

DOI: <https://doi.org/10.17816/ps738>

Невус Ядассона у новорожденного: хирургическое лечение или консервативная тактика?

И.А. Карякина¹, М.Г. Рехвиашвили^{2, 3}, И.Г. Базина¹, Н.Н. Богатырева¹, К.Д. Проплеткина⁴¹ Морозовская детская городская клиническая больница, Москва, Россия;² Московский областной центр охраны материнства и детства, Люберцы, Россия;³ Российский университет медицины, Москва, Россия;⁴ Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова, Москва, Россия

АННОТАЦИЯ

Обоснование. Невус Ядассона (себорейный невус, невус сальных желёз) — гамартома, локализуемая преимущественно на коже волосистой части головы и лице. При рождении имеет вид малозаметной светло-желтой бляшки, значимо увеличивающейся в период полового созревания под действием андрогенной стимуляции. Гистологическая картина невуса Ядассона характеризуется изменениями эпидермиса в виде акантоза, папилломатоза, гиперкератоза, наличием большого количества гиперплазированных сальных желёз. Плюрипотентные эпителиальные клетки, входящие в состав гамартоты, обуславливают возможность развития вторичных доброкачественных и злокачественных опухолей. Невус сальных желёз может быть ассоциирован с синдромом Шиммельпеннинга–Фейерштейна–Мимса, для которого характерно поражение нервной системы и глаз. В настоящее время не разработано единых рекомендаций для ведения пациентов с невусом Ядассона.

Описание клинического случая. В данной статье мы представляем собственный опыт лечения двух детей с данной патологией. Первому мальчику в связи с большими размерами невуса и значимым косметическим дефектом было проведено радикальное хирургическое лечение в возрасте 16-ти сут. Удаление образования в неонатальном периоде позволило предотвратить развитие грубых послеоперационных рубцов и добиться хорошего косметического результата за счет высоких эластических и регенеративных свойств кожи младенца. У второго ребёнка невус Ядассона имел вид малозаметной светло-желтой бляшки, в связи с чем было принято решение о консервативной тактике ведения данного пациента. Оба ребёнка были консультированы неврологом и офтальмологом, по заключениям которых патологий со стороны нервной системы и органа зрения выявлено не было.

Заключение. Описанные клинические примеры демонстрируют необходимость индивидуального и мультидисциплинарного подхода в ведении пациентов с невусом Ядассона. Активная хирургическая тактика должна быть обусловлена наличием значимого косметического дефекта, а не профилактикой злокачественной трансформации, встречающейся менее чем в 1% случаев.

Ключевые слова: невус Ядассона; хирургия новорожденных; челюстно-лицевая хирургия.

Как цитировать:

Карякина И.А., Рехвиашвили М.Г., Базина И.Г., Богатырева Н.Н., Проплеткина К.Д. Невус Ядассона у новорожденного: хирургическое лечение или консервативная тактика? // Детская хирургия. 2024. Т. 28. № 2. С. 231–238. DOI: <https://doi.org/10.17816/ps738>

DOI: <https://doi.org/10.17816/ps738>

Jadassohn's nevus in a newborn: surgical treatment or conservative tactics

Irina A. Karyakina¹, Mikhail G. Rekhviashvili^{2, 3}, Irina G. Bazina¹, Nina N. Bogatyreva¹, Kristina D. Propletkina⁴

¹ Morozov Children's Municipal Clinical Hospital, Moscow, Russia;

² Moscow Regional Center for Maternal and Child Health, Lyubertsy, Russia;

³ Russian University of Medicine, Moscow, Russia;

⁴ The Russian National Research Medical University named after N.I. Pirogov, Moscow, Russia

ABSTRACT

BACKGROUND: Jadassohn's nevus (seborrheic nevus, nevus of the sebaceous glands) is a hamartoma which is mainly localized on the scalp and face skin. At birth, it looks like a barely noticeable light yellow plaque which significantly increases at the puberty period under androgenic stimulation. The histological picture of Jadassohn's nevus is characterized by changes in the epidermis in the form of acanthosis, papillomatosis, hyperkeratosis, and a large number of hyperplastic sebaceous glands. Pluripotent epithelial cells, which are part of the hamartoma, may provoke the growth of secondary benign and malignant tumors. This nevus may be manifested by Schimmelpenning–Feuerstein–Mims syndrome which can damage the nervous system and eyes. Currently, there are no uniform recommendations for the management of patients with Jadassohn's nevus.

