Невус Беккера в практике дерматолога

Ш.М. ГАЙНУЛИН[1], В.Н. ГРЕБЕНЮК, Т.Н. ГРИШКО, Е.Д. ЛАНЦМАН

Городская клиническая больница №14 им. В.Г. Короленко Департамента здравоохранения Москвы

The occurrence of Becker's nevus in dermatological practice

SH.M. GAINULIN, V.N. GREBENYUK, T.N. GRISHKO, E.D. LANTSMAN

V.G. Korolenko City Clinical Hospital No 14, Moscow Health Department

В статье представлены данные литературы и результаты собственных наблюдений за пациентами с невусом Беккера, его возможные взаимосвязи с соматической патологией, описаны клиническая и гистологическая картины, основы дифференциальной диагностики.

Ключевые слова: невус Беккера, клиническая картина, диагностика, прогноз.

The literature data and the results of original observations of the patients presenting with Becker's nevus are presented. The possible relationship of this condition with somatic pathology is discussed, its clinical and histological picture is described. The fundamentals of differential diagnostics are considered.

Key words: Becker's nevus, clinical picture, diagnostics, prognosis.

Невус Беккера (НБ; синонимы — пигментный волосяной невус, меланоз Беккера, синдром Беккера–Рейтера) — редко встречающееся в детском и подростковом возрасте заболевание, иногда имеющее врожденный характер [1—10]. В половине случаев НБ начинается до 10 лет, в 25% случаев — в 10—15 лет, в 15% — у лиц старше 15 лет [1, 10]. Он наблюдается примерно у 0,5% мужчин 17—26 лет и в 5 раз реже у женщин [1, 10]. Описаны семейные случаи НБ [1, 4, 9, 12, 13].

Впервые это заболевание описал S. Becker [4] в 1949 г. как очаговую пятнистую пигментацию с гиперкератозом у подростков с локализацией на груди, в области лопатки или плеча. В дальнейшем разные исследователи вносили дополнительную информацию, в частности был отмечен односторонний характер поражения [2, 9]. Бляшки достигают 10—30 см в диаметре в течение 1—2 лет, не распространяясь за пределы средней линии [9], имеют четкие фестончатые очертания, окружены мелкими островками пятнистой пигментации [1, 3, 5, 8, 10]. Окраска пораженной кожи — от желто-коричневой до коричневой, в первые годы нарастает ее интенсивность, а затем остается неизменной, редко с годами бледнеет [5, 8]. Места высыпаний покрываются жесткими волосами более чем у половины пациентов [8, 12]. Поверхность очага слегка бугристая [8].

Этиология НБ не известна [5]. Существует несколько предположений о патологической сути этого заболевания, в частности, его рассматривают как наследственный пигментный дерматоз [7] или как порок развития эпидермиса и волосяных фолликулов, при котором формируется очаг гиперпигментации с бородавчатой поверхностью [2, 5]. Одни авторы [9] полагают, что НБ является проявлением синдрома Винчестера, при котором, помимо дерматологической симптоматики, имеет место множественная скелетно-мышечная патология. Другие исследователи [6] отмечают значительное сходство НБ с эпидермальным невусом Сименса, который представляет собой гамартому, располагающуюся преимущественно на туловище. При этом НБ классифицируется как эпидермальный, а не меланоцитарный невус [5].

В части случаев возникновение НБ связывают с избыточной инсоляцией чаще в пубертатном периоде [3, 5, 9]. Спонтанная инволюция высыпаний обычно не наступает, случаи малигнизации единичны [3, 8, 9]. Обычно НБ беспокоит больных как косметический дефект [1, 2, 4].

НБ отличают ассоциации со многими патологическими состояниями и нозологическими формами [14]. Так, известны сообщения о сочетании НБ с гамартомами гладких мышц [2], дисплазиями (*spina bi-*

© Коллектив авторов, 2012

[1]e-mail: gkb14@mosgorzdrav.ru

Klin Dermatol Venerol 2012;1:17

fida, менингоцеле и др.), с ограниченной склеродермией [18], *acanthosis nigricans* [20], красным плоским лишаем [11, 16], кольцевидной гранулемой [22], лейомиомами [15], болезнью Бовена [21], лимфангиомой [23], соединительнотканным невусом [19]. Иногда при локализации НБ в области грудных желез наблюдается недоразвитие грудной клетки [1, 2].

Описан случай сочетания НБ с базалиомой, меланоцитарным невусом и гладкомышечной гамартомой у женщины 41 года [17]. Базалиома и меланоцитарный невус возникли в области НБ, который существовал у больной с 10 лет на коже живота. Меланоцитарный невус появился за несколько месяцев до визита к врачу. Указанные диагнозы подтверждены гистологически.

