

6 Морфологические элементы – азбука дерматологической диагностики

Кожная сыпь состоит из отдельных составных частей, которые называются морфологическими элементами. Морфологические элементы являются азбукой дерматологии. Как необходимо знать буквы, чтобы уметь читать книги, так необходимо знать морфологические элементы, чтобы «читать» патологию кожи.

Все элементы кожной сыпи обычно подразделяют на две большие группы: **первичные** и **вторичные**. Первичные элементы представлены высыпаниями, которые появились первично в результате патологического процесса в коже и являются прямым выражением этого процесса. Вторичные элементы – результат естественной эволюции первичных элементов, они возникают по мере клинического течения заболевания или вследствие выполняемых манипуляций.

6.1 Первичные морфологические элементы

Различают **8 первичных морфологических элементов**:

- пятно (macula)
- папула или узелок (papula)
- бугорок (tuberculum)
- узел (nodus)
- волдырь (urtica)
- пузырек (vesicula)
- пузырь (bulla)
- гнойничок (pustula).

Первичные элементы сыпи проявляются на видимо неизменной коже и слизистых оболочках. Среди первичных элементов можно выделить **пролиферативные** (пятно, узелок, бугорок, узел) и **экссудативные** (волдырь, пузырек, пузырь, гнойничок). Эти элементы подразделяют также на **бесполостные** (пятно, узелок, бугорок, узел, волдырь) и **полостные** (пузырек, пузырь, гнойничок).

6.1.1 Пятно

Пятно (macula) – элемент, характеризующийся очаговым изменением цвета кожи. Пятно не возвышается над поверхностью, не имеет консистенции, не ощущается при пальпации и по исчезновению не оставляет следов на коже.

В зависимости от характера пятен различают **невоспалительные** и **воспалительные** пятна. По происхождению пятна подразделяются на:

- **сосудистые**
- **геморрагические**
- **пигментные**
- **эритематозно-сквамозные**
- **искусственные.**



Рис. 6.1 Телеангиэктазии (эритематознотелеангиэктатическое розацеа).

Сосудистые пятна характеризуются расширением сосудов кожи. Они имеют различные оттенки красного цвета и исчезают или бледнеют при надавливании. Обычно сосудистые пятна имеют **воспалительный характер** и зависят от временного расширения кровеносных сосудов. Островоспалительные пятна обычно сопровождаются зудом.

По величине сосудистые пятна подразделяют на **розеолы** (величиной до ногтя) и **эритемы** (больше ногтя). К розеолам относятся сифилитическая розеола и инфекционная розеола. Эритема наблюдается при экземе, дерматите, красной волчанке, лепре, экссудативной многоформной эритеме (► Рис. 6.1).

Невоспалительные сосудистые пятна обычно вызваны стойким расширением сосудов. К ним относятся сосудистые **родимые пятна** и **телеангиэктазии**. Телеангиэктазии – это расширенные мелкие поверхностные кровенос-



Рис. 6.7 Бляшки (псориаз).

При обратном развитии папула, как правило, не изъязвляется, не оставляет после себя рубцов, а рассасывается и шелушится; на поверхности кожи остается временная пигментация или гиперпигментация.

Цвет папулы часто указывает на основное заболевание.

- **Фиолетовые**, полигональные, с вдавлением в центре папулы наблюдаются при красном плоском лишае; сетка Уикхема и сильный зуд – характерные дополнительные симптомы этого дерматоза.
- **Красные или красноватого оттенка** папулы возникают у больных псориазом, полиморфным фотодерматозом, острым пруриго, вирусной и акнеформной экзантемой, а также вторичным сифилисом (в данном случае папулы имеют медный оттенок).
- **Коричневые** папулы типичны для пигментной крапивницы, гистиоцитоза, мелкоузелкового саркоидоза, бовеноидного папулеза.
- **Синеватого оттенка** папулы могут быть ангиокаратомами, голубыми невусами, метастазами меланомы, очагами болезни Фабри или эруптивного ангиоматоза.
- **Желтые или желтоватого оттенка** папулы наблюдаются чаще всего при ксантомах, гистиоцитозе или гранулематозных дерматозах.
- Папулы **цвета нормальной кожи** могут быть очагами аденомы сальных желез (болезнь Прингла-Бурневилля), кожного амилоидоза, различных форм муциноза, контагиозного моллюска.
- **Пигментированные** или **черные** папулы характерны для невоклеточных невусов, базальноклеточной карциномы, злокачественной меланомы, саркомы Капоши и иногда гистиоцитомы.

