

Глава 3

В-КЛЕТОЧНЫЕ ПСЕВДОЛИМФОМЫ КОЖИ

ДОБРОКАЧЕСТВЕННАЯ ЛИМФОПЛАЗИЯ КОЖИ

В-клеточные псевдолимфомы в литературе существуют, как уже было упомянуто ранее, под различными названиями: кожная лимфоцитома, лимфоидная гиперплазия кожи, доброкачественный лимфаденоз кожи и др. По сути — это однородная группа, представленная одним заболеванием. В отечественной литературе наиболее распространен термин «доброкачественная лимфоплазия кожи», и в дальнейшем мы будем пользоваться именно им.

В настоящее время доброкачественной лимфоплазии кожи посвящена обширная литература, однако в нашей стране нам встретились единичные работы. Этой проблемой занимались Я. Ф. Жорно и Л. И. Васильева (1952), В. А. Люосев и Е. В. Вербенко (1962), А. А. Штейн и М. И. Дубовый (1964), Г. Э. Шинский и соавт. (1965), В. И. Власов (1979). Заслуживает внимания диссертационная работа, выполненная Ю. В. Сергеевым (1982), в которой представлены авторские наблюдения за 82 больными с доброкачественной лимфоплазией кожи и разработаны диагностические клинико-морфологические критерии и методы лечения.

Провоцирующие факторы. Чаще всего в качестве провоцирующих факторов указывают татуировки, особенно выполненные красной краской [Kluger N. et al., 2010; Kruz F. A. et al., 2010; Kuo W. E. et al., 2011], инъекции антигенов и вирус герпеса (herpes zoster) [Cerroni L. et al., 2007; Porto D. A. et al., 2010]. В 1993 г. J. Rijlaarsdam и R. Willemze

предложили подразделять В-клеточные псевдолимфомы кожи на идиопатические и известной этиологии. Авторы выделяют боррелиозную лимфоцитому, постгерпетическую рубцовую лимфоцитому, а также лимфоцитому, возникшую после нанесения татуировки, и лимфоцитому, индуцированную инъекциями антигенов и акупунктурой.

На наш взгляд, подобные классификации не имеют особой ценности, так как лишь перечисляют провоцирующие псевдолимфому факторы; кроме того, перечень причин в них далеко не полон.

Вместе с тем развитию заболевания способствуют: длительное механическое воздействие — давление и трение (ношение очков — рис. 2); длительный контакт с металлами (украшения из золота, никеля и др.), инъекции гипосенсибилизирующих средств, особенно содержащих гидроксид алюминия [Hernandes I. et al., 2010], укусы насекомых, пиявок, членистоногих.

В тех случаях, когда провоцирующий фактор установить не удастся, говорят об идиопатической доброкачественной лимфоплазии кожи.

Клиническая картина. Заболевание может развиваться в любом возрасте, преимущественно в период от 18 до 40 лет; мужчины болеют в 2—3 раза чаще.



Рисунок 2. Больной Б. Диагноз: доброкачественная лимфоплазия кожи, вызванная давлением очков на кожу.



Рисунок 3. Больной У. Диагноз: доброкачественная лимфоплазия кожи. Одиночная папула в области переносицы.

Клинически доброкачественная лимфоплазия кожи проявляется одиночной папулой (рис. 3), значительно реже — одиночной бляшкой. Возможны сочетания единичных и даже множественных папул и бляшек, расположенных асимметрично на ограниченном участке кожного покрова. Обычно папулы и бляшки располагаются на лице, мочках ушей, в области груди, гениталий и конечностей. Высыпания, локализующиеся ниже пояса, встречаются не часто. К редкой локализации относят появление высыпаний на волосистой части головы [Nnebe N. V. et al., 2009] и на слизистой оболочке полости рта [Tallon B. et al., 2010].

