

ГАМАРТОМЫ ЛАДОННОЙ И ПОДОШВЕННОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ: СОБСТВЕННЫЕ НАБЛЮДЕНИЯ

HAMARTOMAS OF PALMAR AND PLANTAR LOCALIZATION: OWN KEYS

■ ■ Мяконький Р.В.

■ Каплунов К.О.

■ Баркинхоев Р.М.

■ Волгоградская областная клиническая
больница №3

■ Волгоградский государственный
медицинский университет

■ ■ Myakonky R.V.

■ Kaplunov K.O.

■ Barkinhoev R.M.

■ Volgograd Regional Clinical Hospital No.3

■ Volgograd State Medical University

E-mail: mrv-disser@mail.ru

Резюме

В статье представлены два клинических кейса диагностики гамартром стоп у пациентов, подвергшихся хирургическому лечению с благоприятным исходом.

Анализ данных медицинской литературы и собственного опыта позволил заключить, что достаточно часто при локализации гамартром на подошвенной поверхности стоп и ладонях, при соответствующем виде макропрепарата хирургами выставляется ошибочный диагноз атерома. Из курса анатомии известно, что в нормальных условиях ладони и подошвенные поверхности стоп лишены сальных желез, поэтому выставление диагноза атерома является методически неверным.

Ключевые слова: гамартрома, новообразование ладоней и стоп.

Summary

The article presents two clinical cases of diagnosis of hamartoma of the feet in patients undergoing surgical treatment with a favorable outcome.

An analysis of the data from the medical literature and our own experience allowed us to conclude that quite often, when hamartoma is localized on the plantar surface of the feet and palms, with the appropriate type of macropreparation, surgeons make an erroneous diagnosis of atheroma. It is known from the course of anatomy that under normal conditions the palms and plantar surfaces of the feet are devoid of sebaceous glands, therefore, the diagnosis of atheroma is methodically incorrect.

Key words: hamartoma, neoplasm of the palms and feet.

Библиографическая ссылка на статью

Мяконький Р.В., Каплунов К.О., Баркинхоев Р.М. Гамартомы ладонной и подошвенной локализации: собственные наблюдения // Innova. - 2024. - Т. 10. - № 3. - С.41-49.

References to the article

Myakonky R.V., Kaplunov K.O., Barkinhoev R.M. Hamartomas of palmar and plantar localization: own keys // Innova. - 2024. - T. 10. - № 3. - P.41-49.

Доброкачественные новообразования кожи и подлежащих мягких тканей, локализующиеся на кистях и стопах, достаточно частый повод обращения к онкологу и хирургу [1-3]. Одной из основных причин, вынуждающих пациентов обратиться за медицинской помощью, являются неудобства, связанные с ношением обуви и дискомфорт при мануальных действиях, а также косметический дефект, связанный с новообразованием. Стоит отметить, группа опухолей, располагающихся на дистальных

участках как верхних, так и нижних конечностей достаточно разнообразна, а клинический диагноз, строящийся на визуальной оценке макропрепарата, в большинстве случаев совпадает с морфологическим диагнозом [4-6]. Определенные трудности диагностики встречаются именно в случае с гамартромами ладонной и подошвенной локализации, когда макроскопически они похожи на атерому [7-10].

Из курса гистологии и нормальной анатомии человека известно строение кожного

покрова (cutis), который кроме прочих структур содержит сальные железы, представляющие собой простые альвеолярные железы, располагающиеся у границы сосочкового и сетчатого слоев дермы. Протоки сальных желез обычно открываются в волосяной мешочек, там, где волосы отсутствуют (переходная складка губ, головка полового члена), протоки этих желез выходят непосредственно на поверхность кожи. В свою очередь, атерома является доброкачественным новообразованием в области сальной железы (ретенционная опухоль), вызванная закупоркой и расширением выводного протока сальной железы. При этом известно, что на ладонях и подошвах сальные железы отсутствуют. Таким образом можно заключить, что атером на ладонях и подошвах быть не может.

Гамартома – доброкачественное новообразование, формирующееся из клеток органа, в котором оно находится. По структуре данная неоплазия может быть бугристой и гладкой, зачастую имеет округлую форму. Как правило, опухоли такого типа единичны, однако встречаются и множественные [11]. Считается, что заболевание развивается из-за сбоя процессов закладки органов и их трансформирования [12]. Располагается гамартома в глубоких слоях органов, ее размеры могут варьировать от нескольких миллиметров до нескольких сантиметров [13]. Заболеванию подвержен мужской пол, что может говорить о связи заболевания с Y-хромосомными абберациями [14].