CLINICAL CASE DESCRIPTION: In this article, we present our own experience of treating two children discussed pathology. The first boy had a radical surgery at the age of 16 days of life because of large dimensions of the nevus and a significant cosmetic defect. Removal of the formation at the neonatal period has prevented the development of rough postoperative scars and promoted good cosmetic outcome due to high elastic and regenerative properties of baby's skin. In the second child, Jadassohn's nevus looked like a barely noticeable light yellow plaque; therefore, conservative tactics was chosen for this patient. Both children were consulted by a neurologist and an ophthalmologist who found no pathology in the nervous system and in the vision organs.

CONCLUSION: The described two clinical examples demonstrate the need for individual and multidisciplinary approaches in the management of patients with Jadassohn's nevus. Active surgical tactics should be applied because of a significant cosmetic defect rather than for the prevention of malignant transformation which is met in less than 1% of cases.

Keywords: Jadassohn's nevus; neonatal surgery; maxillofacial surgery.

To cite this article:

Karyakina IA, Rekhviashvili MG, Bazina IG, Bogatyreva NN, Propletkina KD. Jadassohn's nevus in a newborn: surgical treatment or conservative tactics. *Russian Journal of Pediatric Surgery*. 2024;28(2):231–238. DOI: <https://doi.org/10.17816/ps738>

ОБОСНОВАНИЕ

Невус Ядассона (НЯ, себорейный невус, невус сальных желёз) — врожденная кожная гамартома, содержащая эпидермальный, фолликулярный, апокринный или сальный компонент и относящаяся к органоидным невусам [1, 2]. Встречается у 0,3% новорожденных, при этом заболеваемость среди мальчиков и девочек одинакова [3, 4]. Наименее часто НЯ локализуется на коже волосистой части головы, лице, шее, однако в редких случаях, возможно поражение туловища или конечностей [5]. Характерно распределение вдоль линий Блашко, в результате чего невус принимает форму овала или запятой [1, 2, 6, 7].

Возникновение данной гамартоты связано с постзиготными соматическими мутациями в сигнальном пути последовательностей ДНК, ассоциированных с ретровирусом: были обнаружены специфические активирующие мутации в генах *HRAS* и *KRAS*, которые приводят к усилению клеточной пролиферации [1, 7–9].

У новорождённых НЯ имеет вид малозаметной лишённой волос гладкой бляшки от светло-жёлтого до оранжевого цвета. Гистологически отмечаются недостаточно развитые сальные железы, изменения эпидермиса в виде незначительного акантоза и умеренного папилломатоза [3, 8, 10]. В период полового созревания очаги увеличиваются. Невус приобретает бородавчатый или узловатый вид с бархатистой или бугристой поверхностью, цвет варьирует от темно-жёлтого до коричневого [1, 2, 10, 11]. Эта эволюция отражает гистологическую дифференцировку сальных желёз кожи, папилломатозную эпидермальную гиперплазию и созревание апокринных желёз на фоне гормональных изменений в организме ребёнка, прежде всего, андрогенной стимуляции [3, 7, 9].

В пределах НЯ возможно развитие многочисленных вторичных опухолей, частота возникновения которых увеличивается с возрастом пациента, особенно после полового созревания [7]. Большинство опухолей являются доброкачественными. Наиболее часто встречаются трихобластома и сосочковая сиригистаденома [6, 8, 12, 13]. В более редких случаях (менее 1% наблюдений) обнаруживается злокачественная трансформация невуса сальных желёз и развитие базальноклеточной карциномы [3]. Неопластический потенциал себорейного невуса обусловлен плюрипотентностью клеточных элементов, входящих в его состав и способных давать начало различным опухолевым структурам [8].

НЯ может быть ассоциирован с синдромом линейного сального невуса (синдром Шиммельпеннинга–Фейерштейна–Мимса), для которого характерны следующие внекожные проявления: поражение центральной нервной системы, включающее судороги и умственную отсталость; аномалии глаз и скелета [5, 8]. Развитие данного синдрома преимущественно связано с наличием гигантского невуса сальных желёз, в связи с чем необходимо комплексное обследование пациентов, а при наличии

поражения площадью более 1% поверхности тела — обязательная оценка неврологического статуса [6, 14].

