

**КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АКТИНИЧЕСКОГО  
КЕРАТОЗА НА ОСНОВЕ АНАЛИЗОВ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ**

**DERMATOLOGIK KLINIK TAHLILLARI ASOSIDA AKTINIK KERATOZNING  
KLINIK VA EPIDEMIOLOGIK XUSUSIYATLARI**

**CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF ACTINIC KERATOSIS  
BASED ON DERMATOLOGICAL CLINIC ANALYSES**

*Пягай Г.Б. – д.м.н., доцент*

<https://orcid.org/0000-0002-6456-6594>

*Университет Альфраганус*

*Ташкентский государственный медицинский университет*

Пягай Г.Б. (2025). КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АКТИНИЧЕСКОГО КЕРАТОЗА НА ОСНОВЕ АНАЛИЗОВ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ. Actacam, 10(2), 109–113. <https://doi.org/10.5281/zenodo.15645118>

***Аннотация.** Актинический кератоз (АК) является одним из наиболее распространенных предраковых заболеваний кожи. В странах расположенных ближе к экватору и с населением преимущественно со светлым фототипом кожи, заболеваемость среди лиц старше 40 лет достигает до 60%. Средние показатели по Европе колеблются на уровне 15 процентов, при этом, данных по распространению АК в центрально-азиатском регионе и в Узбекистане нет, вследствие чего проведен анализ клинико-эпидемиологических данных АК на примере изучения пациентов одной клиники. Определено, что АК достаточно часто выявляется среди лиц пожилого возраста, достигая почти 20% в группе пациентов старше 75 лет.*

***Ключевые слова.** Актинический кератоз, эпидемиология АК, клинические особенности АК.*

***Xulosa.** Aktinik keratoz eng keng tarqalgan prekanseroz teri kasalliklaridan biridir. Ekvatorga yaqinroq va aholisi asosan terining engil fototipiga ega bo'lgan mamlatlarda 40 yoshdan oshganlar orasida kasallanish 60% gacha etadi. Evropa bo'yicha o'rtacha ko'rsatkichlar 15 foizni tashkil etadi, shu bilan birga Markaziy Osiyo mintaqasida va O'zbekistonda AK tarqalishi bo'yicha ma'lumotlar yo'q, natijada bitta klinikaning bemorlarini o'rganish misolida AKning klinik va epidemiologik ma'lumotlari tahlil qilindi. Aniqlanishicha, AK ko'pincha keksa odamlar orasida aniqlanadi va 75 yoshdan oshgan bemorlar guruhida deyarli 20% ga etadi.*

***Kalit so'zlar.** Aktinik keratoz, AK epidemiologiyasi, AKning klinik xususiyatlari.*

***Annotation.** Actinic keratosis is one of the most common precancerous skin diseases. In countries located closer to the equator and with populations predominantly with a light skin type, the incidence among people over 40 reaches up to 60%. The average figures for Europe fluctuate at the level of 15 percent, while there is no data on the spread of AK in the Central Asian region and in Uzbekistan, as a result, an analysis of clinical and epidemiological AK data was carried out using the example of studying patients in one clinic. It was determined that AK is quite often detected among the elderly, reaching almost 20% in the group of patients over 75 years of age.*

***Keywords:** Actinic keratosis, epidemiology of AC, clinical features of AC*

***Введение.** Актинический кератоз (АК) по данным многочисленных исследователей является наиболее распространенным предраковым заболеванием кожи [1, 2]. Эпидемиологические исследования по его распространению в основном проведены в странах с жарким климатом, расположенных ближе к экватору и с населением, имеющим*

преимущественно светлый фототип кожи. Между тем, в Узбекистане, где климатические условия отличаются повышенной инсоляцией, данных по распространению, клиническим особенностям АК крайне недостаточно, что диктует необходимость более тщательного изучения данной патологии [3].

