

П РАЦЮЮТЬ С ТУДЕНТИ

УДК: 616-006:616.5

© Коллектив авторов, 2013

ОЛЕОГРАНУЛЕМА КАК ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА**Бобрышева М. А., Дзюба В. О., Попов Д. А., Тимошенко В. Ю.,
Решетняк А.А., Романенко И. М., Кутенец А. С.***ГЗ «Луганский государственный медицинский университет»*

Введение: термин олеогранулема (ОГ) впервые предложил Ганшен в 1914 году, обозначив им опухоли в подкожной клетчатке (ПК), возникшие после инъекций камфорного масла. Сходные инфильтраты в ПК были описаны в 1920 году у больных, переболевших сыпным тифом. Под термином «олеогранулема» понимают изменения, возникающие после попадания под кожу липофильных жидкостей. Ранее это заболевание ассоциировалось с опухолью полового члена, связанной с введением в него вазелина с целью увеличения пениса. Вазелин распространяется в ограниченном пространстве между кожей и оболочками полового члена. Процедура не является сложной с технической точки зрения и не требует финансовых затрат. Но, в действительности, методика оказалась не приемлемой, т. к. через некоторое время возникали тяжелые осложнения в виде ОГ и грубого рубцевания: вазелин вызывал резко выраженную воспалительно-аллергическую реакцию, что неизбежно приводило к деформации пениса, а в ряде случаев и к импотенции, болям во время полового акта, нарушениям эрекции. Если же пенис увеличивался, то под кожей можно было найти плотные образования, чаще бугристые на ощупь. Учитывая, что ОГ формируется лишь у некоторых людей, получавших инъекции липофильных веществ, в генезе болезни предполагается роль конституциональных особенностей, эндокринопатий, нарушений липидного обмена, инфекции, травмы. Т. е. процедура приводила не столько к увеличению органа, сколько индуцировала воспаление и появление опухоли [1, 2, 3].

В настоящее время ОГ встречается в виде единичных случаев, при отсутствии анамнеза (больные часто его скрывают). Поэтому далеко не всегда удается своевременно поставить диагноз.

Цель работы: повысить информированность касательно диагностики, клинического течения и лечения олеогранулем (с приведением нашего наблюдения).

Попытка **классифицировать** ОГ была предпринята Абрикосовым. Выделяются: искусственные (инъекционные ОГ) в местах введения минеральных и растительных масел (жидкий парафин, вазелиновое и камфорное масло); в литературе образования описывались также как *granulemes lyporhagiqus*;

- травматические ОГ - на местах травматизации, ушибов, сдавления, размножения тканей;

- околоспалительные ОГ - результат разрушения жировой ткани, например, при туберкулезе, маститах и др.;

- спонтанные ОГ - следствие спонтанного некроза в ПК (при сыпном тифе и др.).

ОГ по происхождению могут быть 2-х типов: экзогенного генеза (липофильные жидкости вводятся извне), эндогенного генеза (спонтанные) - жировые некрозы, как следствие аутолиза жировой ткани.

Процесс развития ОГ происходит следующим образом. Масла или гели, попавшие в ПК, вызывают воспаление: образуется инфильтрат с примесью крови и лимфы, в центре начинает накапливаться жидкость, а вокруг нее формируется грануляционная ткань. Этот период называется пролиферативной фазой. При отсутствии лечения заболевание прогрессирует, ухудшается кровообращение пораженного участка, возникает ишемизация, трофические нарушения, которые завершаются образованием язв, кист (внутри опухоли), и, будучи не удаленными, часто нагнаиваются.

Гистологически: изменения со стороны эпидермиса не выявляются. В дерме и клетчатке - значительная периваскулярная инфильтрация, иногда очаги туберкулоидного строения, с наличием гигантских клеток. В ПК - крупные отдельные полости, кисты с жировой субстанцией, которые окрашиваются суданом III в ярко-желтый цвет. Окружающий инфильтрат-гранулематозного характера со значительным количеством эпителиоидных клеток, лимфоцитов, фибробластов без казеозного некроза. Со временем увеличивается количество соединительнотканых структур по типу рубца, имеются фибриновые инфильтраты. Своеобразие им придает т. н. липофаги-фагоциты, имеющие вид «пенистых клеток», содержащих жировые капли. Возможно обнаружение кальцификатов. Длительно сохраняются гистологические признаки хронического воспаления.

Клиника. Характерным является образование в ПК жировых узлов деревянистой плотности, располагающихся изолированно или сливающихся в т. н. «плоскостные» инфильтраты. Последние имеют форму дисков неправильной формы, хрящевидной плотности толщиной 1-1,5 см, часто спаянных с кожей. Размеры узлов варьируют от величины горошины до 10 см и более; число - от единичных до десятков. Цвет кожи над опухолями - от нормального до цианозного.

нотического. Мелкие узлы могут быть болезненны при пальпации. Сплошные уплотнения обычно безболезненны. Иногда увеличиваются регионарные лимфоузлы. Внутренние органы обычно не вовлекаются. Изменений со стороны анализов крови нет.

