

Доброкачественные эпителиальные опухоли кожи

М.В.Горячкина, Т.А.Белоусова
ГБОУ ВПО Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова Минздрава России

В настоящее время доброкачественные опухоли кожного покрова являются одной из наиболее распространенных патологий и все чаще встречаются в медицинской практике. Являясь разделом «малой онкологии», опухоли кожи занимают своеобразное положение на стыке трех дисциплин: дерматологии, хирургии и онкологии. Разные новообразования нередко имеют сходную клиническую картину, их диагностика требует от специалиста определенного уровня знаний, а также хорошего владения различными диагностическими методами инвазивного и неинвазивного характера, необходимыми для более точной верификации диагноза. Обычно большинство обращений пациентов к специалистам связано с восприятием новообразований кожи не как проявления болезни, а как косметических дефектов, особенно если это касается видимого участка кожного покрова. В связи с этим существенно возрастает роль врачей-дерматологов и косметологов в первичной диагностике и определении тактики лечения опухолей кожи [1, 2].

Известно, что клетки доброкачественных новообразований в процессе опухолевой (неопластической) трансформации утрачивают способность контроля клеточного деления, но сохраняют (частично или почти полностью) способность к дифференцировке. Доброкачественные опухоли характеризуются неинвазивным ростом и тканевым атипизмом. По своей структуре новообразования напоминают ткань, из которой происходят (эпителий, мышцы, соединительная ткань и др.). Клинически доброкачественные опухоли проявляются как медленно растущие новообразования разных локализаций и размеров. Они, как правило, хорошо поддаются хирургическому лечению, редко рецидивируют и не метастазируют [1–3].

Рост числа новообразований кожи в последние десятилетия обусловлен рядом экзогенных и эндогенных факторов, а именно:

- повышенной инсоляцией (прямое воздействие ультрафиолетового излучения спектра А и В), особенно у лиц, имеющих врожденные невусы;
- ионизирующим излучением;
- загрязнением атмосферы и промышленными выбросами;
- генетическими факторами;
- неблагоприятными климатическими условиями;
- вирусными агентами;
- эндокринными и иммунными нарушениями;
- неадекватным лечением или самолечением [1, 3].

Эпидемиология доброкачественных новообразований кожи

По данным О.Г.Капустиной (2009 г.), эпителиальные новообразования являются наиболее частыми, составляя более 60% всех опухолей кожного покрова. При этом опасная с точки зрения малигнизации доля эпителиальных опухолей достигает 30%, а истинных злокачественных – 10%. Наиболее часто из эпителиальных опухолей встречаются бородавки, остроконечные кондиломы, фиброэпителиальные полипы и себорейные кератомы [3].

Бородавки

Бородавки являются клиническим маркером инфицирования кожи и слизистых оболочек вирусом папилломы человека (ВПЧ). Выделяют вульгарные бородавки (*Verruca vulgaris*), возникающие при инфицировании кожи ВПЧ 2, 4, 27 и 29-го типа, плоские бородавки (*Verruca plana*), вызываемые ВПЧ 3, 10, 28 и 41-го типа, подошвенные бородавки (*Verruca plantaris*), которые вызваны ВПЧ 1, 2 и 4-го типа [4, 5].

Вульгарные бородавки – самое частое заболевание, которое возникает при инфицировании ВПЧ. Их доля в структуре бородавчатых поражений кожи оценивается в 71%. Пик заболеваемости отмечается в детском возрасте, преимущественно школьном: бородавки регистрируются у 20% детей младшего и среднего школьного возраста, после 25 лет встречаются значи-

тельно реже. Клинически они представляют собой доброкачественную гиперплазию эпидермиса и проявляются папулами и бляшками размером в среднем от 0,2 до 2 см, нередко покрытыми гиперкератическими наслоениями, особенно в местах активного механического воздействия на кожу. Они могут сливаться между собой, образуя крупные элементы. Наиболее простые бородавки часто локализируются на кистях, реже на лице и коленях, а также вокруг ногтей. Инфицирование происходит при прямом контакте с больным или через контаминированные предметы: игрушки, школьные принадлежности, пол в бассейнах, душевых, спортивных залах. Перенос инфекции возможен, особенно на лицо, путем аутоинокуляции. При использовании инфицированных ВПЧ маникюрных принадлежностей возникают околоногтевые бородавки. Вовлечение в патологический процесс ногтевого ложа и матрикса может привести к развитию ониходистрофий.

