

Т. Г. ОВАНЕСБЕКОВА

РЕДКО ВСТРЕЧАЮЩИЕСЯ ОПУХОЛИ ПРИДАТКОВ КОЖИ

Эккринная спираденома—доброкачественная опухоль, гистогенетически связанная с эккринными потовыми железами. Ранее эта опухоль описывалась под различными названиями: миоэпителиома, цилиндромма, солидная гидраденома [5, 6, 8]. В 1956 г. Керстинг и Хелвиг [11], изучив на большом материале клинику, морфологию и гистогенез опухоли, выделили ее из группы опухолей потовых желез как самостоятельную нозологическую единицу. Изучив серийные срезы, авторы установили связь опухоли с эккринными потовыми железами, что подтвердилось гистохимическими исследованиями Хашимото, Гросс и др. [9]. А. К. Апатенко [1] полагает, что спираденомы гистогенетически связаны не с секреторной частью потовых желез, а с их протоками, о чем свидетельствует наличие двоякого рода клеток, тубулярные структуры и слабая функциональная активность опухолевых клеток. Автор выделяет следующие варианты опухолей: солидный, железистый, тубулярный и ангиоматозный. Солидный вариант эккринной спираденомы легко принять за базалиому, тубулярный близок по строению к цилиндромме, а ангиоматозный вариант напоминает некоторые опухоли: гломус-ангиому Барре-Массона, гемангиоперицитому, хемодектому.

С 1974 г. данная опухоль как самостоятельная нозологическая единица входит в Международную гистологическую классификацию опухолей кожи, составленную ВОЗ. Эккринные спираденомы встречаются редко и мало известны как лечащим врачам, так и патологоанатомам. Нередко их ошибочно расценивают как злокачественные опухоли. Возраст больных, по литературным данным, колеблется от 19 до 89 лет, но чаще эккринные спираденомы встречаются после 40 лет. Опухоль обычно локализуется в коже верхней половины туловища. Характерным клиническим признаком является чувствительность опухоли при ощупывании, дающем иногда сильные боли, что приводит врачей к подозрению на гломус-ангиому, неврому. Опухоль растет медленно, прогноз благоприятный, иссечение опухоли, как правило, обеспечивает выздоровление. Рецидивы наблюдаются очень редко. Приведенное ниже наблюдение представляет интерес, так как описываемая опухоль имела место у ребенка 7 месяцев, тем более что в доступной нам литературе такой возраст не указан.

Больной А., 7 месяцев (И. Б. № 148/76), поступил в хирургическое отделение Армянского института рентгенологии и онкологии 26/І 1976 года. Мать отмечает,

что через два месяца после рождения ребенка заметила на спине под лопаткой красноватый узелок с чечевичу, который, постепенно увеличиваясь, изъязвился и стал кровоточить. Врачом районной больницы были назначены калиевые примочки, которые не дали эффекта. Ребенка направили в Институт онкологии с подозрением на рак кожи. Диагноз при поступлении—рак кожи с распадом; диагноз после обследования—кавернозная ангиома. 27/1 произведено удаление опухоли.

Операционный материал представляет кожу с подкожной жировой клетчаткой с изъязвленной поверхностью над подвижной опухолью овальной формы размером $0,5 \times 5$ см, отграниченной от окружающей ткани. Опухоль темно-красного цвета, мягкоэластична. Микроскопически опухоль состоит из двух основных видов клеточных элементов. Одни клетки, в основном небольшие, со светло окрашенными ядрами овальной формы и четкими ядрышками, другие—более мелкие с интенсивно окрашенными ядрами, в которых ядрышки не определяются. В одном участке прослеживается связь опухоли с потовыми железами (рис. 1, а). Строма скудная, узелки опухоли отделены друг от дру-

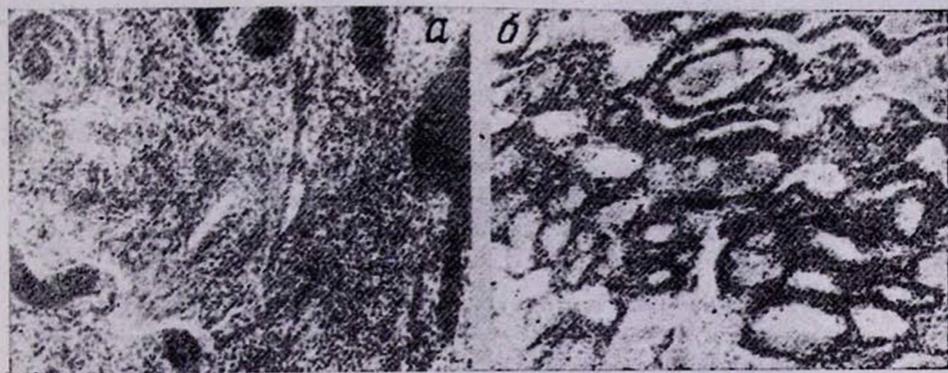


Рис. 1а. Эккринная спираденома. Связь опухолевых клеток с элементами потовых желез. б. Эккринная спираденома. Участок опухоли, напоминающий гломусную ангиому Барре-Массона.

