Клиническая дерматология и венерология
2025, Т. 24, № 1, с. 64–71
https://doi.org/10.17116/klinderma20252401164

Russian Journal of Clinical Dermatology and Venereology
2025, Vol. 24, No. 1, pp. 64–71
https://doi.org/10.17116/klinderma20252401164

Клинический и дерматоскопический анализ атипичного себорейного кератоза

© В.А. САЙФУЛЛИНА, И.Л. ШЛИВКО, О.Е. ГАРАНИНА, Н.Ю. ОРЛИНСКАЯ, К.А. УСКОВА, А.М. МИРОНЫЧЕВА, А.П. САЙФУЛЛИН, А.О. МОСКОВЧЕНКО

ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, Нижний Новгород, Россия

РЕЗЮМЕ

Актуальность. Себорейный кератоз (СК) — одно из самых распространенных новообразований кожи, диагностируемое на приеме дерматолога. Выделяют различные формы СК, которые в сочетании с фактом частого травмирования объясняют большое клиническое разнообразие и симулирование других новообразований, в том числе и злокачественных.

Цель исследования. Выявить клинические и дерматоскопические признаки атипичного СК, имитирующего злокачественные и доброкачественные образования кожи.

Материал и методы. Работа проведена на базе Центра диагностики и лечения опухолей кожи Университетской клиники ПИМУ за период с января 2018 по декабрь 2022 г. Всего проанализировано 3339 медицинских карт пациентов, обратившихся в центр с новообразованиями кожи, выявлено 315 случаев диагностики СК, в 70 случаях выявлено клиническое и патоморфологическое несоответствие предварительного и окончательного диагноза — атипичные СК, 70 случаев были взяты в качестве контрольной группы для сравнительного анализа — типичные СК.

Результаты. Атипичные СК по сравнению с типичными статистически значимо появлялись менее чем за 1 год, имели средний диаметр 8 мм, асимметричность 70% и полихромность 44,3%. Дерматоскопически для атипичных СК выявлено отсутствие типичных признаков ($p<0,05$): четкость границ (18,6%), множественные милиумподобные кисты (28,6%), комедоноподобные отверстия (17,1%), сосуды в форме шпилек (11,4%), «изъеденный молью» край (1,4%) и поверхность по типу мозговых извилин (12,9%). В то же время выявляли и «атипичные» признаки ($p<0,05$): пигментную сеть (3,55%), глобулы (3,55%), бесструктурную область (29,11%), точечные и клубочковые сосуды (24,14%), корки (11,36%). Описано 4 дерматоскопических паттерна СК: пигментный (31,43%), гиперкератотический (27,14%), сосудистый (20%) и бесструктурный (21,43%).

Заключение. Атипичный СК характеризуется клинически асимметричностью и полихромностью, дерматоскопически отсутствием «типичной» картины СК, наличием пигментной сети, глобул, бесструктурной области, клубочковых и точечных сосудов и корок, представлен чаще всего пигментным и гиперкератотическим дерматоскопическими паттернами.

Ключевые слова: *дерматоскопия, себорейный кератоз, меланома, атипичные признаки.*

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:
Сайфуллина В.А. — https://orcid.org/0000-0002-1502-5505
Шливко И.Л. — https://orcid.org/0000-0001-7253-7091
Гаранина О.Е. — https://orcid.org/0000-0002-7326-7553
Орлинская Н.Ю. — https://orcid.org/0000-0003-2896-2968
Ускова К.А. — https://orcid.org/0000-0002-1000-9848
Миронычева А.М. — https://orcid.org/0000-0002-7535-3025
Сайфуллин А.П. — https://orcid.org/0000-0003-0108-398X
Московченко А.О. — https://orcid.org/0000-0001-5421-140X
Автор, ответственный за переписку: Сайфуллина В.А. — e-mail: dr.saifullina@yandex-pro.ru

КАК ЦИТИРОВАТЬ:
Сайфуллина В.А., Шливко И.Л., Гаранина О.Е., Орлинская Н.Ю., Ускова К.А., Миронычева А.М., Сайфуллин А.П., Московченко А.О. Клинический и дерматоскопический анализ атипичного себорейного кератоза. *Клиническая дерматология и венерология*. 2025;24(1):64–71. https://doi.org/10.17116/klinderma20252401164

Clinical and dermoscopic analysis of atypical seborrheic keratosis

© V.A. SAIFULLINA, I.L. SHLIVKO, O.E. GARANINA, N.YU. ORLINSKAYA, K.A. USKOVA, A.M. MIRONYCHEVA, A.P. SAIFULLIN, A.O. MOSKOVCHENKO

Privolzhsky Research Medical University, Nizhny Novgorod, Russia

ABSTRACT

Background. Seborrheic keratosis (SK) is one of the most common skin neoplasms diagnosed at dermatologist's appointment. There are various types of SK, that in combination with the fact of frequent traumatization explain the great clinical variety and other neoplasms' simulation including malignant ones.