Классифицируют гамартумы по преобладанию неоплазии той или иной ткани, при этом выделяют следующие виды [15]:

- хондроматозная или хрящевая;
- липоматозная или жировая;
- лейомиоматозная или

гладкомышечная;

- фиброматозная или железистая;
- органоидная – состоит из клеток органа, который подвергся поражению.

Материалы и методы.

Проанализирована первичная медицинская документация двух пациентов-мужчин (пациент К. 67 лет и пациент У. 45 лет), поступивших на плановое оперативное лечение по поводу новообразований на подошвенных поверхностях стоп. С методической и аналитической целью, несмотря на схожесть, оба наблюдения разделены на два отдельных клинических кейса, по результатам которых сделан общий вывод.

Клинический кейс №1. Пациент К. 67 лет, направлен в хирургическое отделение из поликлиники с диагнозом: Абсцедирующая мозоль подошвенной поверхности правой стопы.

Из анамнеза выяснено, что появление новообразования на правой стопе отметил несколько лет назад, последнее никак не беспокоило. В течение последнего месяца образование увеличилось в размерах, периодически появилась боль. Накануне обращения в поликлинику боль в области образования усилилась, появилась перифокальная гиперемия кожи.

При поступлении в хирургическое отделение выполнено УЗИ мягких тканей зоны интереса. При сканировании мягких тканей подошвенной части стопы по наружному своду определяется гиперэхогенное образование 16×14 мм овальной формы, неоднородное с гиперэхогенными включениями, капсула образования четкая, ровная. Мышечные структуры без особенностей. Заключение: УЗ-признаки образования подошвенной части стопы, предположительно доброкачественного характера.

Результаты лабораторных исследований в динамике представлены в таблице 1.

Таблица 1. Результаты клинко-лабораторного обследования, проведенного в хирургическом отделении у пациента К.

№ п/п	Название исследования	Дата получения результата	Результат	Комментарий
1.	ОАК	05.03.2024	Эр. - $6,52 \times 10^{12}$ /л, Нб - 180 г/л, Нт - 56%, ЦП - 0,83, Тр. - 197×10^9 /л, Лейк. – $9,9 \times 10^9$ /л, б-1%, э - 2%, п - 1%, с - 59%, л - 31%, м - 6%, СОЭ - 1 мм/ч	Незначительный эритроцитоз, нейтрофильный лейкоцитоз

2.	ОАК	29.02.2024	Эр. – $6,2 \times 10^{12}$ /л, Hb - 174 г/л, Ht - 54%, ЦП - 0,86, Тр. – 165×10^9 /л, Лейк. – $10,2 \times 10^9$ /л, б - 0%, э - 1%, п - 3%, с - 71%, л - 21%, м - 3%, СОЭ - 1 мм/ч	
3.	ОАК	27.01.2024	Эр. – $6,17 \times 10^{12}$ /л, Hb - 171 г/л, Ht - 55%, ЦП - 0,86, Тр. - 201×10^9 /л, Лейк. - $11,2 \times 10^9$ /л, б - 0%, э - 1%, п - 1%, с - 40%, л - 48%, м - 10%, СОЭ - 1 мм/ч	Незначительный эритроцитоз, лимфоцитарный лейкоцитоз
4.	Коагулограмма	05.03.2024	протромбиновое время – 23,3 с., протромбиновый индекс - 60%, МНО – 1,66, фибриноген - 2,76 г/л, АЧТВ – 34,4 с	Медикаментозная гипокоагуляция на фоне подкожного введения эноксапарина 40 мг × 1 р/с и приема клопидогрела 75 мг × 1 р/с, внутрь, данные препараты назначены с целью тромбопрофилактики (учитывая наличие эритроцитоза)
5.	Коагулограмма	29.02.2024	протромбиновое время – 26,6 с., протромбиновый индекс - 53%, МНО – 1,9, фибриноген - 2,33 г/л, АЧТВ – 31,6 с	
6.	Коагулограмма	27.02.2024	протромбиновое время – 21,8 с., протромбиновый индекс - 64%, МНО – 1,56, фибриноген – 3,79 г/л, АЧТВ – 34,3 с	
7.	Мочевина	05.03.2024	6,1 ммоль/л	В пределах референтных значений
8.	Мочевина	27.02.2024	7,8 ммоль/л	
9.	Креатинин	05.03.2024	94 мкмоль/л	
10.	Креатинин	27.02.2024	82,4 мкмоль/л	
11.	Общий белок	05.03.2024	68,9 г/л	
12.	Общий белок	27.02.2024	66,9 г/л	
13.	Альбумины	05.03.2024	40,3 г/л	
14.	Альбумины	27.02.2024	40,7 г/л	
15.	Печеночные пробы	05.03.2024	общий билирубин – 15,1 мкмоль/л, АлАТ - 18 Ед/л, АсАТ – 22,3 Ед/л, ЩФ – 84 Ед/л	
16.	Печеночные пробы	27.02.2024	общий билирубин – 12,3 мкмоль/л, АлАТ – 13,9 Ед/л, АсАТ – 18,1 Ед/л, ЩФ – 84,1 Ед/л	