Первое подробное научное описание актинического кератоза принадлежит Дюбрейль, который в 1896 г. привел различия между «старческим кератозом» и себорейным кератозом (*Verruca senilis*). Результатом исследований Дюбрейля заявившего, что старческий кератоз имеет "естественную тенденцию к перерождению в эпителиальный рак", стала сформировавшаяся концепция АК как предракового состояния. В 1926 году, Фрейденталь, немецкий дерматолог-патологоанатом, подробно изучил гистопатологические признаки старческого кератоза и в процессе этой работы подтвердил возможность "перехода" АК в рак. В 1938 году американский дерматолог Р.Л. Саттон -младший выдвинул другую точку зрения, отличающуюся от принятой ранее. Он заявил, что неправильно называть их (старческие кератозы) предраковыми поражениями, так как они на самом деле уже являются раковыми - ранними, поверхностными, и требует времени для проявления тех характеристик рака, с которыми знакомы все клиницисты. Мерфи, американский патологоанатом общего профиля, дерматопатолог, выдвинул концепцию солнечного кератоза в 2000 году, которая мало отличалась от концепции Дюбрейля в 1896 году, но ввел понятие «дисплазия». Обнаружение зон дисплазии почти во всю толщину при актиническом кератозе, по его мнению, оправдывает определение актинического кератоза при переходе в плоскоклеточный рак *in situ*. При этом он заявил, что процент (возраст) актинических кератозов, которые прогрессируют до плоскоклеточного рака и базально-клеточной карциномы, неизвестен, тем самым опровергнув обязательное развитие рака после возникновения АК. После введения понятия "дисплазия" вопрос о фундаментальном характере солнечного кератоза стал еще более запутанным, и именно по этой причине никогда убедительно не говорилось и никогда не будет сказано, где заканчивается солнечный кератоз и начинается плоскоклеточный рак [1].

**Материалы и методы исследования.** Была изучена возрастная структура пациентов, обратившихся в дерматологическую клинику «Gregory Derm», проанализированы причины обращения по первичным диагнозам с фокусным клинико-дерматоскопическим обследованием пациентов старше 40 лет с целью обнаружения очагов АК. Дерматоскопическое исследование проводилось аппаратом DermLite 3 двумя режимами: с кросс-поляризацией и без поляризации. Клинико-дерматоскопическое обследование позволяет устанавливать диагноз в большинстве случаев [4], однако нами также проводилась биопсия очагов поражения с целью подтверждения диагноза, гистологических особенностей АК и определения степени дисплазии эпидермиса для выбора тактики ведения пациентов.

**Полученные результаты и их обсуждение.** Общее количество первичных пациентов за трехлетний период времени составило – 10582, при этом пациентов старше 40 лет оказалось 2455, что составило 23,3% от всего количества пациентов. В возрастном аспекте данные пациенты распределились следующим образом: 40-45 лет – 315 (12,8%), 45-54 лет – 984 (40,1%), 55-64 года – 523 (21,3%), 65-74 года – 414 (16,9%), 75 и старше – 219 (8,9%) (Рис. 1).

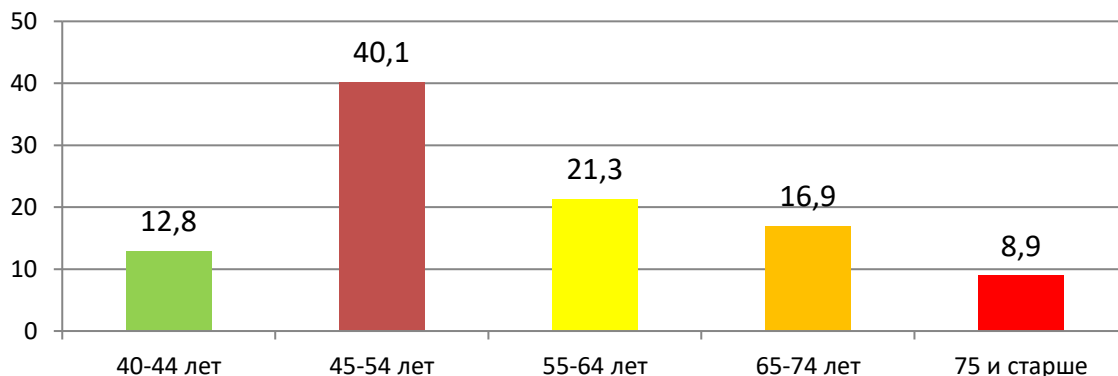
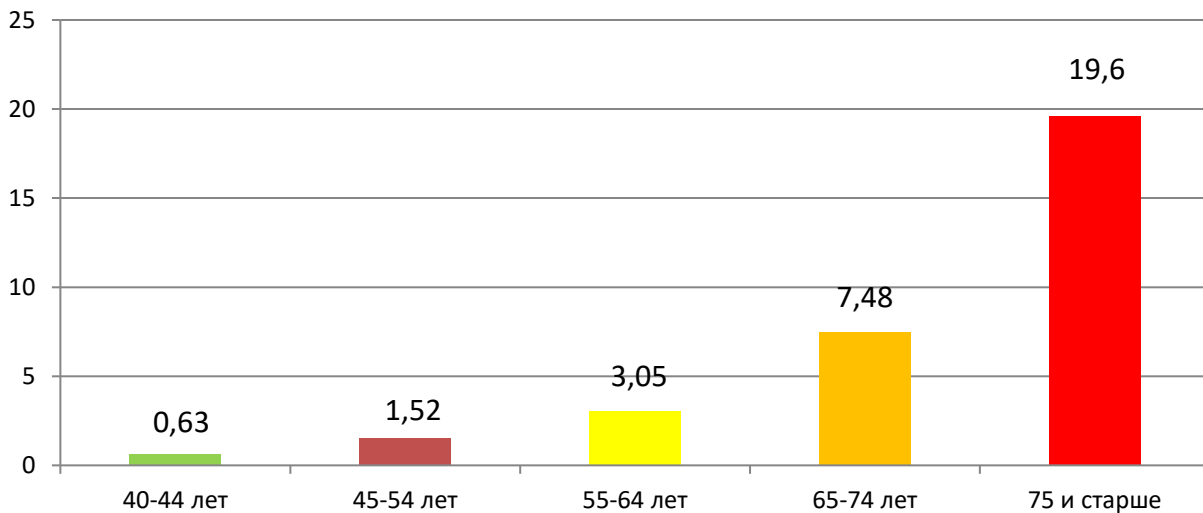