Objective. To identify clinical and dermoscopic features of atypical SK simulating malignant and benign skin neoplasms.

Material and methods. The study was carried out at the Center of Diagnosis and Treatment of Skin Tumors of the PRMU University Clinic for the period from January 2018 to December 2022. A total of 3339 medical records of patients who have applied to the center with skin neoplasms were analyzed, 315 cases of SK diagnosis were revealed, in 70 cases clinical and pathomorphological mismatch of preliminary and final diagnosis was detected — atypical SK, 70 cases were included as a control group for comparative analysis — typical SK.

Results. Atypical SK in comparison with typical statistically significantly appeared for less than one year, had an average diameter of 8 mm, asymmetry of 70% and polychromaticity of 44.3%. There were no dermoscopic typical features for atypical SK ($p<0.05$): boundaries sharpness (18.6%), multiple milium-like cysts (28.6%), comedone-like openings (17.1%), hairpin vessels (11.4%), «moth-eaten» edge (1.4%) and surface by type of brain convolution (12.9%).
At the same time, «atypical» signs were detected as well ($p<0.05$): pigment network (3.55%), globules (3.55%), unstructured area (29.11%), punctate and glomerular vessels (24.14%), crusts (11.36%). In addition, 4 dermoscopic SK patterns were described: pigment (31.43%), hyperkeratotic (27.14%), vascular (20%) and unstructured (21.43%).
Conclusion. Atypical SK is characterized by clinical asymmetry and polychromaticity, dermoscopic absence of «typical» SK picture, presence of pigment network, globules, unstructured area, glomerular and punctate vessels and crusts, is most commonly represented by pigment and hyperkeratotic dermoscopic patterns.

Keywords: *dermoscopy, seborrheic keratosis, melanoma, atypical signs.*

INFORMATION ABOUT THE AUTHOR:
Saifullina V.A. — https://orcid.org/0000-0002-1502-5505
Shlivko I.L. — https://orcid.org/0000-0001-7253-7091
Garanina O.E. — https://orcid.org/0000-0002-7326-7553
Orlinskaya N.Yu. — https://orcid.org/0000-0003-2896-2968
Uskova K.A. — https://orcid.org/0000-0002-1000-9848
Mironycheva A.M. — https://orcid.org/0000-0002-7535-3025
Saifullin A.P. — https://orcid.org/0000-0003-0108-398X
Moskovchenko A.O. — https://orcid.org/0000-0001-5421-140X
Corresponding author: Saifullina V.A. — e-mail: dr.saifullina@yandex-pro.ru

TO CITE THIS ARTICLE:
Saifullina VA, Shlivko IL, Garanina OE, Orlinskaya NYu, Uskova KA, Mironycheva AM, Saifullin AP, Moskovchenko AO. Clinical and dermoscopic analysis of atypical seborrheic keratosis. *Russian Journal of Clinical Dermatology and Venereology*. 2025;24(1):64–71. (In Russ.). https://doi.org/10.17116/klinderma20252401164

Введение

Доброкачественные новообразования кожи часто встречаются в повседневной практике дерматологов и требуют от специалиста определенных компетенций в плане диагностики и дифференциальной диагностики с целью исключения злокачественных опухолей и определения тактики лечения.

Среди доброкачественных новообразований кожи наиболее частыми являются себорейный кератоз (СК), ангиомы, дерматофибромы и невусы. Большинство этих образований легко распознать по характерным клиническим признакам. Дерматоскопия сделала процесс диагностики новообразований кожи более объективным и стандартизованным [1]. Для каждого новообразования появились свои дерматоскопические модели, признаки и «ключи».

СК — одно из самых распространенных новообразований кожи, диагностируемых на приеме дерматолога, поражает не менее 20% взрослого населения, заболеваемость с возрастом увеличивается. Jackson и соавт. сообщают, что они диагностируют СК в среднем у 155 пациентов в месяц, причем у 33% больных выявляют более 15 элементов СК и у 67% — 15 или менее элементов [2].