В настоящее время нет единых рекомендаций для ведения пациентов с НЯ. Ряд отечественных и зарубежных авторов считают необходимым радикальное хирургическое удаление образования в период новорожденности, другие же придерживаются консервативной тактики. В данной статье мы хотим представить собственный опыт лечения двух пациентов с себорейным невусом.

ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ

Клинический случай № 1

Доношенный мальчик Х. поступил в стационар в возрасте 3-х сут. Родители предъявляли жалобы на объёмное образование в области головы и правой ушной раковины, которое было диагностировано на 18-ой нед. беременности по данным ультразвукового скрининга.

Результаты физикального, лабораторного и инструментального исследования

При осмотре на волосистой части головы в правой височно-теменной области определялось папилломатозное образование бледно-розового цвета неправильной формы размерами 11×5 см, возвышающееся над поверхностью кожи, переходящее на правую ушную раковину и заушную область (рис. 1). Ближе к сагитальному шву участок образования покрыт корками. При пальпации образование мягко-эластической консистенции с мелкобугристой поверхностью, безболезненное.

Лечение

После предоперационного общеклинического обследования образование было частично удалено с целью гистологической верификации (рис. 2, рис. 3). По данным микроскопического исследования полученного материала, определялись изменения эпидермиса в виде выраженного папилломатоза (рис. 4, а, b, e), акантоза и гиперкератоза с образованием кератиновых псевдокист (рис. 4, а, b, d). Отмечалось наличие фокусов изъязвления эпидермиса и реактивной воспалительной инфильтрации (рис. 4, d, e). Особо обращало на себя внимание наличие большого количества гиперплазированных сальных желёз, расположенных интрадермально и значительно превышающих по количеству волосные фолликулы (рис. 4, b–d, f). Таким образом, было сделано заключение о соответствии морфологической картины НЯ.

В связи с большими размерами невуса с целью исключения синдрома Шиммельпеннинга–Фейерштейна–Мимса ребёнок был консультирован неврологом и офтальмологом, проведена магнитно-резонансная томография головного мозга и мягких тканей с внутривенным контрастированием. По результатам обследования патологий со стороны нервной системы и глаз выявлено не было.

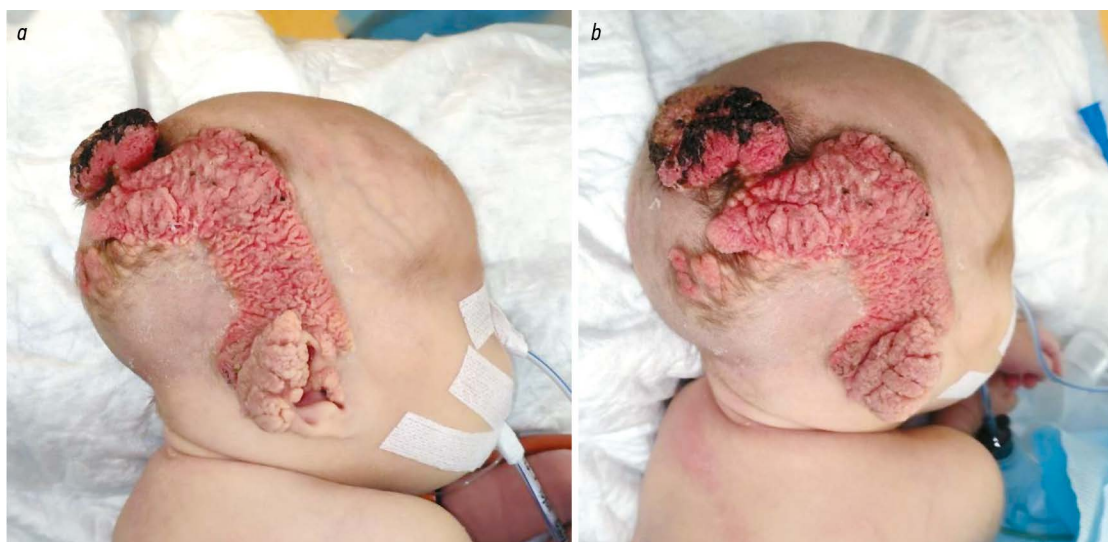


Рис. 1. Внешний вид пациента в возрасте 5 сут.: *a* — правая височная область; *b* — правая височно-теменная область.
Fig. 1. View of the patient at 5 day age: *a* — the right temporal region; *b* — the right temporoparietal region.