При **слиянии папул** (например, при псориазе, красном плоском лишае или грибковидном микозе) образуются **бляшки** (► Рис. 6.7).

- При липоидном некробиозе, ксантоматозе и лепроматозной лепре **бляшки желтоватого цвета**, а при невусе сальных желез – **желтовато-оранжевого оттенка**.
- При дискоидной красной волчанке и липоидном некробиозе **бляшки сопровождаются атрофией**.
- При саркоидозе, псевдолимфоме, глубокой красной волчанке и синдроме Свита наблюдаются **бляшки красноватого оттенка**.



Рис. 6.8 Бугорок (лейшманиоз).

В ряде случаев на папулах располагаются другие морфологические элементы: пузырьки (папуловезикулы при почесухе), пустулы (папулопустулы). При папулонекротическом туберкулезе кожи папулы сочетаются с некротическим процессом, а при некоторых формах васкулитов кожи сопровождаются геморрагическими изменениями с изъязвлением. В подобных случаях на месте папул *может образоваться рубец*. При локализации папул в складках и местах трения отмечается их избыточный рост и на поверхности папул развиваются вегетации. Вегетирующие папулы сливаются с образованием кондилом (широкие кондиломы при сифилисе).

6.1.3 Бугорок (tuberculum)

Бугорок (tuberculum) – бесполостной, компактный, пролиферативный морфологический элемент, залегающий глубоко в дерме и отчетливо возвышающийся над уровнем кожи.

Бугорок характеризуется небольшими размерами (от 0,5 до 1 см в диаметре), разными оттенками красного цвета и обычно не отличается острым воспалительным характером. При образовании бугорка в сосочковом и ретикулярном слоях дермы скапливается инфильтрат, который имеет строение инфекционной гранулемы. Этот фактор считается основным отличием бугорков от узелков, которые на начальной стадии бывают очень похожими по внешнему виду. Бугорки возникают на ограниченных участках кожи, группируются или сливаются с образованием сплошных инфильтратов, реже локализуются рассеянно.

В процессе эволюции бугорок подвергается центральному некрозу, изъязвлению и завершается образованием *рубца*. В случаях рассасывания инфильтрата без изъязвлений на месте бугорка остается *рубцовая атрофия* кожи. Бугорки наблюдаются при туберкулезной волчанке, бородавчатом туберкулезе кожи, язвенном туберкулезе кожи, папуло-некротическом туберкулезе, бугорковом сифилиде, лейшманиозе, лепре (► Рис. 6.8).

6.1.4 Узел (nodus)

Узел (nodus) – первичный пролиферативный бесполостной морфологический элемент, отличающийся от папулы и бугорка большей глубиной залегания и размерами, достигающими от 2 до более 10 см.

Инфильтрат при образовании узла скапливается глубже, чем в случае бугорка, главным образом в подкожно-жировой клетчатке. С глубиной залегания узла связан тот факт, что он скорее определяется на ощупь, чем визуально. В процессе эволюции он обычно изъязвляется (язва будет больше и глубже, чем при разрешении бугорка) и завершается, как правило, рубцом. В некоторых случаях узел может рассасываться без изъязвлений, и тогда на месте типичного рубца остается рубцовая атрофия. В зависимости от вовлеченных тканей узел может быть

- дермо-эпидермальным
- дермальным
- дермально-субдермальным
- субдермальным.