Обычно СК выглядит как светло-коричневая папула с четкими границами, которая позже становится более экзофитной, коричневой или гиперпигментированной. СК могут появляться на любом участке кожных покровов, за исключением ладоней и подошв. Клинически выделяют солнечное лентиго, меланоакантому, раздраженный, клональный и регрессивный СК [3]. «Типичные» формы СК при дерматоскопическом исследовании представлены четкими границами, множественными милиумподобными кистами, комедоноподобными структурами, тонкими сосудами, окруженными светлой зоной в форме шпилек, структурами по типу отпечатка пальцев, «изъеденным молью» краем, признаком «мозговых извилин» и псевдосетью [4]. В классификации опухолей кожи ВОЗ 2023 г. отражено морфологическое разнообразие: акантотический, кератотический (папилломатозный), ретикулярный (аденоидный), клональный, раздраженный, пигментированный и макулярный СК [5].

Клиническое разнообразие СК и частая травматизация приводят к ошибкам диагностики и выбору неверной тактики.

Цель исследования — выявить клинические и дерматоскопические признаки атипичного СК, имитирующего другие доброкачественные и злокачественные новообразования кожи.

Материал и методы

В ретроспективное когортное сравнительное исследование вошли 140 пациентов, проходивших лечение на базе Научно-практического центра диагностики и лечения опухолей кожи (НПЦ) университетской клиники ПИМУ за период с января 2018 по декабрь 2022 г. **(рис. 1)**. Пациенты были

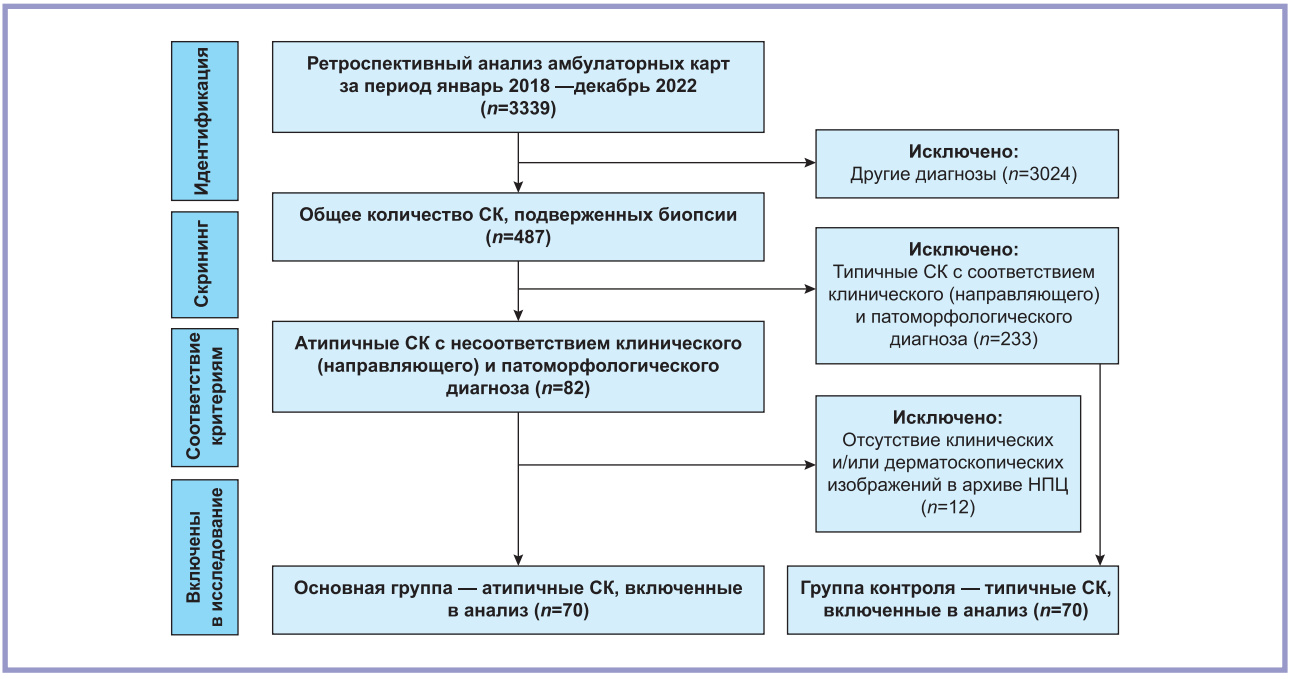


Рис. 1. **Дизайн исследования.**

Fig. 1. **Study design.**

распределены на основную (атипичные СК, *n*=70) и контрольную (типичные СК, *n*=70) группы.

