в возрасте 51-60 лет, страдавших различными топическими формами и стадиям висцеральных бластом, раком молочной и щитовидной желез, гортани, губы и слизистой оболочки полости рта (таблица 1).

Таблица 1. Локализация злокачественных новообразований (ЗН) у обследованных онкологических больных возраста 51-60 лет

Локализация ЗН	Пол		Всего (n=280)
	мужчины (n=129)	женщины (n=151)	
Органы дыхания	34	6	40
Органы пищеварения	31	9	40
Органы мочевого выделения	26	14	40
Органы репродуктивной системы у женщин		40	40
Молочная железа		40	40
Щитовидная железа		40	40
Лор-органы, полость рта	38	2	40

Исходным критерием отбора пациентов было наличие гистологической верификации новообразований и указанный возраст. Все больные имели морфологическое подтверждение злокачественного новообразования указанных локализаций и были обследованы до начала специфической противоопухолевой терапии, или в первые 10 суток после проведенного хирургического лечения.

Контрольную группу составили 280 пациентов (161 мужчина и 119 женщин) в возрасте 51-60 лет, без онкопатологии и находившихся на излечении в челюстно-лицевом отделении городской больницы № 1 города Тверь. Критерием отбора пациентов контрольной группы были указанный возраст и отсутствие любой онкологической патологии (таблица 2).

Таблица 2. Распределение больных контрольной группы по видам патологии

Заболевания	Пол		Всего (n=280)
	мужчины (n=161)	женщины (n=119)	
Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области (ЧЛЮ)	77	70	147
Травма ЧЛЮ	57	15	72

Кисты челюстей и мягких тканей шеи	27	34	61
--	----	----	----

С целью дифференциальной диагностики обнаруженных дерматологических изменений у данных онкологических больных и пациентов челюстно-лицевого отделения, с информированного добровольного согласия, проводилась биопсия патологических очагов с последующим гистологическим исследованием препаратов. Итоговым критерием отбора пациента и включения его в основную анализируемую группу было наличие новообразование кожи лица и шеи, имеющего клиническую симптоматику очагового или многоочагового себорейного кератоза, подтвержденное гистологическим исследованием.

Результаты и обсуждение

Проведенное исследование по анализу частоты встречаемости себорейного кератоза лица и шеи, у обследованной группы онкологических больных показало, что данный диагноз был поставлен у 57-ми (20,4%) онкобольных и регистрировался у 18-ти мужчин и 39-ти женщин указанной возрастной группы от 51 до 60 лет. В контрольной группе обследованных лиц, диагноз себорейного кератоза лица и шеи был установлен у 28 (10%) больных без онкологической патологии. Данный диагноз установлен был у семи мужчин и 21-ой женщины возрастной группы от 51 до 60 лет. При этом, большинство пациентов (24 – 85,7%) находились в возрасте 56-59 лет. Необходимо заметить, что при клиническом исследовании кожных покровов лица и шеи больных, себорейный кератоз регистрировался у 75-ти пациентов, но проведенное в последующем морфологическое исследование из данных изменений кожи, констатировало другие неспецифические дерматозы. Данные больные исключались из основной анализируемой группы. В указанных случаях у 14-ти пациентов было установлено гистологическим исследованием наличие невусов кожи, у двух больных верифицирована кератопапиллома и у двух больных - базально-клеточный рак кожи.

Анализ частоты встречаемости себорейного кератоза лица и шеи в зависимости от локализации опухолевого процесса и пола больных показал, что наиболее часто данный диагноз регистрировался у женщин со злокачественными новообразованиями молочной железы - 11 человек (19,3%) и репродуктивной системы – 10 человек (17,5%). Это составляло соответственно 27,5% и 25% обследованных больных данной онкологической группы. Себорейный кератоз лица и шеи отмечен у девяти пациентов с опухолями бронхо-легочной системы (15,9%) и у восьми - со злокачественными новообразования органов желудочно-кишечного тракта (14,0%). При указанных локализациях опухолевого процесса себорейный кератоз чаще регистрировали у мужчин (пять человек (55,5%) и пять человек (62,5%) соответственно). Себорейный кератоз лица и шеи сопровождал развитие онкологического процесса у семи (12,3%) больных, страдавших раком щитовидной железы, и регистрировался только у женщин, а также у семи (12,3%) человек (четырех

мужчин и трех женщин) с опухолью в органах мочеобразования и мочевого выделения. Реже наблюдались данные изменения кожи лица и шеи у больных с опухолью в полости рта и носоглотке – пять (8,8%) пациентов (четыре мужчин и одной женщины).