Дермальный и субдермальный узлы могут быть признаками системных заболеваний, результатом воспаления, новообразованиями или отложениями метаболических депозитов в коже или подкожных тканях. Узлы наблюдаются при третичном сифилисе, туберкулезе, лепре, кожном лейшманиозе, индуративной эритеме Базена. При диагностике этого морфологического элемента важно обращать внимание на размеры, консистенцию, подвижность или спаянность с подлежащими тканями, а также на его болезненность.

6.1.5 Волдырь

Волдырь (urtica) – первичный экссудативный, бесполостный, возвышающийся над уровнем кожи элемент, возникающий в результате острого ограниченного отека сосочкового слоя дермы.

Волдырь появляется быстро и быстро, в течение нескольких часов, исчезает, так что полость не успевает сформироваться. Волдыри могут появляться одновременно или приступообразно. Окрашены эти элементы в диапазоне от фарфорового-белого до розово-красного оттенков цвета. Величина волдыря – от горошины до ладони и больше. Очертания округлые, овальные или неправильные. В отличие от папулы, волдырь при надавливании не исчезает.



Рис. 6.9 Волдыри (аквагенная крапивница).

Различают следующие **виды волдырей**:

- нумулярные
- лентикулярные
- полосовидные
- гигантские
- гирляндобразные.

Волдыри сопровождаются зудом, склонны к периферическому росту и слиянию между собой, особенно при расчесах. Исчезают быстро (в течение нескольких часов), не оставляя после себя вторичных элементов. Волдыри обычно возникают как аллергическая реакция немедленного, реже замедленного типа на экзогенные и эндогенные раздражители. Они наблюдаются при укусах насекомых, крапивнице, дерматозе Дюринга, токсикодермии, детской чесотке (► Рис. 6.9).

6.1.6 Пузырек

Пузырек (везикула, vesicula) – первичный экссудативный полостной островоспалительный элемент с серозным прозрачным содержимым, развивающийся в результате скопления экссудата в эпидермисе, размером до 5 мм.

В зависимости от расположения полости пузырьки могут быть

- **внутриэпидермальными** (между слоями эпидермиса)
- **субэпидермальными** (под эпидермисом)
- **юнкциональными** (пограничными, на границе эпидермиса с дермой).

Пузырьки могут возникать на неизменной коже (при дисгидрозе) или на эритематозном фоне (при герпесе). Величина пузырьков – от булавочной головки до горошины, форма полушаровидная, располагаются они изолированно (**одиночные**) или группами (**герпетиформные**).

В процессе эволюции пузырьки вскрываются с образованием эрозии или ссыхаются в корочку, при отпадении которой может остаться пигментное гиперемическое пятно, которое в дальнейшем исчезает, не оставляя следа. Различают пузырьки **однокамерные** (при экземе) или **многокамерные** (при герпесе). Пузырьки наблюдаются при простом герпесе, опоясывающем лишае, экземе, герпетиформном дерматозе Дюринга (► Рис. 6.10).



Рис. 6.10 Везикулы (опоясывающий лишай).

22 Глубокие микозы

Глубокие микозы включают две различные группы заболеваний – **подкожные** и **системные** микозы. Заболевания обеих групп встречаются довольно редко, причем подкожные микозы, за малым исключением, в значительной степени ограничены регионами тропиков и субтропиков. Системные микозы стали в последние годы важным оппортунистическим инфекционным осложнением у пациентов с иммуносупрессией, включая онкологических больных и больных СПИДом.

У пациентов с подкожными микозами часто наблюдаются признаки поражения кожи. У пациентов с системными микозами кожные высыпания отмечаются сравнительно редко, при этом поражение кожи является либо следствием прямого вовлечения кожи в качестве входных ворот инфекции, либо результатом диссеминации инфекции из глубокого очага.

Большинство подкожных микозов относятся к тропическим инфекциям, но некоторые, в частности, споротрихоз широко распространены и в умеренном климате. Любое из этих заболеваний может быть завезено в умеренные широты пациентом, приехавшим из эндемичной зоны, причем оно может развиваться в течение многих лет.