Критерии включения: возраст более 18 лет, наличие подтвержденного патоморфологического диагноза СК, клиническое и патоморфологическое несоответствие предварительного и окончательного диагнозов, инцизионная или эксцизионная биопсия, выполненная в амбулаторных условиях, наличие клинических и дерматоскопических изображений в архиве НПЦ университетской клиники ПИМУ.

Критерии исключения: возраст пациентов менее 18 лет, соответствие направляющего диагноза с патоморфологическим диагнозом, отсутствие клинических и дерматоскопических изображений.

Материалом для анализа послужили электронные медицинские карты пациентов с патоморфологически подтвержденным диагнозом СК кожи в медицинской информационной системе «Медиалог 7». Были сформированы электронные таблицы, включившие следующие параметры запроса: ID пациента, пол, возраст, место проживания, кем направлен, предшествующее лечение, время появления новообразования, локализация, диаметр, морфологический элемент, вид биопсии, клинический направляющий диагноз на патоморфологическое исследование и его код по МКБ-10, дата и патоморфологическое заключение с кодом МКБ-10 с указанием морфологического типа СК, совпадение направляющего диагноза с патоморфологическим диагнозом.

Проведен сравнительный анализ двух групп СК по клиническому изображению: морфологический элемент (пятно/папула), симметричность (симметричный/асимметричный), полихромность (монохромный — 1 цвет/ полихромный — 2 цвета и более), границы (ровные/неровные), поверхность (однородная/неоднородная) и по дерматоскопическому изображению с использованием двухэтапного алгоритма [6] для исключения меланоцитарного новообразования (пигментная сеть, глобулы, однородные структуры, признак звездной лучистости, параллельный признак) и наличия типичных признаков СК (четкость границ, милиумподобные кисты, комедоноподобные структуры, тонкие сосуды, окруженные светлой зоной в форме шпилек, структуры по типу отпечатка пальцев, «изъеденный молью» край, признак по типу мозговых извилин).

Размер необходимой выборки был определен при расчете анализа мощности исследования на базе платформы https://clincalc.com, с уровнем значимости (α), равным 0,05, и мощностью критерия (1-β), равным 0,80. Анализ подтвердил достаточность количества пациентов в обеих группах и был произведен с определением необходимой суммарной выборки по сравниваемым критериям **(табл. 1)**.

Данные проанализированы с использованием программы IBM SPSS Statistics 23. Применены методы описательной статистики. Оценку распределения признаков на нормальность производили по тестам Шапиро—Уилка. Данные представлены медианой и межквартильным размахом в виде Me [25; 75]. Для сравнительного анализа непараметрических данных использованы U-тест Манна—Уитни и Уилкоксона. Для сравнительного анализа номинальных данных использован критерий χ^2 Пирсона. Различия рассчита-

Таблица 1. **Расчет анализа мощности исследования**

Table 1. **Calculation of analysis of the research capacity**

Сравниваемые критерии обеих групп (общее число выборки 140)	Необходимая суммарная выборка, *n*
Диаметр образования	76
Симметричность	102
Полихромность	62
Четкость границ	28
Наличие милиумподобных кист	76
Наличие комедоноподобных структур	20
Наличие тонких сосудов в форме шпилек	34
Наличие признака «мозговых извилин»	38

Таблица 2. **Демографически-анамнестические данные пациентов обеих групп**

Table 2. **Demographic and anamnestic data of patients of both groups**

Параметр	Основная группа (*n*=70)	Контрольная группа (*n*=70)	*p*	Оценка силы взаимосвязи
Пол			0,217[2]	0,104*
мужской	12 (17,1%)	18 (15,7%)		
женский	58 (82,9%)	52 (74,3%)		
Место жительства			0,058[2]	0,202*
город	64 (91,4%)	54 (77,1%)		
область	6 (8,6%)	15 (21,4%)		
другой регион	0	1 (1,5%)		
Возраст	55 [42,8; 63,3]	56 [44; 65,5]	0,425[1]	0,068**
Кем направлен			0,281[2]	0,165*
частный центр	7 (10%)	4 (5,8%)		
государственное учреждение	15 (21,4%)	21 (30%)		
самостоятельно	46 (65,7%)	45 (64,2%)		
скрининговая программа «Регион без меланомы»	2 (2,9%)	0 (0%)		
Предшествующее лечение			–	–
да	9 (12,9%)	9 (12,9%)		
нет	61 (87,1%)	61 (87,1%)		
Время появления			0,031[2]	0,297*
больше 5 лет	23 (34,9%)	19 (27,2%)		
давно, но стала меняться	11 (15,7%)	20 (28,6%)		
меньше 5 лет	12 (17,1%)	19 (27,1%)		
меньше года	24 (34,3%)	12 (17,1%)		

Примечание: *Критерий V Крамера для номинальных данных, **корреляционный анализ Спирмена,[1]U-критерий Манна—Уитни, [2]критерий χ^2 Пирсона.