Разновидностью вульгарных бородавок являются нитевидные бородавки. Они возникают, как правило, на лице вокруг глаз и на веках, на носу по периметру ноздрей, вокруг губ, на шее, в кожных складках. Они представляют собой удлиненные ороговевающие папулы на тонкой ножке, располагающиеся группами. **Гистологически** характеризуются акантозом, папилломатозом, гиперкератозом, отдельными участками паракератоза. **Дифференциальный диагноз** обычно проводят с контагиозным моллюском, эпидермальным бородавчатым невусом (нитевидные бородавки); одиночная бородавка может напоминать базалиому [4–9].

Подошвенные бородавки (синоним: ладонно-подошвенные бородавки) обычно локализуются в области проекции головок плюсневых костей, пятки, подушечек пальцев, других опорных участков стопы (рис. 1). На их долю приходится 30% от всех видов бородавок, они наиболее часто возникают у подростков и молодежи при иммуносу-

прессии или у спортсменов в местах повторных микротравм. Отличительной особенностью этого типа бородавок является болезненность при пальпации и механическом давлении. Как правило, отмечается 3–6 и более бородавок, мелкие могут сливаться с образованием «мозаичной» бородавки, на соприкасающихся поверхностях пальцев часто встречаются «целующиеся» бородавки. **Клинически** на начальном этапе они выглядят мелкими блестящими папулами с четкими границами, впоследствии – ороговевающими бляшками с грубой неровной поверхностью. Кожный рисунок на поверхности искажен или отсутствует, на этом фоне видны мелкие черно-коричневые точки – затромбированные капилляры. **Гистологически** подошвенные бородавки характеризуются меньшим количеством экзофитных структур, более глубоким проникновением в дерму, чем простые бородавки. Они состоят из широких неправильных разрастаний многослойного плоского эпителия, покрытых гипер- и паракератическими наслоениями. В верхних слоях эпидермиса часто обнаруживаются крупные, неправильной формы эозинофильные цитоплазматические включения. **Дифференциальный диагноз** проводится с кератодермией ладоней и подошв при болезни Рейтера, ладонно-подошвенными сифилидами, омозолелостями [4–9].

Плоские бородавки (или юношеские бородавки) встречаются редко, приблизительно в 4% случаев среди всех видов бородавок. Они появляются в любом возрасте, однако чаще болеют дети и молодые женщины с тонкой нежной кожей. Могут возникать после косметологических процедур, эпиляций, распространению высыпаний способствует бритье. Часто развиваются на месте механической травмы, при

атопическом дерматите, иммуносупрессии. Обычно бывают вызваны ВПЧ 3 и 10-го типа. **Клинически** представляют собой четко отграниченные телесные, розоватые или светло-коричневые плоские папулы с гладкой поверхностью размером от 2 до 5 мм, локализуются обычно группами на лице, тыле кистей, реже на других участках верхних и нижних конечностей. **Гистологически** характеризуются гиперкератозом, акантозом, в верхних слоях эпидермиса отмечается большое количество вакуолизованных кератиноцитов, что придает роговому слою вид плетеной корзины. **Дифференциальный диагноз** проводится с сирингомой, ангиокератомой Мибелли, красным плоским лишаем. В некоторых случаях бородавки спонтанно регрессируют без лечения. Вулгарные бородавки редко, при иммуносупрессии могут трансформироваться в болезнь Боуэна и плоскоклеточный рак. Подошвенные бородавки могут трансформироваться в веррукозный рак.

В терапии бородавок используются электрокоагуляция, лазерная терапия (углекислый лазер), криодеструкция жидким азотом, методы химической деструкции (колломак, дуофилм, солкодерм), фотодинамическая терапия (Photodyn 750 + метвикс/аласенс), назначение противовирусной терапии и иммуномодуляторов, а также местные ретиноиды в качестве монотерапии или в комбинации с иммуномодуляторами при плоских бородавках [4–9].