22.1 Подкожные микозы

Подкожные микозы – это инфекции, вызываемые грибковыми организмами, которые попали непосредственно в дерму или более глубокие, лежащие под кожей мягкие ткани через проникающую рану.

Самые частые подкожные микозы: споротрихоз, эумицетомы и хромобластомикоз. Эти инфекции объединяет механизм инфицирования, а именно травматическая имплантация возбудителя. Это означает, что непременным условием заражения является нарушение кожного барьера при различных травмах. Все эти инфекции не контагиозны.

22.1.1 Споротрихоз

Споротрихоз – это подостро или хронически протекающий глубокий микоз, вызываемый диморфным грибом *Sporotrix schenckii*, который поражает кожу, подкожную клетчатку, лимфатическую систему, слизистые оболочки и иногда внутренние органы.

Эпидемиология. Инфекция встречается как в умеренном климате, так и в тропических странах. Самые высокие уровни заболеваемости отмечаются в Мексике, Бразилии и Южной Африке. В природе грибы-возбудители растут на гниющем растительном материале, остатках растений, листьев деревьев. Заболевание чаще носит спорадический характер, но может поражать и группы лиц, контактирующих с растительными отходами, таких как сельскохозяйственные рабочие, садовники, лесники. Заражение происходит при глубокой травматизации кожи (колючки, шипы, занозы, осколки стекла). Возбудитель способен проникать в организм при вдыхании или пероральным путем, в этом случае развивается

системный споротрихоз. Предрасполагающими факторами являются тропический климат и наличие таких заболеваний, как сахарный диабет, алкоголизм, ВИЧ-инфекция, злокачественные новообразования, а также иммуносупрессивная терапия. Чаще всего очаги споротрихоза локализируются у взрослых на тыльной стороне кисти или предплечья, у детей – на лице. При диссеминированных высыпаниях не поражаются ладони и подошвы.

Этиология и патогенез. Возбудителем заболевания является диморфный гриб *Sporotrix schenckii*, который обитает в почве, на растительных остатках. В тканях он существует в виде так называемые «астероидных телец», то есть овальных или сигарообразных дрожжевых клеток, которые окружены эозинофильными «шипиками». Внедрение возбудителя происходит путем травматической имплантации. Возбудитель вносится с загрязненным субстратом в будущий очаг поражения. Инкубационный период от травмы до появления первичного элемента на коже занимает в среднем 2-3 недели. После появления первичного аффекта характерно лимфогенное распространение с образованием новых очагов по ходу лимфатических сосудов до регионарных узлов. Иногда отмечается длительное существование только кожного очага, возможно также поражение глубоко расположенных тканей, суставов и костей. Последнее происходит при гематогенном распространении инфекции, приводящем к развитию диссеминированного споротрихоза (около 1% всех случаев заболевания). При этом, как правило, имеется тяжелое предрасполагающее состояние с выраженным иммунодефицитом.

Клиника. Как указывалось выше, споротрихоз имеет два основных клинических варианта: подкожный и системный. Подкожный вариант встречается намного чаще и включает две основных клинических формы: кожно-лимфатическую и локализованную кожную.

Кожно-лимфатическая форма споротрихоза наблюдается наиболее часто (примерно у 60% больных). В этом случае в месте травмы кожи появляется первичный элемент, а затем поочередно возникают последующие элементы по ходу лимфатических сосудов. Первичный элемент или *споротри-*



Рис. 22.1 Споротрихоз.

хронный шанкр представляет собой плотную эритематозную папулу, возрастающую в размерах до узла или крупного опухолевидного образования темно-красного цвета с синюшным оттенком (► Рис. 22.1). Споротрихозный шанкр спаивается с окружающими тканями и изъязвляется. Язва болезненная, с серозным или гнойным отделяемым, подрывными неровными краями, иногда с желтоватыми корками. Первичный элемент впоследствии рубцует, иногда даже без лечения. Выраженное рубцевание первичного элемента может привести к ухудшению функции кисти. Через некоторое время после появления первичного элемента возникает похожий узелок по ходу лимфатического сосуда. При этом отмечается лимфангит и регионарный лимфаденит. Вторичные элементы проходят одинаковые с первичным элементом стадии развития и продолжают возникать, достигая регионарного лимфатического узла и располагаясь цепочкой по ходу лимфатического сосуда. Вторичные элементы обычно безболезненные и не сопровождаются повышением температуры. Они могут существовать длительное время.