Вариантами течения и исхода олеогранулемы являются:

1) склерозирование с длительным существованием без изменений плотных невоспалительных узлов;

2) при введении составов с канцерогенными свойствами возможна злокачественная трансформация ОГ;

3) медленный рост инфильтратов, появление признаков острого воспаления в виде покраснения и болезненности.

К осложнениям относятся: инфицирование с абсцедированием; изъязвление и формирование свищей из которых периодически отделяется серозно-гнойная жидкость; серьезно осложняют процесс т. н. метастатические вторичные ОГ, возникающие в отдалении от мест первичного введения масла.

Формы и разновидности: легкая (опухоль располагается по крайней плоти, венечной бороздке), тяжелая (фиброз поражает кожу и ПК),

свищевая (на коже появляются свищи и изъязвления).

Диагностика. Как правило не представляет трудностей. Тщательный осмотр и пальпация позволяют выявить плотные узловатые ОГ в месте введения масляных веществ, рубцовую деформацию. В ряде случаев для уточнения характера поражения и/или вовлечения в патологический процесс сосудов могут потребоваться УЗИ, доплерография, доплероскопия. Важную роль играет гистологическое исследование, выявляющее хроническое воспаление в глубоких отделах кожи кисты и микрокисты, имеющие маслянистое содержимое, огромные вакуолизованные клетки. В составе инфильтрата - лимфоциты, плазмциты, эпителиоидные клетки, макрофаги. Нередко отмечается туберкулоидное строение инфильтрата. Диагностические ошибки связаны с редкостью заболевания и частой анамнестической дезориентацией, когда больные умышленно скрывают причину ОГ. Появление ОГ характерно для молодых людей, уклоняющихся от службы в армии а также для заключенных. Приводим наше наблюдение.

Больной С. поступил в стационар с жалобами на высыпания в области полового члена и чувством дискомфорта. Считает себя больным с 1976 года, т. е. со времени нахождения в местах лишения свободы. С целью пе-

ревода в лазарет ввел себе в область венечной борозды вазелиновое масло. Всего проведено 18 инъекций с введением одного 1 мл масла во время каждой. Развилась острая воспалительная реакция полового члена, осложнившаяся абсцессом и появлением свищевого хода. Проведено несколько урологических операций со вскрытием абсцессов, дренированием свищевого хода. Больной выписан в удовлетворительном состоянии. Однако, патологический процесс в слоях кожи не прекратился: периодически наступали рецидивы с обострением воспалительного процесса с гнойными выделениями. Объективно половой член деформирован в области венечной борозды с переходом на головку. Отмечается узловатость, изъязвление с наличием гнойного отделяемого. Диагноз: олеогранула инъециционная, искусственная. В стационаре проведена противовоспалительная, антибактериальная терапия. Даны рекомендации хирургического иссечения пораженных очагов на базе урологического отделения.

Дифференциальный диагноз проводится с опухолями, сифилитическими гуммами, панникулитом и др.

Лечение. Консервативное лечение ОГ не эффективно. Тепло и аспирация противопоказаны, т. к. могут провоцировать рост олеогранулемы. Лучшим методом лечения ОГ является хирургический. На ранних стадиях вскрытия абсцессов с дренированием, на поздних - радикальное удаление гранулем. Самый щадящий вид операции при ОГ полового члена - это круговое иссечение крайней плоти. Эта операция проводится только в том случае, если олеогранулемы небольшие, располагаются в крайней плоти ниже венца, т. е. те, которые можно иссечь не нарушая целостности кожи.

При остром воспалительном процессе назначают

Следует помнить, что при введении составов с канцерогенными свойствами возможны факты злокачественной трансформации олеогранулем.

Выводы: 1) олеогранулемы - редко встречающееся заболевание в практике врача-дерматолога с высокой вероятностью диагностических ошибок (опухоль, панникулит и др.);

2) приведенное наблюдение свидетельствует о возможных случаях патомимии (членовредительства);

3) ОГ нередко имеет многолетнее течение; первичное иссечение очага не всегда приводит к радикальному устранению процесса и делает необходимым повторные оперативные вмешательства.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Т. Фицпатрик. Дерматология: Атлас-справочник/
Т. Фицпатрик; Р. Джонсон; К. Вулф; М. Полано;
Д. Сюрмонд.- М.: «Практика».- 1999.- 880с.
2. Савчак В. И. Болезни кожи: Учебник / В. И.

Савчак.- М.: АСТ.- 2007.- 734с.

3. Скрипник Ю. К. Кожные и венерические болезни: Учебник/ Руководство для врачей в 4-х т.- Т. 2/ Под ред. Ю. К. Скрипник.- М.: «Медицина».- 1995.-544с.

Бобрышева М. А., Дзюба В. О., Попов Д. А., Тимошенко В. Ю., Решетняк А.А., Романенко И. М., Кутенец А. С. Олеогранулема как дерматологическая проблема //Український медичний альманах. - 2013.- Том 16, № 2.- С. 162-164.