Рис. 2. Внешний вид пациента после биопсии: *a* — правая височная область; *b* — правая височно-теменная область, образование частично удалено.
Fig. 2. View of the patient after biopsy: *a* — the right temporal region; *b* — the right temporoparietal region, the formation has been partially removed.

В возрасте 16-ти сут проведено радикальное удаление НЯ и выполнена реконструктивная пластика кожи головы на лоскутах с широким основанием (рис. 5). Послеоперационный период протекал гладко. При микроскопическом исследовании удалённых фрагментов образования отмечались патологические изменения, идентичные обнаруженным в раннее взятых биоптатах.

Исход и результаты последующего наблюдения

При осмотре ребёнка в возрасте 2 лет в волосистой части головы справа визуализируется нормотрофический рубец лямбдовидной формы, каждая из сторон которого длиной 4,5–6 см (рис. 6). Рубец не гиперемизирован, над поверхностью кожи не выступает, лишён волосяного покрова, при привычном положении головы скрыт волосами. Конфигурация лица и шеи не изменена.

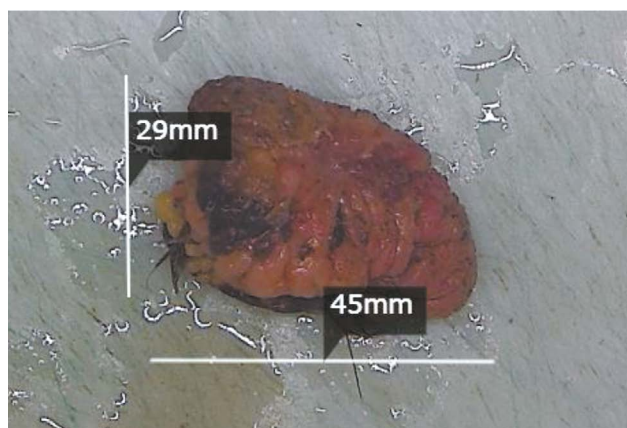


Рис. 3. Макроскопическая картина удалённого фрагмента образования.
Fig. 3. Macroscopic picture of the removed fragment of the formation.