Локализованная кожная форма споротрихоза наблюдается примерно в 15-40% случаев. При кожном варианте инфекция остается локализованной на одном участке, например на лице, где развивается гранулема, которая может изъязвляться. При этом могут появляться сателлитные элементы по периферии первичного очага поражения. Эта форма чаще встречается у детей в эндемичных зонах. Локализованный споротрихоз может иметь угревидную, индуративную узловую и фурункулоподобную форму. Иногда могут наблюдаться два удаленных друг от друга очага, например на кисти и лице, что случается в результате самозаражения больных.

При немного более редком системном споротрихозе высыпания могут развиваться практически везде. Поражаются кожа, суставы, глаза, мозговые оболочки, внутренние органы. Поражения кожи при такой **диссеминированной форме** споротрихоза представлены эритематозными папулами, пустулами или подкожными узлами. Они существуют довольно длительно и заканчиваются образованием абсцесса, который вскрывается и превращается в язву.

Диагностика. Диагноз устанавливается по клинической картине на основании положительных результатов микроскопии и посева на культуру гриба.

Дифференциальный диагноз включает туберкулез кожи, инфекции, вызванные атипичными микобактериями, другие

глубокие микозы, глубокие пиодермии, лейшманиоз, первичный сифилис.

Терапия

При кожной и кожно-лимфатической форме споротрихоза применяют йодид калия в начальной дозе от 1 мл три раза в день с медленным увеличением суточной дозы до 4-6 мл три раза в день, чтобы избежать побочных эффектов гипертонии и тошноты. терапию продолжают еще 3-4 недели после клинического излечения. Альтернативные варианты: итраконазол по 200 мг в сутки; флуконазол по 400 мг в сутки в течение 6 месяцев. При диссеминированной глубокой инфекции применяют внутривенно амфотерицин В.

22.1.2 Эумицетомы

Эумицетомы (син.: **мадурская стопа, мадуromикоз**) – хроническая грибковая инфекция кожи, подкожной ткани и костей, характеризующаяся гнойным воспалением с образованием свищевых ходов.

Эпидемиология. Заболевание встречается во многих странах мира, но эндемическими районами считаются страны Африки, Центральной и Южной Азии, Южной и Центральной Америки. Лидером по распространенности эумицетомы является Сенегал, затем следуют Судан и Индия. Эумицетомы распространены в тропическом климате. В умеренных широтах эумицетомы встречаются спорадически. Грибы-возбудители эумицетомы распространены в окружающей среде эндемических районов, в почве и на растениях. Эумицетомы – болезнь сельских районов жарких стран, где люди часто ходят босиком и заражаются в результате травматической имплантации возбудителя во время ранения колючками или шипами растений. Чаще болеют мужчины зрелого возраста. Заболевание не является контактным и от человека к человеку не передается.

Этиология и патогенез. Эумицетомы, вызванную грибами, следует отличать от актиномицетомы, причиной которой являются бактерии-актиномицеты. Эумицетомы являются полиэтиологическим заболеванием, вызывать которое могут грибы из разных таксонометрических групп. Основным возбудителем эумицетомы по всем странам в настоящее время считается *Pseudoallescheria boydii*; этот вид встречается в Европе, Азии и Северной Америке. Большую часть эумицетомы в Индии и Центральной Африке вызывает *Madurella mycetomatis*. Заболевание начинается с момента внедрения возбудителя в подкожные ткани, что вызывает гнойное воспаление с образованием гранул и абсцессов. Абсцессы открываются на поверхность кожи свищевыми ходами. В выделяющемся гное содержатся специфические гранулы – «зерна» мицетомы, состоящие из массы грибковых клеток и являющиеся по существу микроколониями возбудителя. Свищевые ходы и обширные опухолевидные отеки тканей являются характерными для данного заболевания. Гнойный процесс распространяется и достигает кости, где образуются полости диаметром до 1 см. Костная ткань разрушается, отмечается фиброз окружающих связок, при этом сухожилия и мышцы нередко остаются сохранными. Для эумицетомы характерны длительное течение и медленное прогрессирование в области первичного очага.