Рис. 1. Распределение пациентов старше 40 лет по возрастам

При этом, несмотря на жалобы и причину первичного обращения всем пациентам фокусной группы (старше 40 лет) было проведено обследование на наличие очагов АК на лице и открытых участках кожного покрова.

В возрастной категории пациентов до 45 лет было обнаружено всего 2 пациента с АК, что составило 0,63%. В следующей возрастной категории пациентов (45-54 лет) было обнаружено 15 очагов АК, что составило 1,52% из числа обследованных. В более возрастной группе – 55-64 года, было выявлено 16 очагов АК, что составило 3,05%. Среди пациентов 65-75 лет обнаружен 31 очаг (7,48%). Наибольший процент выявляемости АК был отмечен у пациентов 75 лет и старше, где выявили очаги АК в 43 случаях из 219 обследованных, что составило 19,6% (Рис. 2).



**Рис. 2. Количество выявленных очагов АК в возрастном аспекте**

Клиническая структура по формам заболевания при этом выглядела следующим образом: эритематозный вариант АК наблюдался в 44 (41,1%) случаях, гиперкератотический вариант – 17 (15,9%), пигментный – 21 (19,6%), лихеноидный – 9 (8,4%), атрофический – 10 (9,4%), кожный рог – 6 (5,6%) (рис. 3).



**Рис. 3. Клиническая структура выявленного актинического кератоза**

Лечебные мероприятия в отношении выявленных пациентов проводились в соответствии с клиническим вариантом АК. Анализ мировой литературы демонстрирует предпочтение «полевых» средств терапии над «очаговыми», особенно в случаях с

возрастными пациентами и с множественными очагами АК [5]. В случае с эритематозным, лихеноидным и в некоторых случаях гиперкератотическим вариантом нами были применены средства «полевой» терапии, а именно нанесение геля диклофенак дважды в день с ежемесячным клинико-дерматоскопическим контролем. Во всех случаях с эритематозным и лихеноидным вариантами была зафиксирована положительная динамика регресса заболевания. В случаях с гиперкератотическим АК при отсутствии положительной динамики была проведена криодеструкция очагов. Все случаи АК по типу кожного рога были подвергнуты эксцизионной биопсии. Терапия сопровождалась с постоянным использованием эмолиентов и солнцезащитных средств.

**Заключение.** Таким образом, учитывая, что одним из неблагоприятных вариантов по данным многих авторов является гиперкератотический вариант АК и кожный рог, характеризующиеся наиболее выраженной дисплазией кератиноцитов, нами было выявлено и пролечено 23 пациентов с потенциальным риском озлокачествления в плоскоклеточный рак кожи.