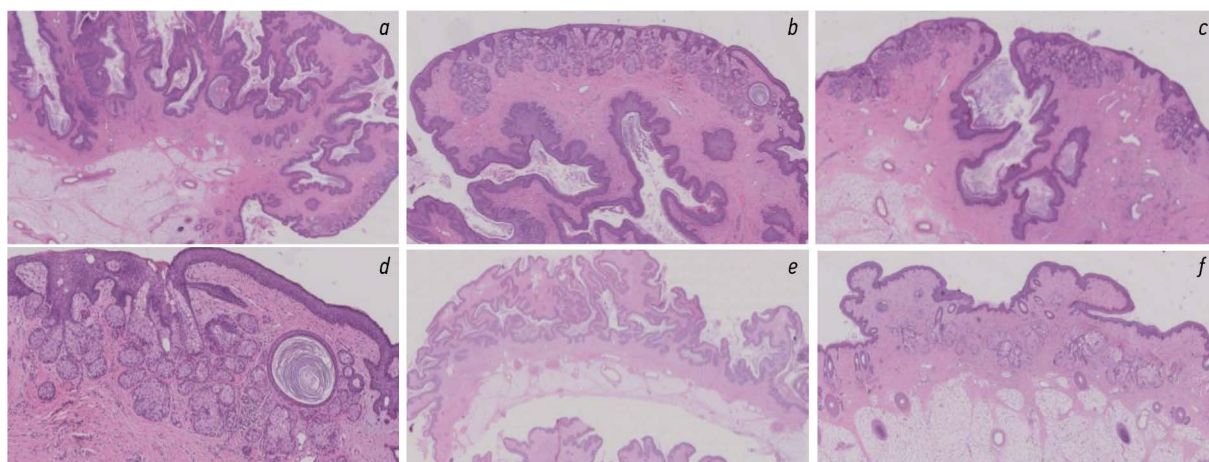


Рис. 4. Микроскопическая картина биоптата: *a, b, e* — эпидермис с выраженным папилломатозом; *a, b, d* — эпидермис с выраженным акантозом и гиперкератозом с образованием кератиновых псевдокист; *b, c* — фокусы изъязвления и реактивной воспалительной инфильтрации; *b-d, f* — большое количество интрадермальных гиперплазированных сальных желёз; окраска гематоксилин-эозином; увеличение $\times 10$ (*a-c, e, f*), $\times 40$ (*c*).

Fig. 4. Microscopic picture of the biopat: *a, b, e* — epidermis with pronounced papillomatosis; *a, b, d* — epidermis with pronounced acanthosis and hyperkeratosis, formation of keratin pseudocysts; *b, c* — ulcerative foci and reactive inflammatory infiltration; *b-d, f* — large number of intradermal hyperplastic sebaceous glands; hematoxylin-eosin staining; magnification $\times 10$ (*a-c, e, f*), $\times 40$ (*c*).



Рис. 5. Внешний вид пациента после операции.

Fig. 5. Patient after surgery.

Клинический случай № 2

Доношенный мальчик Х. поступил в стационар в возрасте 3-х сут. Родители предъявляли жалобы на наличие образования на волосистой части головы.

Результаты физикального, лабораторного и инструментального исследования

При осмотре в правой височной области определяется слегка приподнятая над уровнем кожи бляшка светло-жёлтого цвета неправильной формы размерами 5×3 см с мелкими полушаровидными папулами. Бляшка лишена волос, переходит на правую скуловую область (рис. 7). При пальпации мягко-эластической консистенции, гладкая, безболезненная.

С целью гистологической верификации образования ребёнку была проведена биопсия. Микроскопическая картина соответствовала НЯ. Ребёнок был консультирован неврологом и офтальмологом, по заключениям которых патологий со стороны нервной системы и органа зрения выявлено не было.

Исход и результаты последующего наблюдения

В связи с отсутствием выраженного косметического дефекта было принято решение о консервативной тактике ведения пациента. В настоящий момент ребёнок наблюдается амбулаторно.

ОБСУЖДЕНИЕ

В конце XX века основным методом лечения НЯ было его полное иссечение в младенчестве ввиду высокого риска малигнизации, достигавшего 22% [15]. В настоящее время проведены ретроспективные исследования с подробным изучением гистологического материала, которые показывают, что большинство опухолей, ранее диагностированных как базальноклеточная карцинома, на самом деле были доброкачественными новообразованиями — трихобластомами. В результате частота истинной злокачественной трансформации очень низка и составляет менее 1%. [2, 10, 16]. В связи с этим ряд зарубежных авторов предлагает консервативный подход в ведении пациентов с невусом сальных желёз, основанный на периодическом клиническом обследовании и биопсии подозрительных участков [6]. Хирургическое лечение рекомендовано пациентам со значимыми эстетическими проблемами. При этом радикальное удаление НЯ предпочтительно в младенческом возрасте, что связано с высокой эластичностью кожи младенцев и лучшими косметическими результатами в послеоперационном периоде [10, 14].



Рис. 6. Внешний вид ребёнка в возрасте 2 лет: *a* — при привычном положении головы рубец прикрыт волосами; *b* — нормотрофический рубец лямбдовидной формы в правой височно-теменной области.

Fig. 6. A child at the age of 2 years: *a* — the scar is covered with the hair under usual head position; *b* — the normotrophic lambdoid scar in the right temporoparietal region.



Рис. 7. Вид пациента в возрасте 6 сут.

Fig. 7. Patient at the age of 6 days.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В данной статье представлено клиническое наблюдение двух пациентов с невусом сальных желёз. Радикальное хирургическое удаление невуса у первого пациента в младенческом возрасте позволило уменьшить косметический дефект и предотвратить развитие грубых послеоперационных рубцов за счёт высоких эластических и регенеративных свойств кожи новорождённого. У второго пациента себорейный невус имел вид малозаметной светло-жёлтой бляшки, не причинявшей ребёнку выраженного дискомфорта, что позволило выбрать консервативный метод лечения.