Сравнительное изучение частоты встречаемости себорейного кератоза лица и шеи на ранних (I-II) и поздних (III-IV) стадиях течения опухолевого процесса показало, что одинаково часто на ранних и поздних стадиях онкологического процесса регистрировались единичные (один-два) очаги себорейного кератоза (47,3% и 38,6%, $p > 0,05$). Множественные (три и более) очаги себорейного кератоза на лице и шеи отмечались чаще при поздних стадиях висцеральных злокачественных новообразований. У большинства пациентов контрольной группы были единичные элементы себорейного кератоза лица и шеи, и лишь у трех женщин было выявлено наличие четырех и пяти элементов в указанных областях (таблица 3).

Таблица 3. Характеристика встречаемости элементов себорейного кератоза лица и шеи на ранних (I-II) и поздних (III-IV) стадиях ЗН

Стадия	I-II стадии		III-IV стадии		Контроль	
	муж	жен	муж	жен	муж	жен
Единичные элементы	8(14%)	19(33,3%)	7(12,3%)	15(26,3%)	7(25%)	18(64,3%)
Множественные элементы	1(1,8%)	2(3,5%)	2(3,5%)	3(5,7%)		3(10,7%)

В семи клинических случаях множественные очаги себорейного кератоза лица и шеи у онкобольных сочетались с множественными кератопапилломами и капиллярными гемангиомами, пигментными невусами кожи, гиперкератозом кожи коленей и локтей. На поздних стадиях опухолевого процесса себорейный кератоз сочетался также с диссеминированным папилломатозом кожи (два наблюдения).

Анализ хронологических взаимоотношений развития себорейного кератоза с появлением клинически выраженных общих и местных симптомов висцеральных новообразований позволил установить, что у большинства онкологических пациентов – 46 (80,7%) наблюдается давность кожных изменений до трех лет. У 11-ти (19,3%) - до шести лет. У всех пациентов контрольной группы давность существования себорейного кератоза лица и шеи не превышала трех лет.

Клиническая картина элементов себорейного кератоза лица и шеи, у обследованных нами больных, варьировала 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 была покрыта роговыми массами. Бляшка имела мягкую консистенцию при пальпации и создавалось впечатление, что она имеет сальную поверхность. В

большинстве наблюдений образования кожи имели коричневый цвет и обладали шероховатой или сосочковидной поверхностью [1,3].

На основании сравнительного анализа результатов различных методов хирургического лечения кератоза, был разработан наиболее удобный и эффективный способ лечения очагов себорейного кератоза, локализованных на голове и шее. Сущность способа заключается в полном удалении себорейного кератоза радиоволновым хирургическим прибором "Сургитрон™", производства фирмы «Ellman International» (США), с последующим закрытием раневой поверхности пленкой лавсановой перфорированной с гидрогелем «Фолидерм-гель» с серебром, производитель ООО «Фолиум», Санкт-Петербург [2,4,5].

Лечение всех больных проводилось амбулаторно. После обработки операционного поля спиртовым раствором хлоргексидина биглюконата, под местной инфильтрационной анестезией, при помощи электродов прибора "Сургитрон™" в виде петлевой нити и шарика, режиме «фульгурация», производили тотальную биопсию и удаление образования кожи в пределах дермальных слоев. После окончательного гемостаза, наносили стерильное раневое покрытие «Фолидерм-гель» с серебром, вырезанное соразмерно дефекту и фиксировали его на несколько часов бактерицидным пластырем. В последующие дни раневая поверхность была покрыта только данной пленкой, которая находилась на ране до завершения эпителизации. Данным способом пролечено 120 человек, у которых удалено 420 образований размером от 0,7 до 2,8 см в диаметре, локализованных на различных отделах лица, наружного уха, волосистой части головы и шее. Отмечены удобства радиохирургического метода при деструкции очагов себорейного кератоза в режиме фульгурации, не уступающие, а при некоторых локализациях и превосходящие возможности углекислотного лазера (большая пространственная свобода прибора, управляемая селективность деструкции тканей, подлежащих удалению путем контакта). Используемое раневое покрытие, благодаря хорошей адгезивности к ране, при сохранении естественного газообмена, прозрачности, особенно удобно в применении на подвижных и рельефных участках тела различных локализаций. Кроме этого, сокращается количество перевязок (возможна однократная аппликация покрытия с нахождением ее на ране до завершения эпителизации).