ны статистически значимыми при $p<0,05$. Для оценки силы взаимосвязи использован корреляционный анализ Спирмена для непараметрических данных, а также критерий V Крамера для номинальных данных.

Исследование одобрено локальным этическим комитетом ПИМУ, выписка протокола №01 от 26.01.2024.

Результаты

Согласно критериям включения проанализированы данные о 67 пациентах, у которых выявлено 70 СК. Выполнено 70 биопсий, из них 47 инцизионных и 23 эксцизионных. В частности, 33 (47,14%) СК были удалены с направляющим диагнозом злокачественного новообразования: болезнь Боуэна — 13 (18,57%), плоскоклеточный рак кожи — 7 (10%), базально-клеточный рак кожи — 4 (5,71%), кератоакантома — 3 (4,29%), злокачественное лентиго — 1 (1,43%), меланома — 2 (2,86%), кожный рог — 3 (4,29%). С направляющим диагнозом доброкачественного новообразования удалены 37 (52,86%) СК: невус — 21 (30%), вирусная бородавка — 2 (2,86%), акрохордон — 4 (5,71%), актинический кератоз — 4 (5,71%), гемангиома — 1 (1,43%), лимфангиома — 1 (1,43%), пиломатриксома — 1 (1,43%), дерматофиброма — 3 (4,29%).

Демографические характеристики пациентов с диагнозом СК

Между сравниваемыми группами не выявлено статистически значимых различий ($p>0,05$) по сле-

Таблица 3. **Клиническая характеристика**
Table 3. **Clinical characteristics**

Параметр	Основная группа (*n*=70)	Контрольная группа (*n*=70)	*p*	Оценка силы взаимосвязи
Вид биопсии				
эксцизионная	23 (22,9%)	23 (22,9%)	–	–
инцизионная	47 (67,1%)	47 (67,1%)	–	–
Локализация			0,063[2]	0,340*
голова/шея	32 (45,8%)	18 (25,7%)		
туловище	19 (27,1%)	36 (51,4%)		
паховая область	3 (4,3%)	6 (8,6%)		
верхние конечности	5 (7,1%)	1 (1,4%)		
нижние конечности	11 (15,7%)	9 (12,9%)		
Диаметр образования средний, мм	8 [5; 11,3]	10 [6; 15]	0,037[1]	0,177**
Симметричность			0,001[2]	0,274*
симметричный	21 (30%)	40 (57,1%)		
ассиметричный	49 (70%)	30 (42,9%)		
Морфологический элемент			0,329[2]	0,082*
пятно	15 (21,4%)	20 (28,6%)		
папула	55 (78,6%)	50 (71,4%)		
Полихромность			0,000[2]	0,348*
монохромность	39 (55,7%)	61 (87,1%)		
полихромность	31 (44,3%)	9 (12,9%)		
Границы			0,067[2]	0,155*
ровные	50 (71,4%)	59 (84,3%)		
неровные	20 (28,6%)	11 (15,7%)		
Поверхность			0,490[2]	0,058*
однородная	30 (42,9%)	26 (37,1%)		
неоднородная	40 (57,1%)	44 (62,9%)		

Примечание: *Критерий V Крамера для номинальных данных, **корреляционный анализ Спирмена, [1]U-критерий Манна — Уитни, [2]критерий χ^2 Пирсона.

дующим критериям: возраст, пол, место жительства, кем направлен и метод биопсии **(табл. 2)**. Статистически значимым оказался показатель времени появления новообразования — в основной группе СК чаще существовал меньше 1 года (p<0,05).

Клиническая характеристика СК

В группе атипичного СК (основная группа) по сравнению с группой типичного СК (контрольная группа) выявлено статистически значимое различие по критериям: диаметр, симметричность и цвет (p<0,05) **(табл. 3)**.

Дерматоскопическая характеристика

Использовали двухэтапный алгоритм с учетом отсутствия признаков, характерных для меланоцитарных новообразований, таких как пигментная сеть и глобулы. На первом этапе обнаружены признаки, указывающие на меланоцитарный характер поражения — 7,1% всех СК (p<0,05) и дополнительные признаки: бесструктурная область, точечные или клубочковые сосуды и наличие корки — 64,61% всех СК (p<0,05) **(табл. 4)**.