Таким образом, описанные клинические примеры демонстрируют необходимость индивидуального и мультидисциплинарного подхода при лечении пациентов с НЯ. Радикальное удаление образования рекомендовано

в младенческом возрасте пациентам со значимыми эстетическими проблемами и не должно являться основным методом лечения с целью профилактики злокачественной трансформации, встречающейся менее чем в 1% случаев.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Источник финансирования. Статья публикуется без спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии явных и потенциальных конфликтов интересов.

Вклад авторов. Все авторы подтверждают соответствие своего авторства международным критериям ICMJE. Наибольший вклад распределён следующим образом: И.А. Карякина, И.Г. Базина, Н.Н. Богатырева, М.Г. Рехвиашвили — редактирование статьи; К.Д. Проплеткина — сбор и обработка материала, написание текста.

Согласие на публикацию. Авторы получили письменное согласие законных представителей пациентов на публикацию медицинских данных в обезличенной форме в журнале «Детская хирургия». Дата подписания 11.09.2023.

ADDITIONAL INFORMATION

Funding source. The publication had no sponsorship.

Competing interests. The authors claim that there is no conflict of interest in the article.

Authors' contribution. All authors confirm compliance of their authorship with the international ICMJE criteria. The largest contribution is distributed as follows: I.A. Karyakina, I.G. Bazina, N.N. Bogatyreva, M.G. Rekhviashvili — editing; K.D. Propletkina — collecting and processing the material, manuscript writing.

Consent for publication. Written consent was obtained from the representatives of the patients for publication of relevant medical information and all of accompanying images in anonymized form within the manuscript in the journal Russian Journal of Pediatric Surgery. Date of signing 11.09.2023.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Garcias-Ladaria J., Cuadrado Rosón M., Pascual-López M. Epidermal nevi and related syndromes: Part 2: Nevi derived from adnexal structures // *Actas Dermosifiliogr (Engl Ed)*. 2018. Vol. 109, N 8. P. 687–698. doi: 10.1016/j.ad.2018.05.004
2. Wali G.N., Felton S.J., McPherson T. Management of naevus sebaceous: A national survey of UK dermatologists and plastic surgeons // *Clin Exp Dermatol*. 2018. Vol. 43, N 5. P. 589–591. doi: 10.1111/ced.13422
3. Baigrie D., Troxell T., Cook C. Nevus sebaceous. B: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2023. Режим доступа: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482493/>
4. Жучков М.В., Большакова Е.Е., Сонин Д.Б., Родионова С.А. Дерматоскопическая диагностика невусов сальных желёз Ядассона // *Вестник дерматологии и венерологии*. 2018. Т. 94, № 3. С. 39–44. EDN: XXFTDN doi: 10.25208/0042-4609-2018-94-3-39-44
5. Gu A.K., Zhang X.J., Zhang L.T., Ma F.K. Nevus sebaceous at an unusual location: A rare presentation // *Chin Med J (Engl)*. 2017. Vol. 130, N 23. P. 2897–2898. doi: 10.4103/0366-6999.219147
6. Chepla K.J., Gosain A.K. Giant nevus sebaceous: Definition, surgical techniques, and rationale for treatment // *Plastic Reconstruct Surg*. 2012. Vol. 130, N 2. P. 296e–304e. doi: 10.1097/PRS.0b013e3182589df2
7. Patel P., Malik K., Khachemoune A. Sebaceous and Becker's nevus: Overview of their presentation, pathogenesis, associations, and treatment // *Am J Clin Dermatol*. 2015. Vol. 16, N 3. P. 197–204. doi: 10.1007/s40257-015-0123-y
8. Maldonado D., Hanson F., Layher H., Tarbox M. Neurofibroma within a nevus sebaceous: A case report // *Cureus*. 2022. Vol. 14, N 8. P. e28645. EDN: ZERHQC doi: 10.7759/cureus.28645
9. Lihua J., Feng G., Shanshan M., et al. Somatic KRAS mutation in an infant with linear nevus sebaceous syndrome associated with lymphatic malformations: A case report and literature review // *Medicine (Baltimore)*. 2017. Vol. 96, N 47. P. e8016. doi: 10.1097/MD.00000000000008016
10. Kamyab-Hesari K., Seirafi H., Jahan S., et al. Nevus sebaceous: A clinicopathological study of 168 cases and review of the literature // *Int J Dermatol*. 2015. Vol. 55, N 2. P. 193–200. doi: 10.1111/ijd.12845
11. Гайдина Т.А., Дворников А.С., Скрипкина П.А., Арутюнян Г.Б. Актуальность удаления невуса Ядассона у лиц молодого возраста // *Вестник Российского государственного медицинского университета*. 2018. № 3. С. 80–83. EDN: VBFWJQ doi: 10.24075/vrgmu.2018.033
12. Morimura S., Tomita Y., Ansai S., Sugaya M. Secondary malignant tumors arising in nevus sebaceous: Two case reports // *Diagnostics*. 2022. Vol. 12, N 6. P. 1448. EDN: SXLQOM doi: 10.3390/diagnostics12061448
13. Lobato-Berezo A., Aguilera-Peiró P., Pujol-Vallverdú R.M. Tumor collision over sebaceous nevus: Clues for dermoscopic diagnosis // *Actas Dermosifiliogr (Engl Ed)*. 2018. Vol. 109, N 7. P. 647–648. doi: 10.1016/j.ad.2017.04.034
14. El Ezzi O., de Buys Roessingh A.S., Bigorre M., Captier G. Syndromic sebaceous nevus: Current findings // *Int J Dermatol*. 2018. Vol. 57, N 5. P. 599–604. doi: 10.1111/ijd.13942
15. Westfried M., Mikhail G.R. Multifocal basal-cell carcinomas in a nevus sebaceous of Jadassohn // *J Dermatol Surg Oncol*. 1981. Vol. 7, N 5. P. 420–422. doi: 10.1111/j.1524-4725.1981.tb00668.x
16. Idriss M.H., Elston D.M. Secondary neoplasms associated with nevus sebaceous of Jadassohn: A study of 707 cases // *J Am Acad Dermatol*. 2014. Vol. 70, N 2. P. 332–337. doi: 10.1016/j.jaad.2013.10.004

