

Круглова Л.С., Акимов В.Г.

Доброкачественные опухоли кожи из волосяных фолликулов и потовых желёз

ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации, 121359, г. Москва, Россия

Статья посвящена описанию доброкачественных образований кожи из волосяных фолликулов и потовых желёз, нередко представляющих диагностические затруднения у практикующих врачей. Оригинальные фотографии демонстрируют характерные клинические признаки этих дерматозов.

Ключевые слова: кожа; диагностика; клинические признаки; доброкачественные опухоли; волосяные фолликулы; потовые железы.

Для цитирования: Круглова Л.С., Акимов В.Г. Доброкачественные опухоли кожи из волосяных фолликулов и потовых желёз. *Российский журнал кожных и венерических болезней*. 2020; 23(2): 74-79. DOI: <https://dx.doi.org/10.17816/dv2020274-79>

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Поступила 03.04.2020

Принята к печати 30.04.2020

Kruglova L.S., Akimov V.G.

Benign skin tumors arising from the hair follicles and sweat glands

Department of Dermatovenereology and Cosmetology of the Central State Medical Academy of Department of Presidential Affairs, 121319, Moscow, Russian Federation

This article discusses benign skin tumors originating from hair follicles and sweat glands, which can complicate the diagnosis for the medical practitioners. Original photos are used to illustrate the distinct clinical manifestations of these dermatoses.

Key words: skin; diagnostics; clinical features; benign tumor; follicle; sweat glands.

For citation: Kruglova L.S., Akimov V.G. Benign skin tumors arising from the hair follicles and sweat glands. *Russian Journal of Skin and Venereal Diseases (Rossiyskii Zhurnal Kozhnykh i Venericheskikh Boleznei)*. 2020; 23(2): 74-79. (in Russian). DOI: <https://dx.doi.org/10.17816/dv2020274-79>

Acknowledgments. The study had no sponsorship.

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Received 03 April 2020

Accepted 30 April 2020

Доброкачественные опухоли кожи характеризуются медленным экспансивным ростом, отсутствием метастазирования и общего влияния на организм. Злокачественные опухоли кожи (базально-клеточный рак, плоскоклеточный рак, меланома) встречаются чаще и лучше распознаются.

Диагностика доброкачественных образований кожи нередко представляет значительные трудности для дерматологов с небольшим профессиональным опытом. На амбулаторном приёме нет возможности немедленно подтвердить клинический диагноз патоморфологическим исследованием, поэтому в статье

мы не приводим гистологических признаков перечисляемых дерматозов. Большинство из них имеют настолько характерную клиническую картину, что этого и не требуется.

До настоящего времени нет общепризнанной клинической классификации опухолей кожи. Хотя клинико-морфологическая классификация А.К. Апатенко [1] была предложена почти 50 лет тому назад, мы продолжаем ею пользоваться за неимением более простой. В её основу положен источник доброкачественного или злокачественного перерождения клеток:

Для корреспонденции:

Акимов Всеволод Георгиевич, доктор медицинских наук, профессор кафедры дерматовенерологии и косметологии Центральной государственной медицинской академии Управления делами Президента Российской Федерации, 121359, г. Москва, Россия. E-mail: vsevolod_akimov@mail.ru

For correspondence:

Vsevolod G. Akimov, MD, PhD, DSc, Professor of the Department of Dermatovenereology and Cosmetology of the Central State Medical Academy of Department of Presidential Affairs, Moscow, 121359, Russian Federation. E-mail: vsevolod_akimov@mail.ru

Information about author:

Akimov V.G., <http://orcid.org/0000-0003-1859-3572>; Kruglova L.S., <http://orcid.org/0000-0002-5044-5265>

- собственно опухоли кожи;
- опухоли придатков кожи;
- соединительно-тканые опухоли;
- опухоли из жировой ткани;
- опухоли из мышечной ткани;
- сосудистые опухоли;
- опухоли из нервной ткани.

В рамках этой журнальной статьи мы ограничимся описанием только некоторых доброкачественных опухолей кожи.

Собственно опухоли кожи

Папиллома — доброкачественное образование, развивающееся из плоского или переходного эпителия. Выделяют папилломы вирусной (бородавка обыкновенная, подошвенная кондилома, плоская кондилома, остроконечная кондилома) и невирусной (фиброэпителиальный полип, акрохорда) этиологии. Встречаются в любом возрасте, но чаще наблюдаются у пожилых людей. Локализуются как на коже, так и на слизистых оболочках полости носа, голосовых связок, рта, мочевого пузыря.