На втором этапе алгоритма для выявления немеланоцитарных новообразований в группе атипичного СК по сравнению с контрольной группой встречались достоверно реже или отсутствовали следующие признаки: четкость границ, множественные милиумподобные кисты, комедоноподобные структуры, тонкие сосуды, окруженные светлой зоной в форме шпилек, «изъеденный молью» край и признак по типу мозговых извилин (p<0,05) **(см. табл. 4)**.

Дерматоскопически-патоморфологическое сопоставление атипичных форм СК

Проведено сопоставление дерматоскопических и патормофологических структур, и на основании этого выделено 4 дерматоскопических паттерна, характерных для атипичных СК **(рис. 2)**.

Таблица 4. **Дерматоскопическая характеристика обеих групп**

Table 4. **Dermoscopic characteristics of both groups**

Признаки	Основная группа (*n*=70)	Контрольная группа (*n*=70)	*p*	Оценка силы взаимосвязи
Меланоцитарные				
Пигментная сеть	5 (3,55 %)	0 (0%)	0,023[2]	0,192*
Глобулы	5 (3,55 %)	0 (0%)	0,023[2]	0,192*
Немеланоцитарные				
«Типичные» признаки СК				
четкость границ	13 (18,6%)	48 (68,6%)	0,000[2]	0,504*
множественные милиумподобные кисты	20 (28,6%)	42 (60%)	0,000[2]	0,316*
комедоноподобные структуры	12 (17,1%)	53 (75,7%)	0,000[2]	0,587*
тонкие сосуды, окруженные светлой зоной в форме шпилек	8 (11,4%)	39 (55,7%)	0,000[2]	0,469*
структуры по типу отпечатка пальцев	0	1 (1,4%)	0,316[2]	0,085*
«изъеденный молью» край	1 (1,4%)	8 (11,4%)	0,016[2]	0,204*
признак по типу «мозговых извилин»	9 (12,9%)	38 (54,3%)	0,000[2]	0,439*
Дополнительные				
бесструктурная область (молочно-розовая, бело-голубая, белая, светло-коричневая, темно-коричневая)	41 (29,11%)	0	0,000[2]	0,644*
точечные или клубочковые сосуды	34 (24,14%)	0	0,000[2]	0,566*
корка (желтая, геморрагическая)	16 (11,36%)	0	0,000[2]	0,359*

Примечание: *Критерий V Крамера для номинальных данных, [2]критерий χ^2 Пирсона.

Таблица 5. **Корреляция между дерматоскопическим паттерном и морфологическим описанием**

Table 5. **Correlation between dermoscopic pattern and morphological description**

Паттерн	Описание
Пигментный (22 СК, 31,43%)	Пигментация кератиноцитов. Отложение пигмента в дерме. Умеренно выраженный акантоз, гиперкератоз, слабый папилломатоз
Гиперкератотический (19 СК, 27,14%)	Выраженный гиперкератоз, с участками пара- и ортокератоза. Умеренно выраженный акантоз, большое количество роговых кист и расширенных полнокровных сосудов, выраженная лейкоцитарная инфильтрация и отек в дерме
Сосудистый (14 СК, 20%)	Выраженный акантоз. Множественные мелкие сосуды с расширенным просветом, часть сосудов с полнокровием. В дерме умеренно выраженная диффузная лимфоидная инфильтрация. В некоторых случаях визуализируется эрозивный дефект. Слабовыраженный гиперкератоз. Папилломатоз не встречается
Бесструктурный (15 СК, 21,43%)	Нет выраженного гиперкератоза и папилломатоза. Выраженный акантоз с широкими акантотическими тяжами. Эктазированные кровеносные сосуды

В самом распространенном пигментном паттерне большинство атипичных СК характеризовалось признаками, напоминающими меланому: неправильные точки/глобулы, участки атипичной пигментной сети или неравномерной гипер- или гипопигментации [7]. Некоторые СК имели дерматоскопическую картину, напоминающую невус Кларка и невус Спитц. Патоморфологически эта группа характеризуется выраженной пигментацией кератиноцитов, в некоторых случаях наблюдались скопления пигмента меланина в дерме **(табл. 5)**.

Вторым по частоте диагностируемым паттерном оказался гиперкератотический, в большинстве случаев СК были удалены, чтобы исключить актинический кератоз, ПКРК (кожный рог и кератоакантому). Дерматоскопически были представлены гиперкератозом и в большинстве случаев с признаками травматизации (геморрагические и желтые корки). Патоморфологически для данной группы характерен гиперкератоз по типу пара- и ортокератоза, в дерме определяется выраженная лейкоцитарная инфильтрация **(см. табл. 5)**.