17.	С-реактивный белок	05.03.2024	4,8 мг/л	
18.	С-реактивный белок	27.02.2024	12,4 мг/л	Незначительное повышение концентрации
19.	Сахар крови	27.02.2024	5,09 ммоль/л	В пределах референтных значений
20.	Сахар крови	01.03.2024	7,96 ммоль/л	Незначительное повышение концентрации
21.	Маркеры вирусных гепатитов В и С	28.02.2024	отрицательно	Норма
22.	ИФА АГ/АТ HIV	28.02.2024	отрицательно	
23.	Исследование крови на сифилис	27.02.2024	отрицательно	
24.	ОАМ	05.03.2024	желтая, слабо мутная, кислая, плотность 1018, белок и сахар – отрицательно, лейкоциты – 3-4 в п/зр, эпителий плоский – 1-2 в п/зр	В пределах референтных значений
25.	ОАМ	27.02.2024	желтая, прозрачная, щелочная, плотность 1017, белок и сахар – отрицательно, лейкоциты – 1-4 в п/зр, эпителий плоский – незначительное к-во в п/зр	
26.	Кал на яйца гельминтов	27.02.2024	отрицательно	Норма

Предоперационно пациент осмотрен терапевтом, выставлен, диагноз: Вторичный эритроцитоз? Не исключается миелопролиферативное заболевание. Гипертоническая болезнь II стадии, неконтролируемая артериальная гипертензия,

риск 3. Одиночная желудочковая экстрасистолия. Хроническая сердечная недостаточность 1 стадии, функционального класса 2. Под местной инфильтрационной анестезией 0,5% раствором новокаина 20,0 мл выполнено удаление новообразования с наложением первичных П-образных швов.



Рисунок 1. Гамартома – макропрепарат №1
(собственное наблюдение авторов)

Протокол прижизненного патологоанатомического исследования биопсийного (операционного) материала (рис. 1):

- макроскопическое описание: узел белесоватого цвета диаметром 1,5 см на разрезе киста с шероховатой выстилкой;

- микроскопическое описание: фрагмент кожи с кистой в дерме, выстланной многослойным эпителием с ороговением по эпидермальному типу, в просвете гомогенное содержимое из эозинофильных роговых масс, по периферии – густая инфильтрация нейтрофильными лейкоцитами и очагами неспецифического продуктивного воспаления с гигантскими многоядерными клетками «типа инородных тел».

Заключение: эпидермальная киста с гнойно-продуктивным воспалением.

Клинический кейс №2. Пациент У. 44 лет, направлен в хирургическое отделение из поликлиники с диагнозом: Инкапсулированное инородное тело мягких тканей левой стопы.

Из анамнеза выяснено, что появление новообразования на левой стопе отметил несколько лет назад. Пациент в качестве любителя занимается футболом, периодически получал травму левой стопы в проекции имеющегося новообразования, точных данных за наличие инородного тела указать не смог. В течение последних 6 месяцев отмечает увеличение образование в размерах,

периодически беспокоит боль.