Остроконечные кондиломы (синоним: генитальные бородавки) – это проявление самой частой высококонтагиозной ВПЧ-инфекции, передаваемой половым путем (рис. 2). Болеют в основном люди молодого возраста, при половом контакте инфицирование происходит в 60% случаев. Заболевание воз-

никает при попадании на кожу и слизистые оболочки ВПЧ 6, 11, 16, 18, 42–44 и 54-го типа. **Клинически** часто проявляются как множественные мягкие бородавчатые фиброэпителиальные образования, состоящие из большого числа узелков с выростами, внешне напоминающими цветную капусту, малину или петушиный гребень, их поверхность покрыта многослойным плоским эпителием. Остроконечные кондиломы могут эрозироваться, изъязвляться, при этом на поверхности язв образуется гнойное содержимое с неприятным запахом. Патологический процесс у мужчин локализуется на внутреннем и наружных листках крайней плоти, головке полового члена, у наружного отверстия мочеиспускательного канала, коже паховых складок, мошонки, периаанальной области. У женщин кондиломы чаще поражают большие и малые половые губы, клитор, наружное отверстие мочеиспускательного канала, кожу паховых складок, периаанальную область. **Гистологически** характеризуются экзофитными и эндофитными разрастаниями плоского эпителия с выраженным акантозом, папилломатозом и паракератозом. Диагноз в большинстве случаев ставится клинически, однако необходимо гинекологическое и проктологическое обследование для исключения ректальных, цервикальных, внутрианальных кондилом. В связи с этим могут оказаться полезными тест с 3–5% уксусной кислотой (в месте смазывания появляются мелкие белые папулы), кольпоскопия и ретроскопия. **Дифференциальный диагноз** проводят с гигантской кондиломой Бушке–Левенштейна, низкодифференцированным плоскоклеточным раком полового члена, контагиозным моллюском, ангиокератомой, бовеноидным папулезом, жемчужными



Рис. 1. Подошвенные бородавки.



Рис. 2. Остроконечные кондиломы области полового члена.



Рис. 3. Фиброэпителиальные полипы.



Рис. 4. Себорейная кератома.

папулами полового члена, чесоточной лимфоплазией.

В настоящее время существует множество методов лечения генитальных бородавок. Однако постоянно высокого терапевтического эффекта не гарантирует ни один из них, так как они не обеспечивают эрадикации ВПЧ. Выбор метода лечения зависит от возраста, локализации, размера и типа кондилом, а также комплаентности. В большинстве случаев применяют топические препараты (химическая деструкция: фerezол, солкодерм, кондиллин) и физические методы терапии (электрокоагуляция, криодеструкция, удаление лучами лазера), которые направлены на деструкцию эпидермальных разрастаний или индукцию цитотоксичности против инфицированных клеток. При распространенных высыпаниях, длительном рецидивирующем течении процесса, отсутствии эффекта от применяемых локальных методов терапии присоединяют иммуномодуляторы, стимулирующие клеточный иммунитет при ВПЧ (изопринозин, циметидин, циклоферон, неовир, рекомбинантный интерферон α). Для лечения рефрактерных генитальных бородавок используют рекомбинантные интерфероны в виде внутриочаговых инъекций или в форме суппозиториев: виферон, генферон. За рубежом для лечения упорно протекающих кондилом используется модулятор иммунного ответа с ограниченным применением – 5% крем Имиквимод. В связи с плохой пенетрацией препарата в кожу сначала проводят лечение жидким азотом, затем наносят препарат 17% салициловой кислоты на ночь, а утром – Имиквимод под окклюзию. Курс лечения – 6–9 нед, эффективность метода составляет 50–100% [4–6, 9].