Клиническая картина. Папиллома локализуется преимущественно на шее или в естественных складках тела (подмышечные, паховые) в виде выростов на ножке с гладкой или ворсинчатой поверхностью. Элементы могут быть единичными (рис. 1) или сгруппированными, иметь гладкую или ворсинчатую поверхность, узкое или широкое основание. Папилломы встречаются не только на коже, но и на головке полового члена или на слизистой вульвы. Размеры обычно не превышают 0,5 см, но бывают и более крупные образования, похожие на петушиный гребень или цветную капусту. При наличии иммунодефицита наблюдаются очень распространённые высыпания.

Дифференциальную диагностику проводят с меланоцитарным невусом.

Лечение. Применяются электро-, крио-, лазеро-деструкция или хирургическое удаление. При множественных высыпаниях необходимо исследование иммунологического статуса пациента.

Себорейный кератоз — доброкачественное эпителиальное новообразование, обычно локализующееся на коже туловища.

Клиническая картина. Пятна, узлы и бляшки диаметром до 2–3 см и более, округлых или овальных очертаний, преимущественно у лиц пожилого возраста. Границы чёткие, цвет от светло-коричневого до интенсивно-черного. Поверхность бородавчатая, с роговыми пробками и сухими кератотическими массами (рис. 2). Элементы обычно многочисленные, беспорядочно расположенные на коже туловища. Иногда больные отмечают легкий зуд.

Сенильный кератоз нередко отождествляют с себорейным кератозом. Однако он отличается



Рис. 1. Папиллома.

локализацией на открытых участках тела (лицо, шея, тыльная поверхность кистей) у пожилых людей, особенно у тех, чья профессия была связана с пребыванием на открытом воздухе (моряки, сельскохозяйственные работники). Кератоз начинается с пятен желтого или коричневого цвета, слегка приподнятых над уровнем кожи. Потом они покрываются кератотическими корками, становятся твёрдыми, сухими, плотно связанными с подлежащими тканями. Сенильный кератоз обычно наблюдается на фоне «старческой кожи» — морщинистой, с пониженным тургором, пигментными пятнами.

Дифференциальную диагностику проводят с начальными стадиями плоскоклеточного рака и меланомой.

Лечение. Электрокоагуляция, лазерная коагуляция, криодеструкция.

Синдром Лезера–Трела (Leser–Trelat syndrome) — факультативная паранеоплазия. Полагают, что в основе быстрого и массивного появления на коже себорейных кератом и одновременного развития опухоли

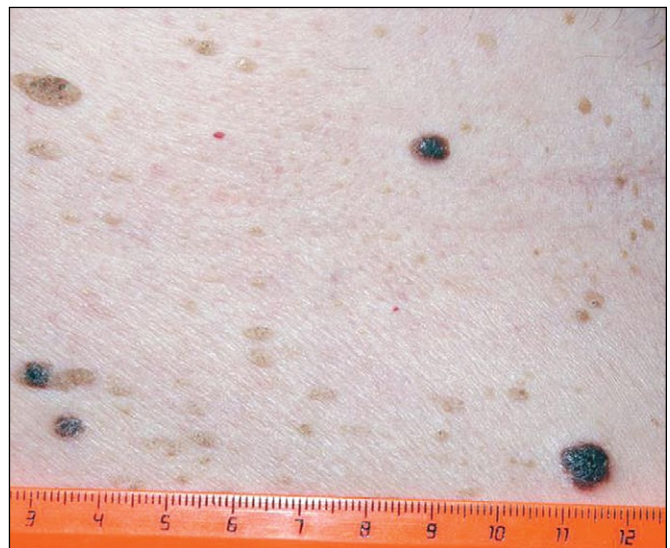


Рис. 2. Себорейный кератоз.



Рис. 3. Синдром Лезера–Трела – паранеоплазия.

внутренних органов лежит снижение иммунитета больного. Патогенез также объясняют высоким содержанием рецепторов эпидермального фактора роста, которые экспрессируются злокачественными опухолями [2].

Клинические проявления. Внезапное («взрывное») увеличение на коже количества себорейных кератом, часто на воспалительном основании. Для синдрома характерно не только наличие множественных высыпаний на коже, но также постоянное увеличение их количества и размеров (рис. 3). Кератомы преимущественно локализуются на груди, спине, животе. Будучи паранеопластическим признаком, это указывает на наличие онкологического заболевания – рака желудка, толстой кишки, поджелудочной железы [3]. Несколько реже описаны сочетания со злокачественными опухолями молочной железы, лёгких и мочевыводящих путей, а также грибковидным микозом [4]. Кожные проявления чаще предшествуют диагнозу онкологического заболевания, реже появляются одновременно или после его установления. После удаления опухоли наблюдалось уменьшение себорейных кератом на коже.