Наблюдался редкий случай ассоциации врожденного НБ у 11-летнего мальчика с красным плоским лишаем, высыпания которого, возникнув в области невуса, в дальнейшем распространились на туловище и конечности [11].

Хотя излюбленной локализацией НБ являются верхняя часть туловища, область лопаток и плечи [8], очаги могут располагаться в разных местах — на предплечьях, голенях, лице, шее, в области таза [1, 5].

Гистологическая картина характеризуется небольшим акантозом, гипертрихозом, скоплением пигмента в базальном слое, количество меланоцитов не увеличено, невусные клетки отсутствуют [3, 4, 9]. Гистологическая картина соответствует таковой при пограничном невусе [10].

Круг дифференциальной диагностики включает врожденный гигантский невоклеточный невус [1, 9], который несколько возвышается над кожей; синдром Мак-Кьюна—Олбрайта (существует с рождения, пятно цвета кофе с молоком, нет оволосения). НБ не является пигментным невусом, так как в его гистологической структуре отсутствуют невусные клетки [1, 3—5, 9].

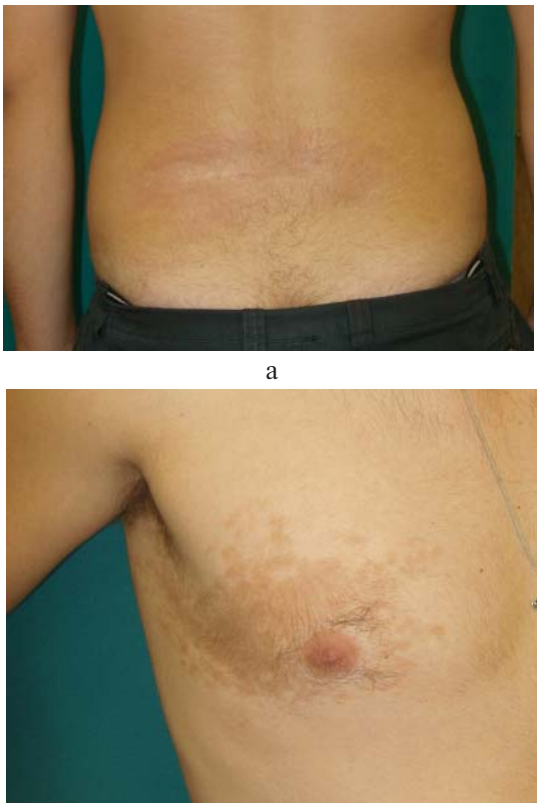
Мы наблюдали нескольких больных с НБ. Среди них был больной *К.*, 11 лет, который предъявлял жалобы на гиперпигментацию участка кожи в области левой лопатки. Очаг коричневой окраски размером 2×2 см с сосочками на поверхности существовал с 3-месячного возраста, сопровождался слабым зудом. В последние 8—9 лет отмечалось увеличение размера очага и усиление зуда. Клинически предполагался диагноз фолликулярного муциноза. Данные гистологического исследования были в пользу этого диагноза. Повторно пациент обратился в 15 лет. Очаг на левой половине тела в это время был размером 30×20 см, захватывал область плеча, лопатки, надключичную область. На коричнево-красноватой коже имелись участки фолликулярного кератоза.

Больной был проконсультирован в клинике Шарите (ФРГ), где гистологически был поставлен диагноз НБ с выраженной фолликулярной компонентой (рис. 1).

Еще 2 пациента, находившиеся на лечении в детском кожно-венерологическом отделении (ДКВО) ГКБ №14 им. В.Г. Короленко по поводу ограниченной склеродермии, имели НБ. Склеродермия у подростка (больной *К.*) возникла в 14 лет, когда НБ уже существовал на боковой поверхности грудной клетки справа (рис. 2, а), склеродермическая бляшка располагалась на спине (рис. 2, б).



Рис. 1. **Больной *К.*, 15 лет: НБ.**



а

б

Рис. 2. **Больной *К.*, 15 лет: ограниченная бляшечная склеродермия (а) и сопутствующий НБ (б).**



а



б

Рис. 3. **Больная *В.*, 5 лет: бляшечная склеродермия на левом предплечье (а) и НБ, существующий с рождения (б).**

У больной *В.*, 5 лет, впервые проявления ограниченной склеродермии появились за 7 мес до поступления в ДКВО на коже левой верхней конечности (рис. 3, а), были представлены двумя очагами размером 4,5×4,5 см на предплечье и 3×4 см на тыльной стороне кисти. Цвет поражений – буроватый с синюшным оттенком. Вокруг очага на тыльной стороне кисти — розовато-лиловый венчик. На коже в области поясницы слева с рождения имелся очаг гиперпигментации размером 13×5 см с неровными очертаниями (рис. 3, б).