Фиброэпителиальный полип (синонимы: мягкие бородавки, skin

tags, мягкая фиброма achrochordon) – частая опухоль, обычно встречающаяся у лиц среднего и пожилого возраста, особенно у женщин в менопаузе и постменопаузальном периоде, а также у беременных (рис. 3). Считается, что хотя бы один фиброэпителиальный полип имеют до 50% населения. Этиология неизвестна. Они могут быть связаны с наличием сахарного диабета или полипами толстого кишечника. Клинически образование представлено мягким эластическим узелком округлой или овальной формы диаметром от 1 до 20 мм на ножке, по цвету неотличимым от здоровой кожи или имеющим желто-коричневую (темно-коричневую) окраску. Выделяют 3 типа фиброэпителиальных полипов: **1-й тип** представлен мешочкообразными папулами диаметром 1–2 мм, покрытыми сморщенной кожей розоватой или коричневой окраски, расположенными на шее, в подмышечных впадинах. Гистологически характеризуется папилломатозом, гиперкератозом, правильным акантозом, иногда роговыми кистами в акантотическом эпидермисе; **2-й тип** представлен более крупными (ширина около 2 мм, длина около 5 мм) нитевидными папулами, напоминающими выросты, поверхность их гладкая, локализация – область век и крупных складок. Количество – от одной до множества. Гистологически характеризуется акантозом, иногда умеренным папилломатозом, соединительнотканым компонентом, содержащим расширенные капилляры, наполненные эритроцитами; **3-й тип** представлен солитарными множественными мешочкообразными папулами диаметром 10–20 мм на ножке, чаще расположенными в нижней трети туловища. **Гистологически** характеризуется уплотненным эпидермисом,

покрывающим рыхло расположенные волокна коллагена и зрелые жировые клетки в центре.

Клиническое течение сопровождается медленным прогрессированием заболевания с увеличением количества и размеров элементов, особенно во время беременности. Образования обычно не беспокоят больных, однако при травматизации могут возникать болезненность и кровоточивость. При перекресте ножки возможна самоампутация элемента. **Дифференциальный диагноз** обычно проводится с себорейным кератозом, плоскими бородавками, остроконечными кондиломами, внутридермальными и сложными меланоцитарными невусами, нейрофибромой. **Лечение:** электрокоагуляция, криодеструкция жидким азотом, хирургическое удаление (срезание ножницами с изогнутыми браншами) [5, 10].

Себорейный кератоз (синонимы: себорейная бородавка, старческая бородавка, базальноклеточная папиллома) – доброкачественная опухоль кожи, возникающая в результате пролиферации клеток базального эпителия (рис. 4). Встречается чаще всего в среднем и пожилом возрасте, заболеваемость среди мужчин и женщин одинакова. **Клинически** проявляется мягкими папулами коричневого или черного цвета, чаще всего овальной формы диаметром 0,2–3 см (иногда 4–6 см), расположенными на любых участках кожного покрова (особенно подверженных солнечному воздействию): на голове, шее, туловище, конечностях, за исключением ладоней и подошв. Начальные элементы представлены мелкими пятнами или сухими папулами розовой или желтой окраски с бородавчатой или восковой поверхностью. Со временем очаги покрываются легко снимающимися жирными корками, которые в дальнейшем уплотняются и

испещряются трещинами. Границы очагов поражения могут быть нечеткими, иногда зазубренными, в таких случаях новообразование напоминает меланому. При множественном себорейном кератозе иногда отмечается семейный анамнез заболевания. Множественный себорейный кератоз может локализоваться в области гениталий. Острое появление множественных себорейных бородавок обычно наблюдается при **паранеопластическом синдроме Лазера-Трела** [5, 10].

В соответствии с гистологической классификацией опухолей кожи (Всемирная организация здравоохранения, 2006) выделяют 7 типов себорейного кератоза [5]:

- акантотический себорейный кератоз характеризуется папилломатозом, акантозом, пролиферацией клеток эпидермиса, наличием роговых кист, скоплением меланина;
- аденоидный тип состоит из тонких анастомозирующих эпители-

альных тяжей, формирующих петлистую сеть, включающих роговые кисты;

- пигментированный себорейный кератоз напоминает обычный себорейный кератоз, но сопровождается присутствием в эпидермисе большего количества меланина;
- инверсный себорейный кератоз представлен комплексами, состоящими из двух видов клеток: базалоидных и крупных с эозинофильной цитоплазмой кератиноцитов, расположенных циркулярно;
- раздраженный себорейный кератоз (за счет трения, присоединения стафилококковой инфекции) проявляется присутствием выраженной лимфоцитарной инфильтрации с нейтрофилами в поверхностном слое дермы и внутри новообразования, а также более явной плоскоклеточной дифференцировкой;
- гиперкератотический (папилломатозный) себорейный кератоз характеризуется разной степенью

гиперкератоза, акантоза, папилломатоза. Иногда имеет признаки воспаления, как при «раздраженном» варианте;

- клональный тип характеризуется наличием интраэпителиальных гнезд из мелких или крупных пигментированных кератиноцитов внутри комплексов, состоящих из базалоидных клеток.