Сосудистый паттерн был представлен точечными или клубочковыми сосудами и их сочетанием, в таких случаях иссечение необходимо, чтобы исключить болезнь Боуэна и другие варианты ПКРК. Патоморфологически наблюдали выраженный акантоз, мелкие сосуды с расширенным просветом, в части из них полнокровие **(см. табл. 5)**.

СК с бесструктурным паттерном не имели четких дерматоскопических и диагностически значимых патоморфологических структур.

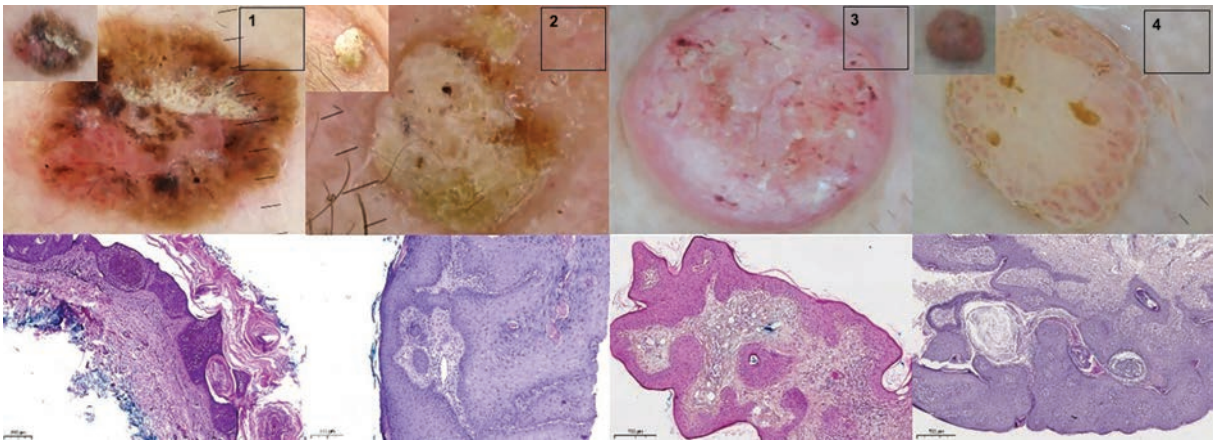


Рис. 2. **Дерматоскопические паттерны и их патоморфологическая картина.**
1 — пигментный, 2 — гиперкератотический, 3 — сосудистый, 4 — бесструктурный.

Fig. 2. **Dermoscopic patterns and their pathomorphological picture.**
1 — pigment, 2 — hyperkeratotic, 3 — vascular, 4 — unstructured.

Таблица 6. **Дерматоскопические паттерны в сравнении с данными других авторов, %**

Table 6. **Dermoscopic patterns compared to other authors' data, %**

Паттерн	Собственные данные (*n*=70)	Mazzeo и соавт. (*n*=72)	Squillace и соавт. (*n*=161)	Lin и соавт. (*n*=412)
Гиперкератотический	27,14	8,3	3,7	–
Сосудистый	20	12,5	–	3,3
Бесструктурный	21,43	20,8	–	–

Обсуждение

СК являются самой частой доброкачественной опухолью у пациентов старше 40 лет. В связи с клиническим разнообразием, особенностями локализации и легкой возможностью травматизации СК может имитировать другие доброкачественные или злокачественные опухоли. Наряду с диагностическими критериями типичных форм СК необходимо принять во внимание клинико-дерматоскопические признаки атипичных форм СК. Клинически атипичные СК могут встречаться на любом участке кожного покрова. Наиболее частой локализацией атипичных СК были голова/шея (45,8%), туловище (27,1%) и конечности (22,8%), что сопоставимо с данными других авторов [4, 8, 9]. Такие дерматоскопические «типичные» признаки СК, как комедоноподобные структуры и признак «мозговых извилин», по сравнению с нашим исследованием, отмечены чаще у Lin и соавт. [4]. По остальным «типичным» признакам СК наши данные совпали с исследованием Mazzeo и соавт. [9].

На основании сопоставления клинической, дерматоскопической и патоморфологической картин мы выделили 4 группы атипичных СК. Аналогичные попытки делали и другие авторы, в том числе гиперкератотический паттерн описан Mazzeo и соавт. и Squillace и соавт., сосудистый — Mazzeo и соавт. и Lin и соавт., неспецифический (бесструктурный) — Mazzeo и соавт. **(табл. 6)**.

Пигментный дерматоскопический паттерн ранее упомянутые авторы не описывали, и впервые это сделано нами. В этой группе встречались СК, похожие на меланоцитарные образования, с атипичной пигментной сетью, хаотично расположенными точками и глобулами или гипер- и гипопигментированными бесструктурными областями.