REFERENCES

1. Garcias-Ladaria J, Cuadrado Rosón M, Pascual-López M. Epidermal nevi and related syndromes: Part 2: Nevi derived from adnexal structures. *Actas Dermosifiliogr (Engl Ed)*. 2018;109(8):687–698. doi: 10.1016/j.ad.2018.05.004
2. Wali GN, Felton SJ, McPherson T. Management of naevus sebaceous: A national survey of UK dermatologists and plastic surgeons. *Clin Exp Dermatol*. 2018;43(5):589–591. doi: 10.1111/ced.13422
3. Baigrie D, Troxell T, Cook C. Nevus sebaceous. In: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2023. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482493/>
4. Zhuchkov MV, Bolshakova EE, Sonin DB, Rodionova SA. Dermatoscopic diagnostics of nevus sebaceous of Jadassohn. *Vestnik dermatologii i venerologii*. 2018;94(3):39–44. EDN: XXFTDN doi: 10.25208/0042-4609-2018-94-3-39-44
5. Gu AK, Zhang XJ, Zhang LT, Ma FK. Nevus sebaceous at an unusual location: A rare presentation. *Chin Med J (Engl)*. 2017;130(23):2897–2898. doi: 10.4103/0366-6999.219147
6. Chepla KJ, Gosain AK. Giant nevus sebaceous: definition, surgical techniques, and rationale for treatment. *Plastic Reconstruct Surg*. 2012;130(2):296e–304e. doi: 10.1097/PRS.0b013e3182589df2
7. Patel P, Malik K, Khachemoune A. Sebaceous and Becker's nevus: Overview of their presentation, pathogenesis, associations, and treatment. *Am J Clin Dermatol*. 2015;16(3):197–204. doi: 10.1007/s40257-015-0123-y
8. Maldonado D, Hanson F, Layher H, Tarbox M. Neurofibroma within a nevus sebaceous: A case report. *Cureus*. 2022;14(8):e28645. EDN: ZERHQC doi: 10.7759/cureus.28645
9. Lihua J, Feng G, Shanshan M, et al. Somatic KRAS mutation in an infant with linear nevus sebaceous syndrome associated with lymphatic malformations: A case report and literature review. *Medicine (Baltimore)*. 2017;96(47):e8016. doi: 10.1097/MD.00000000000008016
10. Kamyab-Hesari K, Seirafi H, Jahan S, et al. Nevus sebaceous: A clinicopathological study of 168 cases and review of the literature. *Int J Dermatol*. 2015;55(2):193–200. doi: 10.1111/ijd.12845
11. Gaidina TA, Dvornikov AS, Skripkina PA, Arutyunyan GB. Rationale for removing nevus sebaceous of jadassohn in young patients. *Bulletin Russ State Med University*. 2018;(3):80–83. EDN: VBFWJQ doi: 10.24075/vrgmu.2018.033