Рис. 4. Солитарная кератоакантома.

Лечение. Удаление на коже – только из косметических соображений (электрокоагуляция, лазерное испарение, криодеструкция). Обследование пациента на онкологическое заболевание.

Кератоакантома – быстрорастущая доброкачественная опухоль преимущественно у пожилых людей. У мужчин встречается в 2 раза чаще, чем у женщин. У половины больных выявляется вирус папилломы человека 25-го типа.

Клинические проявления. Типичные кератоакантомы – солитарные образования на открытых участках кожного покрова – на лице, щеках, носу, редко на тыльной стороне кистей. Эволюция кератоакантомы довольно быстрая.

Начинается дерматоз с полусферических розовых узелков или цвета нормальной кожи, в центре которых имеется кратерообразное углубление с роговыми массами. Краевая зона приподнята в виде возвышающегося валика с ровной и блестящей поверхностью (рис. 4). За 2–3 нед образование увеличивается в размере, достигая в диаметре 3–4 см. Центр вдавлен, роговые массы обычно покрыты корочкой. После короткой стабилизации через 5–6 нед наступает стадия инволюции. Опухоль уплощается, уменьшается в размерах, а её центр, напротив, расширяется и становится более выпуклым. Через 6–12 нед от появления кератоакантомы наступает стадия рубцевания, которая заканчивается вдавленным атрофическим рубцом с фестончатыми краями. Спонтанное разрешение в некоторых редких случаях может затягиваться дольше – до 6 и даже 9 мес.

Согласно классификации Всемирной организации здравоохранения, выделяют и другие (атипичные) варианты кератоакантомы – гигантскую, подногтевую, множественную (в сочетании с иммуносупрессией), множественную эруптивную.

Множественная кератоакантома наблюдается у пациентов со сниженным иммунным статусом. Приводим фото пациента (рис. 5), страдающего лимфогранулематозом, по поводу которого он получал массивную полихимиотерапию. В конце курса специфического лечения на коже его предплечья стали появляться узелковые элементы с роговыми массами в центре. Возникновение высыпаний произошло на фоне выраженной анемии ($2\,640\,000/\text{мм}^3$ эритроцитов) и лейкопении ($2500/\text{мм}^3$ лейкоцитов).

Если множественная кератоакантома возникла у пациента, не получающего иммуносупрессивную терапию глюкокортикостероидами или цитостатиками, его необходимо обследовать на наличие вируса иммунодефицита человека.

Множественная эруптивная кератоакантома Фергюсона–Смита (Ferguson–Smith's multiple familial keratocanthoma) была описана как «множественная первичная спиноцеллюлярная эпителиома со спонтанным выздоровлением» [5]. Последующие наблюдения позволили установить, что гистологически она не отличается от кератоакантомы. Семейные случаи выявили аутосомно-доминантный характер наследования [6]. Эволюция элементов, несмотря на их множественность, сходна с классическим типом заболевания, также завершается рубцеванием через 3–4 мес от начала болезни. Однако возможны разнообразные рецидивы.

Дифференциальный диагноз кератоакантом. Гигантский контагиозный моллюск, базалиома.

Лечение. При солитарных крупных кератоакантомах проводят хирургическое иссечение, при мелких – лазерное испарение, хирургическое иссечение, криодеструкцию. При множественных очагах назначают синтетические ретиноиды: ацитретин внутрь по 0,5–1 мг/кг в сутки в течение 4–10 нед.

Опухоли из волосяных фолликулов и потовых желёз

Различные по клинической картине образования на коже могут исходить из волосяных фолликулов или потовых желёз.

Трихоэпителиома (аденоидно-кистозная эпителиома Брука) – доброкачественная опухоль, развивающаяся из волосяных фолликулов и содержащая железистые кисты.

Клинические проявления. Дерматоз возникает чаще в детском или юношеском возрасте в виде мелких круглых многочисленных узелков диаметром не более 0,5 см. Однако в течение жизни их размеры и количество могут увеличиваться. После прогрессирования наступает стабилизация процесса на длительное время. Поверхность элементов гладкая, блестящая. Цвет либо не отличается от окружающей кожи, либо розовый, иногда с телеангиэктазиями на поверхности элементов. Высыпания локализуются



Рис. 5. Множественная кератоакантома.