Течение заболевания медленное, но без злокачественной трансформации. Возможно сочетание с кератоакантомой, базалиомой, плоскоклеточным раком, болезнью Боуэна. **Дифференциальный диагноз** проводят с пигментной разновидностью базалиомы, меланоцитарным невусом, меланомой, солнечным кератозом. **Лечение** проводят электрокоагуляцией, удалением лучами неодимового лазера, криодеструкцией жидким азотом, ароматическими ретиноидами (неотигазоном) в случае наличия множественных очагов в молодом возрасте [5, 10, 11].

Литература

1. Гельфонд М.Л. Дифференциальная диагностика опухолей кожи в практике дерматологов и косметологов. *Практик. онкология*. 2012; 13 (2): 69–70.
 2. Ломоткин И.А. Клиническая дерматоонкология. М.: Бином, 2011.
 3. Капустина О.Г. Диагностика и оптимизация лечения новообразований кожи в амбулаторной практике дерматолога. Дис. ... канд. мед. наук. М., 2009.

4. Белоусова Т.А., Горячкина М.В. Папилломавирусная инфекция кожи и слизистых оболочек. *Фарматека*. 2010; 1: 32–6.
 5. Молочков В.А., Молочков А.В., Хлебникова А.Н., Куцевич Ж.С. Эпителиальные опухоли кожи. М.: Бином, 2012.
 6. Молочков И.А., Киселев В.И., Рудых И.В. и др. Папилломавирусная инфекция – клиника, диагностика, лечение. *Пособие для врачей*. М., 2005.

7. Пол К. Бакстон. *Дерматология*. М.: Бином, 2004.
 8. Rocky Baceliери, Sandra Marchese Johnson. *Cutaneous warts: an evidence-based approach to therapy*. Am Fam Physician 2005.
 9. Goncalves MA, Donadi EA. Immune cellular response to HPV: current concepts. *Braz J Infect Dis* 2004; 8: 1–9.
 10. Вульф К., Голдсмит Л.А., Кац С.И. и др. *Дерматология Фиццатрика в клинической практике*. Т. 2. М.: Бином, 2012.
 11. <http://dermline.ru>





140

лет

со дня рождения
М.П. Кончаловского

■ 26-27 февраля, Рязань XVIII Межрегиональная научно-практическая конференция РНМОТ
www.ryzan2015.rnmot.ru

■ 2-3 апреля, Пермь XIX Межрегиональная научно-практическая конференция РНМОТ
www.perm2015.rnmot.ru

■ 16-17 апреля, Нижний Новгород III Съезд терапевтов Приволжского федерального округа
www.nnovgorod.rnmot.ru

■ 23-24 апреля, Пятигорск XX Межрегиональная научно-практическая конференция РНМОТ
www.pytigorsk2015.rnmot.ru

■ 28-29 мая, Барнаул XXI Межрегиональная научно-практическая конференция РНМОТ
www.barnaul2015.rnmot.ru

■ 14-16 октября, Москва, Крокус Экспо X Национальный конгресс терапевтов
www.congress2015.rnmot.ru

■ 14-16 октября, Москва, Крокус Экспо 14th European Congress of Internal Medicine
www.efim2015.org

■ 26-27 ноября, Ростов-на Дону IV Съезд терапевтов Южного федерального округа
www.rostov2015.rnmot.ru

Подробности на сайте www.rnmot.ru

Оргкомитет:
117420, Москва, 3/я 1
телефон: (495) 518-26-70
электронная почта: mail@interforum.pro
www.rnmot.ru

Технический секретариат:
ООО «КСТ Интерфорум»
Москва, ул. Профсоюзная, д. 57
телефон: (495) 722-64-20
электронная почта: mail@interforum.pro
www.rnmot.ru

2015

16 Реклама