Заключение

Проведенные клинические исследования двух групп больных в возрасте 51-60 лет со злокачественными опухолями и без онкопатологии показали:

1. В группе онкологических больных было зарегистрировано в 2 раза больше случаев себорейного кератоза лица и шеи (у 57-ми (20,4%) онкобольных и у 28-ми (10%) больных контрольной группы).

2. У женщин себорейный кератоз лица и шеи имел место в 2-3 раза чаще, чем у мужчин (39 женщин среди онкологических больных - 68,4%, 21 женщина в контрольной группе – 75%).

3. Среди онкологических больных наиболее часто себорейный кератоз лица и шеи регистрировался у женщин со злокачественными новообразованиями молочной железы - 19,3%, репродуктивной системы – 17,5% и щитовидной железы -12,3%. У мужчин – при опухолях бронхолегочной системы и желудочно-кишечного тракта (по 8,8%). Данное обстоятельство согласуется с мнениями о том, что изменения гормонального фона в организме оказывает влияние на структурные изменения в кожных покровах.

4. У большинства онкологических пациентов – 80,7% и у всех пациентов контрольной группы давность существования себорейного кератоза лица и шеи не превышала трех лет.

5. Созданная используемым в хирургическом лечении больных покрытием на ране местная антибактериальная и умеренно влажная среда, обеспечивают оптимальное течение репаративных процессов с отличным косметическим ближайшим (14дней) и отдаленным (6 и 12 месяцев) результатом.

Таким образом, локализация себорейного кератоза на лице и шеи представляет собой диагностическую ценность для выявления экстракутантных опухолей на ранних стадиях. Множественные элементы себорейного кератоза должны «насторожить» с позиции повышенного онкологического риска всех специалистов. Это позволит оптимизировать диагностическую тактику и, тем самым, снизить удельный вес больных, выявленных на поздних стадиях опухолевого процесса.

Список литературы

1. Гладкова Н.Н., Лебедева Ю.В. Клиническая морфология себорейного кератоза // Верхневолжский медицинский журнал. 2006. Т.4, №5 (спец. выпуск). С. 15-17.
2. Лебедева Ю.В., Лебедев С.Н., Богданов А.О. Опыт применения раневого покрытия «Фолидерм» в хирургическом лечении ринофимы и себорейного кератоза лица // Материалы науч.- практ. конф. Стоматологов и чел-лицевых хирургов ЦФО РФ с междун. участием «Технологии XXI века в стоматологии и челюстно-лицевой хирургии». Тверь, 30-31 октября 2008. С. 76-78.
3. 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.
4. Лебедева Ю.В. Совершенствование методов диагностики и лечения себорейного кератоза лица и шеи (клинико-морфологическое исследование) // Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.14, 14.03.02 / Лебедева Юлия Вячеславовна. – Тверь, 2010. – 15 с.
5. Майстренко Н.А. Результаты применения радиохирургического прибора «Сургитрон» при доброкачественных новообразованиях кожи // Материалы науч. конф., посвящ. 150-летию клинического отдела Военно-медицинской академии: «Актуальные вопросы клиники, диагностики и лечения». СПб., 7-8 апреля 1997. С.446-447.

6. Малишевская Н.П., Райцева С.С. Паранеопластическая пигментация кожи // Российский журнал кожных и венерических болезней. 2002. №6. С.8-10.
7. Райцева С.С. Паранеопластические изменения кожи: распространенность, клиническое значение, дифференциальная диагностика // Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.11 / Райцева Стелла Сергеевна. – Екатеринбург, 2003. – 21 с.
8. Скоропад В.Ю., Бердов Б.А. Полинеоплазии у больных ранним раком желудка // Российский онкологический журнал. 2008. №1. С. 10-13.