12. Morimura S, Tomita Y, Ansai S, Sugaya M. Secondary malignant tumors arising in nevus sebaceous: Two case reports. *Diagnostics*. 2022;12(6):1448. EDN: SXLQOM doi: 10.3390/diagnostics12061448
13. Lobato-Berezo A, Aguilera-Peiró P, Pujol-Vallverdú RM. Tumor collision over sebaceous nevus: Clues for dermoscopic diagnosis. *Actas Dermosifiliogr (Engl Ed)*. 2018;109(7):647–648. doi: 10.1016/j.ad.2017.04.034
14. El Ezzi O, de Buys Roessingh AS, Bigorre M, Captier G. Syndromic sebaceous nevus: Current findings. *Int J Dermatol*. 2018;57(5):599–604. doi: 10.1111/ijd.13942
15. Westfried M, Mikhail GR. Multifocal basal-cell carcinomas in a nevus sebaceous of Jadassohn. *J Dermatol Surg Oncol*. 1981;7(5):420–422. doi: 10.1111/j.1524-4725.1981.tb00668.x
16. Idriss MH, Elston DM. Secondary neoplasms associated with nevus sebaceous of Jadassohn: A study of 707 cases. *J Am Acad Dermatol*. 2014;70(2):332–337. doi: 10.1016/j.jaad.2013.10.004

ОБ АВТОРАХ

*** Рехвиашвили Михаил Георгиевич**, канд. мед. наук;
адрес: Россия, 140014, Московская обл., Люберцы, ул. Мира, д. 6;
ORCID: 0000-0003-2256-6198;
eLibrary SPIN: 8467-3155;
e-mail: dr.rekhviashvili@yandex.ru

Карякина Ирина Алексеевна, д-р мед. наук;
ORCID: 0009-0002-4034-8776;
eLibrary SPIN: 9711-9742;
e-mail: karyakina@mail.ru

Базина Ирина Геннадьевна, канд. мед. наук;
eLibrary SPIN: 1698-9752;
e-mail: mdgkb-facial@morozdgkb.ru

Богатырева Нина Николаевна;
ORCID: 0000-0002-7786-5075;
eLibrary SPIN: 2609-9662;
e-mail: centrpah@yandex.ru

Проплеткина Кристина Дмитриевна;
eLibrary SPIN: 7090-1044;
e-mail: kislinka2000@yandex.ru

AUTHORS' INFO

*** Mikhail G. Rekhviashvili**, MD, Cand. Sci. (Medicine);
address: 6 Mira street, 140014 Lyubertsy, Moscow region, Russia;
ORCID: 0000-0003-2256-6198;
eLibrary SPIN: 8467-3155;
e-mail: dr.rekhviashvili@yandex.ru

Irina A. Karyakina, MD, Dr. Sci. (Medicine);
ORCID: 0009-0002-4034-8776;
eLibrary SPIN: 9711-9742;
e-mail: karyakina@mail.ru

Irina G. Bazina, MD, Cand. Sci. (Medicine);
eLibrary SPIN: 1698-9752;
e-mail: mdgkb-facial@morozdgkb.ru

Nina N. Bogatyreva, MD;
ORCID: 0000-0002-7786-5075;
eLibrary SPIN: 2609-9662;
e-mail: centrpah@yandex.ru

Kristina D. Propletkina, MD;
eLibrary SPIN: 7090-1044;
e-mail: kislinka2000@yandex.ru

* Автор, ответственный за переписку / Corresponding author