При поступлении в хирургическое отделение выполнено УЗИ мягких тканей зоны интереса. В структуре жировой клетчатки по подошвенной поверхности в проекции первого плюснефалангового сустава непосредственно подкожно определяется неоднородное аваскулярное образование размерами 16×10 мм пониженной эхогенности (инфильтрат?) с наличием в структуре мелких гиперэхогенных линейных включений до 1 мм (инородные тела?). Описанное образование (участок) достаточно четко отграничено от окружающих тканей, с тонкой гиперэхогенной ровной капсулой, не связано с сухожилиями сгибателей большого пальца и с их синовиальным ложем, а также с капсулой первого плюснефалангового сустава. За пределы слоя жировой клетчатки не распространяется. Окружающая подкожно-жировая клетчатка несколько сниженной эхогенности, с признаками незначительно выраженного лимфостаза. Подлежащая кожа по структуре не изменена. Структура, эхогенность и васкуляризация сухожилий без особенностей. Суставная полость первого плюснефалангового сустава не расширена, контуры суставных поверхностей ровные, четкие. Заключение: УЗ-признаки образования в подкожной клетчатке подошвенной поверхности стопы – по совокупности эхо-признаков можно думать о «холодном» инфильтрате с наличием в его структуре мелких инородных тел (рис. 2).

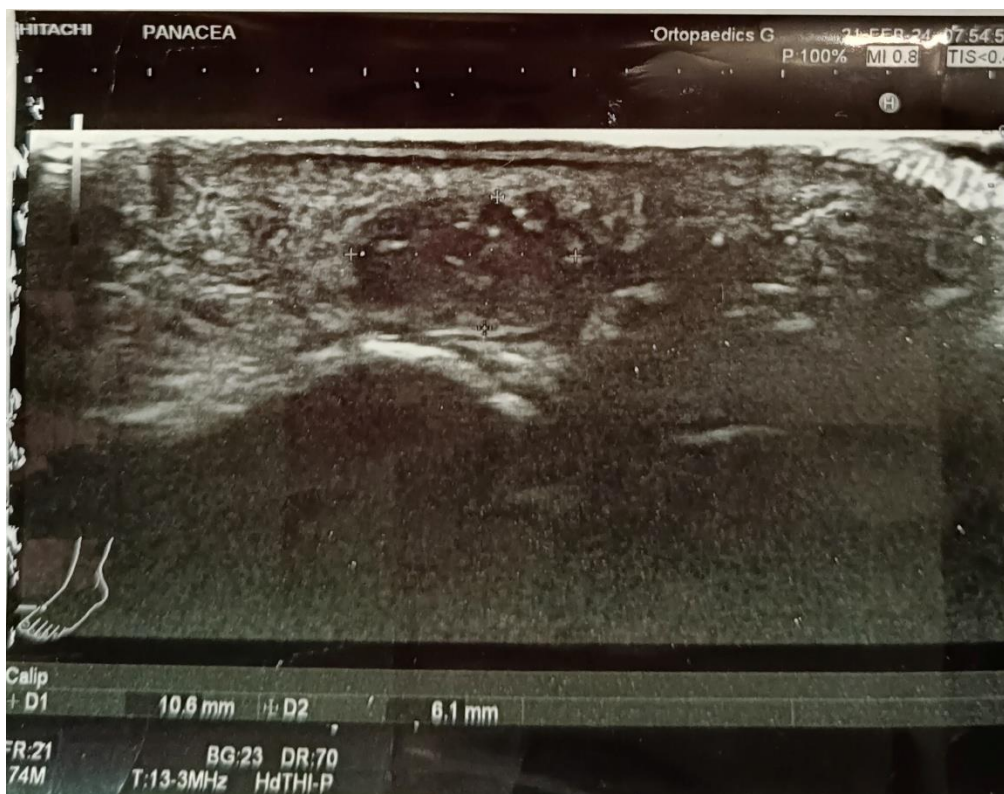


Рисунок 2. УЗИ мягких тканей зоны интереса
(собственное наблюдение авторов)

Выполнена рентгенография левой стопы – дополнительных тенеобразований в мягких тканях не выявлено.

Под местной инфильтрационной анестезией 0,5% раствором новокаина 10 мл выполнено удаление новообразования с наложением первичных П-образных швов.



Рисунок 3. Гамартома – макропрепарат №2 (собственное наблюдение авторов)

Протокол прижизненного патологоанатомического исследования биопсийного (операционного) материала (рис. 3):

- макроскопическое описание: множественные мелкие фрагменты в виде узлов желтовато-серого цвета, диаметром 6-10 мм;
- микроскопическое описание: фрагменты кожи с кистой в дерме, выстланной многослойным эпителием с ороговением по эпидермальному типу, в просвете гомогенное содержимое из эозинофильных роговых масс, по

периферии – густая инфильтрация нейтрофильными лейкоцитами и очагами неспецифического продуктивного воспаления с гигантскими многоядерными клетками «типа инородных тел».