НБ представляет собой несомненный клинический интерес. С одной стороны, этот дерматоз рассматривается как косметический дефект, с другой — настораживают часто встречающиеся его ассоциации с разнообразными патологиями, в том числе нео- и паранеопластической. Пациенты с НБ должны находиться под диспансерным наблюдением дерматолога.

В статье на основании анализа данных литературы и результаты собственных наблюдений представлена информация, позволяющая расширить знания врача об этом дерматозе и определить тактику ведения подобных больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Фицпатрик Т., Джонсон Р., Вулф Р. и др.* Дерматология. Атлас-справочник. Практика. М 1999; 310—312.
2. *Peyri J., Savall R., Baumann E. et.al.* Becker's naevus associated a smooth muscle hamartroma. Med Cutan Jvero Zat Am 1980; 8: 129—132.
3. *Фицпатрик Д.Е., Эрлинг Д.Л.* Секреты дерматологии. М: Бином—СПб: Невский диалект 1999.
4. *Becker S.W.* Concurrent melanosis and hypertrichosis in the distribution of nevus unius lateris. Arch Dermatol Syph 1949; 60: 155—160.
5. *Hurwitz S.* Clinical pediatric dermatology W.B.Saunders company. Philadelphia—London—Toronto—Sydney—Tokyo 1993; 210—211.
6. *Альтмайер П.* Терапевтический справочник по дерматологии и аллергологии. М: ГЭОТАР-МЕД 2003; 607.
7. Кожные и венерические болезни. Под ред. О.Л. Иванова. М: Медицина 2007; 34.
8. *Пальцев М.А., Потекаев Н.Н., Казанцева И.А. и др.* Клинико-морфологическая диагностика заболеваний кожи (атлас). М: Медицина 2004; 274.
9. *Елькин В.Д., Митрюковский Л.С., Седова Т.Г.* Избранная дерматология. Пермь 2004; 437—438.
10. Клиническая дерматовенерология. Под ред. Ю.К. Скрипкина, Ю.С. Бутова. М: ГЕОТАР-Медиа 2009; 2: 654, 795.
11. *Puri S., Nanda S., Grover C. et al.* Congenital Becker Nevus with lichen Planus. Pediatr Dermatol 2005; 22: 4: 328—330.
12. *Picascia D.D., Esterly N.B.* Congenital Becker's melanosis. Int J Dermatol 1989; 28: 127—128.
13. *Book S.E., Glass A.T., Laude T.A.* Congenital Becker's naevus with a familial association. Pediatr Dermatol 1997; 14: 373—375.
14. *Glinick S.E., Alper J.C., Bogaars H. et al.* Becker's melanosis. Associated abnormalities. J Am Acad Dermatol 1983; 9: 509—514.
15. *Thappa D.M., Garg B.R., Prasad R.R. et al.* Multiple leiomyoma cutis associated with Becker's naevus. J Dermatol 1996; 23: 719—720.
16. *Terheyden P., Hornschuh B., Karl S. et al.* Lichen planus associated with Becker's naevus. J Am Acad Dermatol 1998; 38: 770—772.
17. Becker's naevus associated with basal cell carcinoma, melanocytis naevus and smooth-muscle hamartoma. JEADV 2007; 21: 104—143.
18. *Rufli T.* Becker's melanosis with localized scleroderma. Dermatologica 1972; 145: 222—229.
19. *Kim D.H., Kim C.W., Kim T.Y.* Becker's naevus associated with connective tissue naevus. Acta Derm Venereol 1999; 79: 393—394.
20. *Hulsmans R.F., Hulsmans F.J.* Concomitant Becker's nevus and acanthosis nigricans. Br J Dermatol 1989; 120: 716—717.
21. *Weinberg J.M., Scheinfeld N., Tishler H.R.* Granuloma annulare restricted to Becker's naevus. Br J Dermatol 2004; 151: 245—246.
22. *Oyler R.M., Davis D.A., Woosley J.T.* Lymphangioma associated with Becker's naevus: a report of coincident hamartromas in a child. Pediatr Dermatol 1997; 14: 376—379.
23. *Honda M., Suzuki T., Kudoh K., Tagami H.* Bowen's disease developing within a Becker's melanosis (Becker's naevus). Br J Dermatol 1997; 137: 659—661.