Клиника. Клинические признаки эумицетомы чаще наблюдаются на стопе, голени, кисти, реже на туловище, предплечье, голове, бедре и ягодицах (► Рис. 22.2). В месте внедрения возбудителя появляется маленький, спаянный



Рис. 22.2 Мицетомы.

42 Доброкачественные опухоли кожи

42.1 Доброкачественные опухоли эпидермиса

К наиболее распространенным доброкачественным опухолям эпидермиса относятся: себорейные кератомы, акрохордоны, кератоакантома, вирусные бородавки (рассматривались в Главе 15), эпидермальные кисты, а также опухоли придатков кожи: потовых желез (сирингомы), сальных желез (атеромы) и волосяных фолликулов (трихоэпителиома).

42.1.1 Себорейные кератомы

Себорейные кератомы – распространенный в пожилом возрасте тип эпителиальных опухолей, происходящих из базалиоидных клеток, реже – из клеток шиповатого слоя эпидермиса.

Себорейные кератомы бывают единичными и множественными, иногда количество очагов достигает нескольких сотен, особенно у лиц с жирной кожей. Они локализуются на лице, шее, волосистой части головы, спине, верхней части груди, реже на нижней половине туловище, предплечьях и голенях. Себорейный кератоз обычно не встречается в возрасте до 30 лет. У мужчин и женщин себорейные кератомы встречаются с одинаковой частотой.

Клиника. На ранней стадии очаги имеют вид гиперпигментированных милиарных папул, слегка возвышающихся над поверхностью кожи. Поверхность папул испещрена мелкими наперстковидными углублениями. Затем папулы трансформируются в бородавчатые бляшки желтого, коричневого, иногда черного цвета, диаметр которых обычно не превышает 1 см (► Рис. 42.1.1). Кератомы имеют овальную форму и покрыты тонкой жировой пленкой. При осмотре под лупой на их поверхности выявляется характерный симптом – белые, коричневые или черные кератотические пробки.

Патоморфология. Универсальными характеристиками являются акантоз, гиперкератоз и папилломатоз. Обычно имеются роговые и псевдороговые кисты.

Диагноз обычно не вызывает затруднений и устанавливается клинически.

Дифференциальный диагноз проводится с вульгарными и плоскими бородавками, базалиомой, меланомой, пигментными невусами.

Терапия

При отсутствии сомнений в диагнозе кератомы можно сразу удалять методами кюретажа (с последующим прижиганием 35% раствором трихлоруксусной кислоты), хирургического иссечения, лазерной деструкции, электрохирургии, криодеструкции и другими способами. В случае множественных кератом применяют аппликации 5% раствора фторурацила или 30% раствора проспидина, внутрь назначают ароматические ретиноиды (изотретиноин или ацитретин) в дозе 20-40 мг/сутки в течение 2-4 месяцев.



Рис. 42.1.1 Себорейный кератоз.

42.1.2 Акрохордоны

Акрохордоны (мягкие фибромы) – мягкие полипы на ножках круглой или овальной формы, состоящие из рыхлой соединительнотканной стромы и истонченного эпидермиса.

Возникают в среднем и пожилом возрасте, чаще у женщин и пожилых людей. Излюбленная локализация – шея, веки, подмышечные и паховая области, кожа под молочными железами. С возрастом количество мягких фибром возрастает.