Заключение

В результате анализа клинических, дерматоскопических и патоморфологических признаков для атипичных форм СК сформулирован комплекс характерных признаков, а также выделены 4 основных дерматоскопических паттерна. Комплекс дерматоскопических признаков атипичных СК может быть использован в пошаговом алгоритме диагностики новообразований кожи. Атипичные формы СК должны быть рассмотрены на этапе исключения СК для принятия решения об объеме инвазивного диагностического вмешательства.

Вклад авторов
Концепция и дизайн исследования — Шливко И.Л., Сайфуллина В.А.
Сбор и обработка материала — Сайфуллина В.А., Шливко И.Л., Гаранина О.Е, Орлинская Н.Ю., Миронычева А.М., Ускова К.А., Московченко А.О.
Статистическая обработка данных — Сайфуллин А.П., Сайфуллина В.А.
Написание текста, подготовка изображений — Сайфуллина В.А.
Редактирование статьи — Шливко И.Л., Гаранина О.Е., Сайфуллина В.А.

Authors' contributions:
The concept and design of the study — Saifullina V.A., Shlivko I.L.
Collecting and interpreting the data — Saifullina V.A., Shlivko I.L., Garanina O.E., N.YU. Orlinskaya, Uskova K.A., Mironycheva A.M., Moskovchenko A.O.
Statistical analysis — Saifullina V.A., Saifullin A.P.
Drafting the manuscript — Saifullina V.A.
Revising the manuscript — Shlivko I.L., Garanina O.E., Saifullin A.P.

Финансирование. Исследование проведено без спонсорской поддержки.

Financing. The study was done without sponsorship.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

The authors declare no conflict of interest.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Vestergaard ME, Macaskill P, Holt PE and Menzies SW. Dermoscopy compared with naked eye examination for the diagnosis of primary melanoma: a meta-analysis of studies performed in a clinical setting (in eng). *Br J Dermatol.* Sep 2008;159(3):669-676. https://doi.org/10.1111/j.1365-2133.2008.08713.x
2. Jackson JM, Alexis A, Berman B, Berson DS, Taylor S and Weiss JS. Current Understanding of Seborrheic Keratosis: Prevalence, Etiology, Clinical Presentation, Diagnosis, and Management (in eng). *J Drugs Dermatol.* Oct 2015;14(10):1119-1125.
3. Papageorgiou V, et al. The limitations of dermoscopy: false-positive and false-negative tumours. (in eng). *J Eur Acad Dermatol Venereol.* Jun 2018; 32(6):879-888. https://doi.org/10.1111/jdv.14782
4. Lin J, et al. Evaluation of dermoscopic algorithm for seborrhoeic keratosis: a prospective study in 412 patients (in eng). *J Eur Acad Dermatol Venereol.* Jul 2014;28(7):957-962. https://doi.org/10.1111/jdv.12241
5. Collie CJ, Ho JD. WHO classification. PathologyOutlines.com website. Accessed January 23rd, 2024C. https://www.pathologyoutlines.com/topic/skinnonmelanocyticWHO.html
6. Argenziano G, et al. Dermoscopy of pigmented skin lesions: results of a consensus meeting via the Internet (in eng). *J Am Acad Dermatol.* May 2003; 48(5):679-693. https://doi.org/10.1067/mjd.2003.281
7. Arevalo A, Altamura D, Avramidis M, Blum A and Menzies S. The significance of eccentric and central hyperpigmentation, multifocal hyper/hypopigmentation, and the multicomponent pattern in melanocytic lesions lacking specific dermoscopic features of melanoma. (in eng). *Arch Dermatol.*Nov 2008;144(11):1440-1444. https://doi.org/10.1001/archderm.144.11.1440
8. Squillace L, Cappello M, Longo C, Moscarella E, Alfano R and Argenziano G. Unusual Dermoscopic Patterns of Seborrheic Keratosis (in eng). *Dermatology.* 2016;232(2):198-202. https://doi.org/10.1159/000442439
9. Mazzeo M, Manfreda V, Diluvio L, Dattola A, Bianchi L and Campione E. Dermoscopic Analysis of 72 "Atypical" Seborrheic Keratoses (in eng|spa). *Actas Dermosifiliogr (Engl Ed).* Jun 2019;110(5):366-371. https://doi.org/10.1016/j.ad.2018.10.014

Поступила в редакцию29.02.2024
Received29.02.2024
Принята к печати 13.11.2024
Accepted13.11.2024