преимущественно на лице (в носогубных складках, на подбородке) (рис. 6, 7), иногда на волосистой части головы, редко на туловище. Трихоэпителиома иногда сочетается с другими опухолями из волосяных фолликулов – с цилиндромой на волосистой части головы, с туберозным склерозом. Встречаются семейные случаи, указывающие на аутосомно-доминантный характер наследования. В очень редких случаях трихоэпителиома изъязвляется и может трансформироваться в базалиому.

Дифференциальный диагноз проводят с туберозным склерозом Прингла–Бурневиля (тип Бальцера), требующим гистологического подтверждения. Реакция на щелочную фосфатазу указывает на наличие



Рис. 6. Трихоэпителиома в носогубных складках.



Рис. 7. Трихоэпителиома в носогубных складках и на подбородке.



Рис. 8. Спираденома эккринная зостериформная.

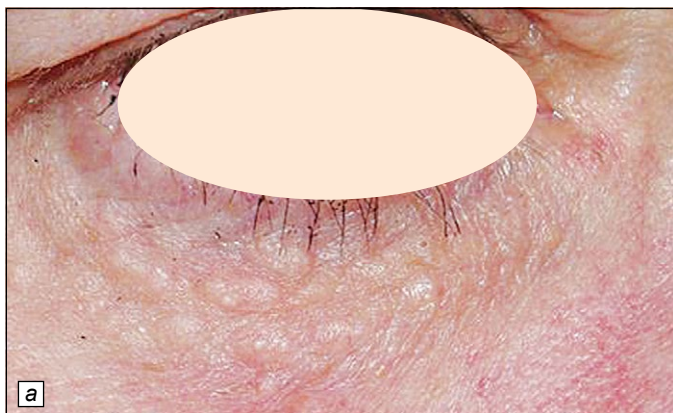


Рис. 9. Сирингома нижних век у матери (а) и дочери (б).

в трихоэпителиоме рудиментарных волосяных комплексов [7].

Лечение. Хирургическое удаление, лазерное испарение, дермабразия.

Спираденома эккринная – редкая доброкачественная опухоль, гистогенетически связанная с внутриэпидермальным протоком потовой железы.

Клинические проявления. Возникает у подростков или взрослых людей в виде округлой интрадер-

мальной опухоли диаметром от 3 до 50 мм. Цвет – окружающей кожи или бледно-розовый. Опухоль при пальпации плотноэластическая, обычно болезненная. Ещё более редким клиническим вариантом эккринной спираденомы является её линейная или зостериформная разновидность в виде мелких полупрозрачных узелков розового цвета (рис. 8). Через многие годы после установления диагноза иногда наблюдается злокачественная трансформация [8], что диктует необходимость диспансерного наблюдения этой категории пациентов.

Дифференциальный диагноз. Болезненная пальпация требует исключения лейомиомы.

Лечение. Хирургическое иссечение, электроиссечение, лазерное испарение.

Сирингома – доброкачественный порок развития (гамартома) внутриэпидермального отдела протоков потовых желёз.

Клинические проявления. Мелкие блестящие полупрозрачные узелки диаметром 1–2 мм, слегка возвышаются над поверхностью кожи, по цвету не отличаются от неё или слегка розоватые. Преимущественно локализируются в области нижних век (рис. 9, а, б), реже встречаются в верхней части груди (рис. 10), подмышечных впадинах, на наружных



Рис. 10. Сирингома диссеминированная.

половых органах. Сирингома на волосистой части головы может сопровождаться диффузной алопецией. Как очень редкий случай, описаны высыпания эруптивной сирингомы на коже бёдер и предплечий, при их отсутствии на коже век [9]. Заболевание чаще возникает у женщин при изменении содержания половых гормонов: во время полового созревания, беременности, на фоне применения гормональных препаратов.

Несмотря на доброкачественный характер сирингомы, известны случаи её малигнизации, в том числе с метастазами [10].

Дифференциальный диагноз проводят с контагиозным моллюском, трихоэпителиомой.

Лечение. Электрокоагуляция волосковым электродом, лазерное испарение.