Клиника. Мягкие фибромы обычно телесного цвета или различных оттенков коричневого. Размер варьирует от нескольких миллиметров до величины горошины. В редких случаях встречаются крупные акрохордоны диаметром 1-2 см. Акрохордоны могут быть плоскими и нитевидными, но большинство из них мягкие, мясистые и имеют тонкую ножку (► Рис. 42.1.2). При травмировании или перекручивании тонкого основания с питающим сосудом появляется болезненность, кровоточивость, корки. Акрохордоны воспаляются, подвергаются тромбозу, приобретают черный цвет. Они растут медленно, но во время беременности могут увеличиваться в количестве и размерах.

Дифференциальный диагноз проводится с нитевидными бородавками, себорейными кератомами, нейрофибромами.

Терапия. Бессимптомные очаги не требуют лечения. Удаление проводится из-за возможного травмирования и последующего инфицирования, а также с косметическими целями. Существует множество способов удаления самый простой – отсечение ножницами с последующей коагуляцией кровотокающего сосуда.

42.1.3 Кератоакантома

Кератоакантома – эпителиальная опухоль в виде полусферического узла с кратерообразным углублением в центре, заполненным роговыми массами.

Пик заболеваемости приходится на возраст между 50 и 70 годами. Опухоль обычно располагается на лице (редко на губе или языке), шее, тыльной поверхности рук и напоминает плоскоклеточный рак, но в отличие от него быстро растет и часто спонтанно регрессирует через 3-8 месяцев после возникновения.

Клиника. Кератоакантома имеет серовато-красный цвет, плотную консистенцию, не спаяна с подлежащими тканями, подвижна, слегка болезненна. В своем развитии кератоакантома проходит три стадии: роста, стабилизации и регрессии. На стадии роста внезапно возникает мелкая папула, которая становится насыщенно-красной и достигает в диаметре 1-2 см. Субъективные ощущения при этом отсутствуют. В стадии стабилизации рост прекращается и образуется кратерообразное углубление, заполненное роговыми массами серого цвета. На стадии разрешения роговые массы отделяются, и опухоль полностью регрессирует, после чего остается малозаметный атрофический рубец.

Патоморфология. В эпидермисе присутствуют атипичные кератиноциты. Роговая пробка состоит из атипичных прозрачных эозинофильных клеток, преждевременно подвергшихся кератинизации.



Рис. 42.1.2 Мягкие фибромы у пациента с сахарным диабетом.

Дифференциальный диагноз проводится с базальноклеточной карциномой на основании истории быстрого роста.

Терапия. Обычно начинают через 2-4 месяца после появления очага, когда исчезает надежда на спонтанную регрессию. Проводят иссечение или кюретаж с последующей каутеризацией, или криодеструкцию. Поскольку не все кератоакантомы регрессируют, их следует рассматривать и лечить как плоскоклеточный рак.

42.1.4 Сирингома

Сирингома – доброкачественная опухоль внутриэпидермальных эккринных потовых желез.

Сирингомы чаще всего встречаются у женщин вокруг век, на верхней части груди и на вульве. Обычно они развиваются после периода полового созревания, в раннем взрослом возрасте их число возрастает. Повышенная частота сирингом наблюдается у людей с синдромом Дауна. Установлено, что множественные сирингомы наследуются по аутосомно-доминантному признаку.

Клиника. Сирингомы представляют собой маленькие плотные папулы цвета кожи или желтого, размерами 1-2 мм, которые обычно расположены симметрично. Сирингомы бессимптомные, персистируют неопределенно долго, их размер остается стабильным. Потенциал злокачественности у них отсутствует.

Патоморфология. Наблюдается увеличенное количество расширенных, выстланных эпителием протоков эккринных желез, которые «упакованы» в фиброзную строму. Клетки сирингомы формируют в дерме множественные мелкие кисты, заполненные гомогенным или зернистым содержимым. Их внутренняя поверхность выстлана двумя рядами плоских

клеток со светлой цитоплазмой и крупным, интенсивно окрашенным ядром. Кисты по форме напоминают головастиков: один конец их округлый, а противоположный – тонкий и вытянутый.

Дифференциальный диагноз проводится с себорейным кератозом, гиперплазией сальных желез, ангиофибромами, обычными и плоскими бородавками, саркоидозом.