Заключение: эпидермальная киста с хроническим продуктивным воспалением в стенке.

Результаты лабораторных исследований в динамике представлены в таблице 2.

Таблица 2. Результаты клинико-лабораторного обследования, проведенного в хирургическом отделении у пациента У.

№ п/п	Название исследования	Дата получения результата	Результат	Комментарий
1.	ОАК	27.02.2024	Эр. - $4,19 \times 10^{12}$ /л, Hb - 123 г/л, Ht - 36%, ЦП - 0,86, Тр. – 207×10^9 /л, Лейк. – $5,8 \times 10^9$ /л, б-0%, э - 3%, п - 5%, с - 55%, л - 33%, м - 4%, СОЭ - 6 мм/ч	В пределах референтных значений
2.	ОАК	26.02.2024	Эр. – $4,6 \times 10^{12}$ /л, Hb - 132 г/л, Ht - 39%, ЦП - 0,87, Тр. – 201×10^9 /л, Лейк. – $9,4 \times 10^9$ /л, б - 0%, э - 1%, п - 10%, с - 67%, л - 20%, м - 2%, СОЭ - 5 мм/ч	Незначительный нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом формулы влево
3.	Коагулограмма	26.02.2024	протромбиновое время – 14,2 с., протромбиновый индекс - 99%, МНО – 1,01, фибриноген – 2,45 г/л, АЧТВ – 26,1 с	В пределах референтных значений
4.	Мочевина	26.02.2024	3,3 ммоль/л	
5.	Креатинин	26.02.2024	62,5 мкмоль/л	
6.	Общий белок	26.02.2024	67,7 г/л	
7.	Альбумины	26.02.2024	44,2 г/л	
8.	Печеночные пробы	26.02.2024	общий билирубин – 8,6 мкмоль/л, АлАТ – 44,9 Ед/л, АсАТ – 37,5 Ед/л, ЩФ – 74,4 Ед/л	
9.	С-реактивный белок	26.02.2024	4,6 мг/л	
10.	Сахар крови	26.02.2024	5,16 ммоль/л	
11.	Маркер вирусного гепатита В	28.02.2024	отрицательно	Норма

12.	Маркер вирусного гепатита С	28.02.2024	положительно	Необходимо определение РНК HCV для исключения ВГС
13.	ИФА АГ/АТ HIV	28.02.2024	отрицательно	Норма
14.	Исследование крови на сифилис	26.02.2024	отрицательно	
15.	ОАМ	26.02.2024	желтая, прозрачная, кислая, плотность 1013, белок и сахар – отрицательно, лейкоциты – 6-10 в п/зр, эритроциты 0-1-0 в п/зр, эпителий плоский – незначительное к-во в п/зр	Незначительная лейкоцитурия
16.	Кал на яйца гельминтов	26.02.2024	отрицательно	Норма

Результаты и обсуждение. Тактический подход в отношении доброкачественных новообразований мягких тканей в большинстве случаев сводится к оперативному лечению, при этом операция является лечебно-диагностической процедурой. Полученный результат прижизненного патологоанатомического исследования биопсийного (операционного) материала позволяет определить дальнейшую траекторию ведения больного. В большинстве случаев на диагностическом этапе сопровождения пациента не всегда удается точно дифференцировать характер выявляемого новообразования, при этом главным для диагностических служб является ответить на вопрос: не является ли опухоль злокачественной, поскольку в этом случае объем предоперационной подготовки (адьювантная, лучевая, химио- или комбинированная терапия), равно как и объем самого оперативного лечения, значительно отличается и требует привлечения специалистов-онкологов.

В целом использование в качестве диагноза формулировки «доброкачественное новообразование мягких тканей» с предположительным уточнением на основании визуальной оценки удаленного макропрепарата нам кажется приемлемым. Получение же результата прижизненного патологоанатомического исследования биопсийного (операционного) материала позволяет проводить статистическую и научную обработку новообразований, что напрямую не касается интересов прооперированного пациента, для которого основополагающим является радикальность оперативного лечения и

по возможности достижение удовлетворительного косметического эффекта от хирургического лечения.

Выводы. Таким образом, при наличии новообразования мягких тканей ладоней и стоп, макроскопически похожих на атерому, исключается возможность выставления диагноза «атерома», это является анатомически невозможным. Хирургическая тактика в случае гамартом поверхностной локализации, как правило, не вызывает затруднений, прогноз для пациента характеризуется как благоприятный.