Представлено описание олеогранулемы (клиника, диагностика, лечение). Приведено наблюдение, свидетельствующее о возможных случаях патомимии (членовредительства) среди заключенных.

Ключевые слова: олеогранулема, клиника, диагностика.

Бобришева М.О., Дзюба В. О., Попов Д. О., Тимошенко В. Ю., Решетняк А. О., Романенко І. М., Кутенець А. С. Олеогранульома як дерматологічна проблема. //Український медичний альманах.-2013.- Том 16, № 2.- С. 162-164.

Представлено опис олеогранульоми (клініка, діагностика, лікування). Приведено спостереження, яке свідчить про випадки патомімії (завдання шкоди органам) серед в'язнів.

Ключові слова: олеогранульома, клініка, діагностика.

Bobrisheva M. A., Dzuba V. O., Popov D. A., Timoshenko V. U., Romanenko I. M., Reshetnyak A. O., Cutenets A. S. Oleogranuloma as dermatological problem //Український медичний альманах.-2013.-Том 16, № 2.- С. 162-164.

Oleogranuloma is given- clinics as well as diagnostics, treatment. The case of oleogranuloma is presented. Attention is payed to possibility of oleogranuloma among prisoners.

Key words: oleogranuloma, clinics, diagnostics, treatment.

УДК: 616.5-003.8

© Коллектив авторов, 2013

ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ В КРУПНЫХ КОЖНЫХ СКЛАДКАХ

Дунаева В.С., Кравчук А.Ю., Романенко И.М., Высоцкая А.Л., Белоконов И.Е., Боброва А.Г., Шварева Т.И.

ГЗ «Луганский государственный медицинский университет»

Вступление: кожные процессы в крупных складках не являются редкостью. Разнообразие клинических проявлений создает сложности диагностики, правильность которой является необходимым условием адекватной терапии. **Цель** работы - освещение наиболее частых дерматозов в крупных складках, критериев их диагностики, направлений терапии. *Фолликулиты* – стафилококковые поражение волосяного фолликула с появлением болезненных узелков, пустул, пронизанных волосом. Лечение: удаление пинцетом волоса, протирание кожи салициловым или камфорным спиртом, наложение антибактериальной мази. *Кандидоз* – вызывается дрожжеподобными грибами (чаще *Candida albicans*). В отличие от сапрофитного носительства при кандидозе грибы *Candida* микроскопически выявляются в большом количестве, особенно в виде псевдомицелия («цепь» из клеток гриба). Появляются эритема, эрозии, белые творожистые налеты. Лечение: флуконазол, местные антимикотики. *Эритразма* - является псевдомикозом, возбудитель - *Corynebacterium minutissimum*. В крупных складках (пахово-бедренные, подмышечные, вокруг пупка, у женщин - под молочными железами), возникают маловоспалительные пятна с фестончатыми очертаниями, красно-кирпичного цвета, покрытые отрубевидными чешуйками (при освещении лампой Вуда видно красноватое свечение). Заболевание протекает хронически, с рецидивами, часто экзематизацией, особенно у потливых тучных неопрятных лиц. При этом усиливается зуд, жжение, появляется мацерация, мокнутие, которые при неосложненной эритразме отсутствуют. Лечение: наружно – анилиновые

красители, имидазолы, эритромициновая мазь, салициловый спирт. Полезны УФО, ежедневный загар в течение 30-40 мин. *Руброфития* – микоз, поражающий кожу и ногти стоп и кистей, а также гладкую кожу и пушковые волосы любых участков, включая кожные складки. В крупных складках проявляется очагами розово-красного цвета с шелушением, фестончатыми очертаниями. В чешуйках находят нити мицелия. Лечение: системно - интраконазол, гризеофульвин, местно - антимикотики в виде мазей и растворов. *Склеродермия* (кожная форма) — прогрессирующее заболевание из группы коллагенозов, в основе которого - фиброзно-склеротические изменения кожи, подкожной клетчатки, часто с поражением сосудов. На 1-й стадии проявляется синошно-сиреневыми пятнами; на 2-й стадии - центр их уплотняется и хорошо пальпируется, на 3-й стадии развивается атрофия. Лечение: пенициллинотерапия, антифибротические средства (лидаза), аевит, а также физиотерапия. *Псориаз* - проявляется в складках редко в виде красноватых папул, бляшек, покрытых серебристо-белыми чешуйками, легко отпадающими при поскабливании. Данная локализация может наблюдаться при сопутствующих микозах (кандидозе), аллергии (атопическом дерматите). Лечение: ретинол, тиосульфат натрия, седативные средства. Показаны УФО, ванны, местно - 2% салициловая мазь. *Пузырчатка* – аутоиммунное заболевание, характеризующееся образованием внутриэпидермальных пузырей, формирующихся в результате акантолиза. Крупные складки (подмышечные, паховые, под молочными железами, за ушными раковинами, в области пупка) - частая локализация процесса, особенно