Терапия. В косметических целях проводится удаление синрингом, как правило, более крупных элементов. Для достижения хорошего косметического эффекта используются способы, минимально травмирующие кожу и способствующие заживлению без рубцов, в том числе электрокаутеризация и лазерная коагуляция.

42.1.5 Атерома

Атерома – ретенционная киста сальной железы, заполненная пастообразным веществом или собственными выделениями кисты.

Атеромы встречаются очень часто, у большинства людей на протяжении всей жизни появляется хотя бы одна атерома. У мужчин атеромы наблюдаются в два раза чаще. По возрасту – пик появления атером приходится на 20-30 лет. Иногда атеромы бывают множественными. Чаще всего атерома возникает вследствие закупорки выводного протока сальной железы или отека волосяного фолликула, который может произойти из-за травмы. Атеромы чаще всего находят на волосистой части головы, лице, ушах, шее, плечах, спине и груди. У мужчин атеромы встречаются на мошонке.

Клиника. Атерома чаще возникает как одиночное, выступающее над поверхностью кожи, медленно растущее образование плотной или эластичной консистенции, величиной от горошины до куриного яйца, телесного или желтоватого цвета, кожа над которым не изменена. Иногда в середине образования имеется отверстие, из которого выделяется содержимое неприятного цвета и запаха. Как правило, это жирные и ороговевшие вещества волокнистой структуры, внешне напоминающие творог. Если в атерому проникает инфекция, то её содержимое превращается в гнойную массу от белого до коричневого цвета, иногда с примесью крови.

Дифференциальный диагноз проводится с фурункулом, липомой, гранулемой инородного тела.

Терапия. Проводится хирургическое вылущивание с обязательным удалением капсулы сальной железы.

42.1.6 Трихоэпителиома

Трихоэпителиома – доброкачественная опухоль волосяных фолликулов.

Трихоэпителиома – это чаще всего множественные опухоли, которые появляются обычно в подростковом и юношеском возрасте и располагаются главным образом на лице и туловище. Часты семейные случаи, вероятно, с аутосомно-доминантным типом наследования.

Клиника. Выделяют несколько клинических форм трихоэпителиомы: простую, которая может быть множественной или солитарной, и десмопластическую.



Рис. 42.1.3 Множественные трихоэпителиомы.

- При простой множественной форме заболевания возникают многочисленные мелкие (2-8 мм в диаметре) плотноватые опухолевидные элементы полусферической формы, цвета нормальной кожи или светло-розовые. Поверхность мелких образований гладкая, но в более крупных элементах отмечаются телеангиэктазии. Опухоли при множественной трихоэпителиоме располагаются на лице – на носу, в носогубных складках, на лбу, верхней губе, в области за ушными раковинами (► Рис. 42.1.3).
- Солитарная опухоль располагается на лице, обычно в его центральной части. Она представляет собой образование плотной консистенции, размерами от 1 см и более, внешне напоминающее папиллому либо фиброму. Кожа, покрывающая солитарный элемент, покрыта сетью расширенных капилляров. Вокруг солитарной трихоэпителиомы признаков воспаления или отека не наблюдается. Растет опухоль очень медленно.
- Десмопластическая трихоэпителиома чаще отмечается у женщин. При этой форме заболевания возникает одиночный узел, покрытый бледной кожей. Отличием этой формы заболевания является западение в центре опухоли при уплотненном крае.

Самопроизвольного регресса новообразования при этом заболевании не отмечено.

Патоморфология. Отмечаются наличие внутриэпидермальной опухоли или кисты с четкими границами, окруженной слоем базальных клеток, фиброз стромы и очаговое обызвествление.

Диагностика. Внешних клинических признаков для установления диагноза бывает недостаточно, поэтому проводится гистологическое исследование. Чаще всего, в толще кожи выявляют кистозные полости, которые заполнены кератином и выстланы несколькими слоями плоского эпителия. Установить правильный диагноз помогают дополнительные исследования – проведение реакции на щелочную фосфатазу, что позволяет выявить в тканях опухоли рудиментарные волосные комплексы.