Важным моментом проведенного исследования явилось выявление наиболее опасного в прогностическом отношении возраста пациентов. Как видно на графике (рис. 4) возраст после 65 лет имеет наиболее высокий риск по АК, усугубляющийся еще и тем фактом, что активность пациентов с того возраста уменьшается, что проявляется значительным снижением обращаемости лицами данного возраста к врачам дерматовенерологам.

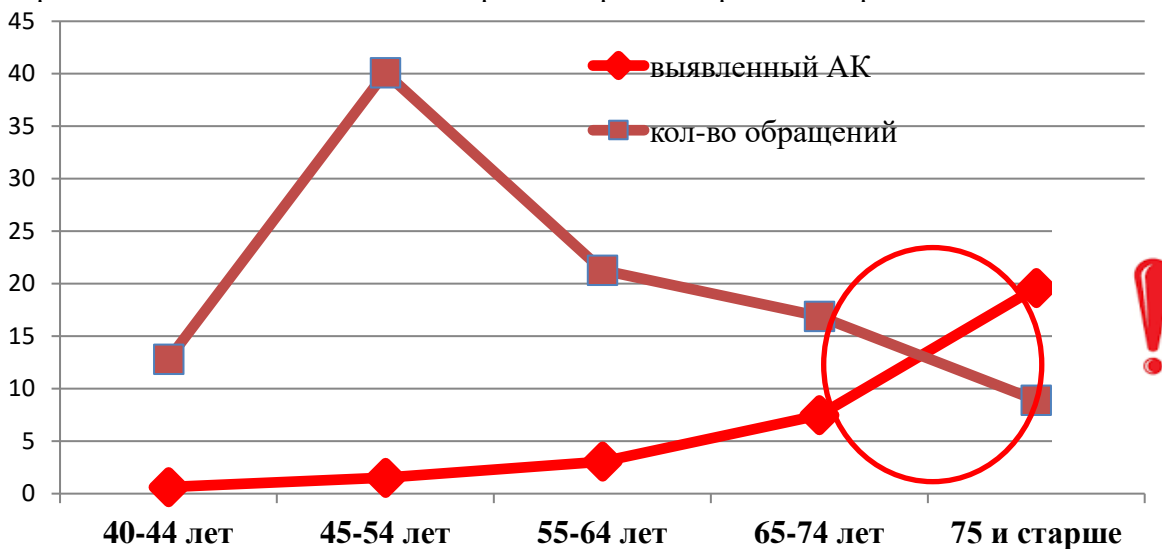


Рис. 4. Сравнительный анализ обращаемости пациентов по возрастам, с выявляемостью АК

Предварительно полученные данные в результате исследования могут служить основой для проведения более углубленных эпидемиологических и клинических исследований в области предраковых заболеваний кожи, что будет способствовать улучшению профилактики онкологических новообразований кожи среди населения.

#### Литература.

1. A.B. Ackerman, J.M. Mones, Solar (actinic) keratosis is squamous cell carcinoma, *British Journal of Dermatology*, Volume 155, Issue 1, 1 July 2006, Pages 9–22, <https://doi.org/10.1111/j.1365-2133.2005.07121.x>
2. de Oliveira ECV, da Motta VRV, Pantoja PC, Ilha CSO, Magalhães RF, Galadari H, Leonardi GR. Actinic keratosis - review for clinical practice. *Int J Dermatol*. 2019 Apr; 58(4): 400-407. doi: 10.1111/ijd.14147.

3. Сыдииков АА, Пягай ГБ, Пягай ОГ. Актинический кератоз, современные данные о патогенезе заболевания и актуальность ранней диагностики. Вестник Авиценны. 2023; 25(4): 541-52. <https://doi.org/10.25005/2074-0581-2023-25-4-541-552>.
4. Valdés-Morales KL, Peralta-Pedrero ML, Jurado-Santa Cruz F, Morales-Sanchez MA. Diagnostic Accuracy of Dermoscopy of Actinic Keratosis: A Systematic Review. Dermatol Pract Concept. 2020; 10(4): e20200121. doi:[10.5826/dpc.1004a121](https://doi.org/10.5826/dpc.1004a121)
5. Yoo SA, Kim YH, Han JH, Bang CH, Park YM, Lee JH. Treatment of Actinic Keratosis: The Best Choice through an Observational Study. J Clin Med. 2022 Jul 7; 11(14): 3953. doi: 10.3390/jcm11143953.