га фиброзными прослойками. Опухоль характеризуется большим количеством резко расширенных кровеносных сосудов, окаймленных снаружи указанными выше клетками. Некоторые поля напоминают гломус-ангиому Барре-Массона (рис. 1, б) и гемангиоперидитому. Гистологический диагноз—ангиоматозный вариант эккринной спираденомы кожи.

Второе наблюдение касается также редко встречающейся доброкачественной дисэмбриогенетической опухоли, гистогенетически связанной с элементами наружного корневого влагалища волосяного фолликула—трихолеммомы. Указанная опухоль описана в единичных работах [1, 4, 7, 10]. Гедингтон, Френч [10] приводят доказательства гистогенетической связи трихолеммомы с клетками наружной оболочки волосяного фолликула. Как считает А. К. Апатенко, «это одна из наиме-

нее четко очерченных опухолей придатков кожи». Ранее данная опухоль описывалась как светлоклеточная эпителиома, светлоклеточная гидраденома. В настоящее время трихолеммома рассматривается как светлоклеточный вариант трихоэпителиомы. При гистологическом исследовании трихолеммому надо дифференцировать со светлоклеточной гидраденомой, эккринной поромой и базалиомой. Трихолеммома также включена в номенклатуру опухолей кожи, составленную комитетом ВОЗ. Приводим наше наблюдение.

Больная Б. И., 8 лет, обратилась в Республиканский онкологический диспансер с жалобами на опухоль верхней губы. Девочка связывает появление опухоли с царапиной верхней губы. Со временем опухоль несколько увеличилась в размере. Больная обратилась к врачу для удаления опухоли по косметическим соображениям.

Микроскопически удаленная опухоль представляет четко очерченный узелок размером $1 \times 1,5$ см бледно-розового цвета, мягкой консистенции. Микроскопическое строение: опухоль локализована в дерме, представлена полиэдрическими клетками со светлой, как бы «пустой», цитоплазмой и округлыми ядрами. В некоторых участках опухоль состоит из клеток типа шиповатых. Среди светлых клеток обнаруживаются поля плоскоэпителиальных клеток, расположенных концентрически с формированием волосяных фолликулов (рис. 2). В некоторых



Рис. 2. Трихолеммома. Формирование волосяных фолликулов опухолевыми клетками. Окраска гематоксилин-эозином, $\times 70$.

участках удается проследить переход клеток волосяного фолликула в опухолевые светлые клетки. Гистологический диагноз—трихолеммома.

Институт рентгенологии
и онкологии МЗ Арм. ССР

Поступила 2/VI 1976 г.

Տ. Գ. ՀՈՎՀԱՆՆԵՍՐԵԿՈՎՍ

ՀԱԶՎԱԳՅՈՒՏ ՀԱՆԳԻՊՈՂ ՌԻՌՈՒՅՔՆԵՐ ՄԱՇԿԻ ՀԱՎԵԼՈՒՄՆԵՐՈՎ

Ա մ փ ն փ ու մ

Հոգւածում հաղորդվում է երկու հազվագյուտ հանդիպող մաշկի բարորակ ուռուցքների՝ էկրինային սպիրադենոմի և տրիխոլիմմոմի մասին: Այդ ուռուցքները քիչ են հայտնի, ինչպես բուժող բժիշկներին, այնպես էլ պաթոլոգանատոմներին: Հաճախ, սխալմամբ դրանց ախտորոշում են որպես շարորակ ուռուցք, որը բերում է ոչ ճիշտ բժշկական տակտիկայի: Էկրինային սպիրադենոմի հետազոտումը կապված հյուսվածքաժառանգաբանական քրոմոսոմների ծորանների հետ ներկայացնում է հատուկ հետաքրքրություն, որովհետև նկարագրված ուռուցքը տեղ է գտել 7 մասյա երեխայի մոտ: Մեզ մատչելի գրականության մեջ այդպիսի տարիք չի նշվում:

Տրիխոլիմմոման ամենաքիչ հստակ ընդգծված ուռուցք է մաշկի հավելումներով, որը համարվում է որպես տրիխոէպիտելիոմի բացբջջային վարիանտ: Դիտումները նկարագրված է 8 տարեկան աղջկա մոտ:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Апатенко А. К. Архив патологии, 1965, 2, стр. 25
2. Апатенко А. К. Архив патологии, 1968, 10, стр. 15
3. Апатенко А. К. Эпителиальные опухоли кожи и пороки развития. М., 1973.
4. Вихерт А. М., Галил-Оглы Г. А., Порошин К. К. Атлас диагностических биопсий кожи. М., 1973.
5. Губарева А. В. Архив патологии, 1965, 2, стр. 37.
6. Balog P. Acta. dermat. venerol. (Stockh.), 1941, 22, 188.
7. Dupperat B., Mascaro S. Ann. dermat. Syph., Paris, 1965, 92, 241.
8. Geschlckter C., Koehler H. Am. J. Cancer, 1935, 23, 804.
9. Hashimoto K., Gross B., Nelson R., Lever W. J. invest. Derm., 1966, 46, 37.
10. Headlinton S., French S. Arch. Derm., 1962, 86, 430.
11. Kersting D. W., Helwig E. B. Arch. Derm., 1956, 73, 199.