Литература.

1. Гринев М.В. Гамартома. Трудности диагностики / М.В. Гринев, Р.В. Грозов, Д.А. Суров // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 2011. – Т. 170, № 6. – С. 80-81.
2. Маковская Н.И. Гамартмы полости рта. Редкий клинический случай из практики челюстно-лицевого хирурга: гамартома твердого неба / Н.И. Маковская, А.В. Васильев // Пародонтология. – 2022. – Т. 27, № 4. – С. 366-372. – DOI 10.33925/1683-3759-2022-27-4-366-372.
3. Сальниково-брыжеечная гамартома у ребенка (клиническое наблюдение) / Н.В. Козулина, А.Н. Смирнов, М.М. Сулейманова [и др.] // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. – 2023. – Т. 13, № 5. – С. 87.
4. Фиброзная гамартома младенцев редкой локализации, клинические случаи / И.М. Каганцов, А.А. Сухоцкая, А.А. Щербаков [и др.] // Российский журнал детской гематологии и онкологии. – 2022. – Т. 9, № 1. – С. 52-59. – DOI 10.21682/2311-1267-2022-9-1-52-59.
5. Шароев Т.А., Сухарев А.В.,

Иванова Н.М., Климчук О.В., Рошин В.Ю. Инфантильная фибросаркома мягких тканей бедра у ребенка 3 месяцев. Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. 2014;4(2):81-6.

6. Al-Ibraheemi A., Martinez A., Weiss S.W., Kozakewich H.P., Perez-Atayde A.R., Tran H., Parham D.M., Sukov W.R., Fritchie K.J., Folpe A.L. Fibrous hamartoma of infancy: a clinicopathologic study of 145 cases, including 2 with sarcomatous features. *Mod Pathol.* 2017;30(4):474-85. DOI: 10.1038/modpathol.2016.215

7. Ji Y., Hu P., Zhang C., Yan Q., Cheng H., Han M., Huang Z., Wang X., Li H., Han Y. Fibrous hamartoma of infancy: radiologic features and literature review. *BMC Musculoskelet Disord.* 2019;3;20(1):356. DOI: 10.1186/s12891-019-2743-5 EDN: RSCYNM

8. Lee S., Choi Y.H., Cheon J.E., Kim M.J., Lee M.J., Koh M.J. Ultrasonographic features of fibrous hamartoma of infancy. *Skeletal Radiol.* 2014;43(5):649-53. DOI: 10.1007/s00256-014-1838-1

9. Miroux-Catarino A. Claro C. Viana I. Giant fibrous hamartoma of infancy: pitfall of CD34 positive dermal mesenchymal tumor. *Dermatol Online J.* 2018;24(6):13030/qt160398hv. PMID: 30142714

10. Sehgal M., Anand S., Dhua A.K., Yadav D.K., Arava S., Barwad A. Rare Paratesticular Masses in Children. *J Indian Assoc Pediatr Surg.* 2021;26(2):117-9. DOI: 10.4103/jiaps.JIAPS_182_19

11. Stensby J.D., Conces M.R., Nacey N.C. Benign fibrous hamartoma of infancy: a case of MR imaging paralleling histologic findings. *Skeletal Radiol.* 2014;43(11):1639-43. DOI: 10.1007/s00256-014-1940-4

12. Stepančec H., Kokot Z., Keretić D., Radiković S., Grgurović D. Fibrous Hamartoma of Infancy in the Scrotum. *European J Pediatr Surg Rep.* 2019;7(1):e100-3. DOI: 10.1055/s-0039-1697924

13. Wang S., Ma Q., Ying H., Jiao Q., Yang D., Zhang B., Zhao L. Giant fibrous hamartoma of infancy: A case report. *Medicine (Baltimore).* 2020;99(11):e19489. DOI: 10.1097/MD.00000000000019489

14. You M.H., Shin D.H., Choi J.S., Kim B.S., Kim Y., Kim J. The First Reported Case of Fibrous Hamartoma of Infancy with Hyperhidrosis and Hypertrichosis in Korea. *J Korean Med Sci.* 2018;33(9):e66. DOI: 10.3346/jkms.2018.33.e66

15. Yu G. Wang Y. Wang G. Zhang D. Sun Y. Fibrous hamartoma of infancy: a clinical pathological analysis of seventeen cases. *Int J Clin Exp Pathol.* 2015;8(3):3374-7. PMID: 26045872.