ЛИТЕРАТУРА

1. Апатенко А.К. *Эпителиальные опухоли и пороки развития кожи*. М.: Медицина; 1973.
2. Jepsen RK, Skov AG, Scov BG. Leser-Trelat syndrome in malignant mesothelioma and pulmonary adenocarcinoma: is the EGFR pathway part of the syndrome? *Virchows Arch*. 2014; 464(1): 117-20.
3. Winship IM, Dudding TE. Lessons from the skin – cutaneous features of familial cancer. *Lancet Oncol*. 2008; 9(5): 462-72.
4. Alsaif F, Alkhayal FA, Aldahash R, Alhumaidi A. Leser-Trelat sign presenting in a patient with relapsing mycosis fungoides. *Case Rep Oncol*. 2018; 11(2): 436-41.
5. Ferguson-Smith J. A case of multiple primary squamous-celled carcinomata of the skin in a young man, with spontaneous healing. *Br J Dermatol*. 1934; 46: 267-72. (цит. по: Degos R., ed. *Dermatologie*. Paris: Flammarion; 1981.)
6. Елькин В.Д., Митрюковский Л.С., Счастливец Л.В., Кузнецов И.Д., Плотникова Е.В. Семейная множественная кератоакантома Фергюсона–Смита (пять случаев в одной семье). *Клиническая дерматология и венерология*. 2011; 9(6): 27-9.
7. Кубанова А.А., Кисина В.И., Блатун Л.А., Вавилов А.М., Волнухин В.А., Гаджигороева А.Г. и др. *Рациональная фармакотерапия заболеваний кожи и инфекций, передаваемых половым путем*. Руководство для практикующих врачей. М.: Литтерра; 2005: 422-98.

8. Jacquemus J, Dalle S, Faure M, Chouvet B, Beatrix O, Balme B. Malignant transformation of an eccrine spiradenoma. *Ann Dermatol Venereol*. 2017; 144(3): 203-7.
9. Молочков В.А., Казанцева И.А., Молочков А.В. Эруптивная сирингома. *Российский журнал кожных и венерических болезней*. 2003; 6(2): 1-5.
10. Непомнящая Е.М., Владимирова Л.Ю., Попова И.Л., Лаптева Т.О. Первично-множественный рак потовых желез с обширными метастазами. *Архив патологии*. 2010; 72(5): 32-4.

REFERENCES

1. Apatenko A.K. *Epithelial tumors and developmental anomaly of skin*. Moscow: Medicine; 1973. (in Russian)
2. Jepsen RK, Skov AG, Scov BG. Leser-Trelat syndrome in malignant mesothelioma and pulmonary adenocarcinoma: is the EGFR pathway part of the syndrome? *Virchows Arch*. 2014; 464(1): 117-20.
3. Winship IM, Dudding TE. Lessons from the skin – cutaneous features of familial cancer. *Lancet Oncol*. 2008; 9(5): 462-72.
4. Alsaif F, Alkhayal FA, Aldahash R, Alhumaidi A. Leser-Trelat sign presenting in a patient with relapsing mycosis fungoides. *Case Rep Oncol*. 2018; 11(2): 436-41.
5. Ferguson-Smith J. A case of multiple primary squamous-celled carcinomata of the skin in a young man, with spontaneous healing. *Br J Dermatol*. 1934; 46: 267-72. (цит. по: Degos R., ed. *Dermatologie*. Paris: Flammarion; 1981.)
6. Elkin V.D., Mitriukovskii L.S., Schastlivtseva L.V., Kuznetsov I.D., Plotnikova E.V. Ferguson-Smith's multiple familial keratocanthoma (five cases in a single family). *Clinical Dermatology and Venereology. Russian Journal (Klinicheskaya Dermatologiya i Venereologiya)*. 2011; 9(6): 27-9. (in Russian)
7. Kubanova A.A., Kisina V.I., Blatun L.A., Vavilov A.M., Volnukhin V.A., Gadzhigorieva A.G., et al. *Rational pharmacotherapy of skin diseases and sexually transmitted infections*. Manual for practicing physicians. Moscow: Litterra; 2005: 422-98. (in Russian)
8. Jacquemus J, Dalle S, Faure M, Chouvet B, Beatrix O, Balme B. Malignant transformation of an eccrine spiradenoma. *Ann Dermatol Venereol*. 2017; 144(3): 203-7.
9. Molochkov V.A., Kazantseva I.A., Molochkov A.V. Eruptive syringoma. *Russian Journal of Skin and Venereal Diseases (Rossiyskii Zhurnal Kozhnykh i Venericheskikh Boleznei)*. 2003; 6(2): 1-5. (in Russian)
10. Nepomnyashchaya E.M., Vladimirova L.Yu., Popova I.L., Lapteva T.O. Sweat gland polyneoplasia with extensive metastases. *Archive of Pathology. Russian Journal (Arkhiv Patologii)*. 2010; 72(5): 32-4. (in Russian)