Генерализованные варианты встречаются редко, в основном при постскабиозной лимфоплазии (рис. 4). Для них характерно распространение папул, порой милиарных, и бляшек по всему кожному покрову.

По мнению А. А. Каламкаряна и соавт. (1989), солитарные высыпания встречаются в 2/3 случаев, множественные — в 1/3.

Папулы представлены полусферическими округлыми образованиями от 2 мм до 1 см, четко отграниченными от окружающей кожи. Поверхность их гладкая, блестящая; кожа обычно истончена, изредка выявляют скудное шелушение.



Рисунок 4. Больной С. Диагноз: постскабиозная лимфоплазия кожи.

Е. Араи и соавт. (2007) сообщают о 6 наблюдениях лимфоматоидного кератоза, как разновидности лимфоидной гиперплазии: у пациентов было зафиксировано шелушение бляшек.

Папулы имеют окраску от розовой до красно-коричневой и консистенцию — от тестоватой до плотной. При локализации на веках напоминают ксантелазму.

Субъективные ощущения отсутствуют. Общее состояние не страдает. Регионарный лимфаденит встречается редко.

Особое место занимают папулы, возникающие в результате ужалений и укусов насекомых, пиявок и членистоногих; в этих случаях папулы сопровождаются зудом, эрозированием, изъязвлением и покрываются корками. Папулы, как правило, множественные и распространенные.

Бляшки от папул отличаются более крупными размерами, плоской формой и большей плотностью. В случае выраженного инфильтрата бляшки приобретают полусферическую форму и резко выступают над поверхностью кожи (рис. 5).

Иллюстрацией может служить наше наблюдение доброкачественной лимфоплазии кожи, спровоцированной вирусом простого герпеса; в доступной литературе подобный случай описан впервые.

У сорокалетнего больного в течение двух месяцев на коже правой щеки с переходом на подбородок сформировалась крупная бляшка с



Рисунок 5. Больной Р. Диагноз: доброкачественная лимфоплазия кожи. Одиночная бляшка.

резкими границами, синюшно-красного цвета, плоской формы, округлых очертаний (рис. 6). Ее поверхность была покрыта скудными чешуйками и тонкими полупрозрачными корочками, расположенными отдельными группами.

Пальпаторно определялся массивный инфильтрат большой плотности. Субъективно — чувство легкого покалывания.

Инфильтрат в очаге был настолько выражен, что обсуждались диагнозы: рак кожи, лимфома кожи и глубокий микоз.

Больной был всесторонне обследован в различных лечебных учреждениях, где все диагнозы были отвергнуты. В нашей клинике при детальном уточнении анамнеза заболевания удалось выяснить, что у больного в течение двух последних лет несколько раз появлялись пузырьковые высыпания на коже шеи и подбородка с правой стороны,



Рисунок 6. Больной Н. Диагноз: доброкачественная лимфоплазия кожи, обусловленная вирусом простого герпеса.

которым больной не придавал никакого значения, так как они сопровождались чувством небольшого жжения и быстро исчезали в течение недели.

Учитывая анамнестические данные и клиническую картину (групповое расположение тонких полупрозрачных покрывок пузырьков), был установлен диагноз доброкачественной лимфоплазии кожи, спровоцированной вирусом простого герпеса, который был подтвержден не только гистологически, но и регрессом бляшки на фоне лечения противовирусными препаратами.

Это наблюдение подчеркивает важность подробно собранного анамнеза в установлении диагноза доброкачественной лимфоплазии кожи и акцентирует внимание клиницистов на возможной роли возбудителя инфекции в развитии этого заболевания.

Из общей группы доброкачественной лимфоплазии кожи выделяют боррелиозную лимфоцитому и постскабиозную лимфоплазию.

Боррелиозная лимфоцитома

Боррелиозная лимфоцитома формируется во II стадии боррелиоза, поражает в основном женщин и детей; среди последних болеют преимущественно мальчики. Проявляется заболевание бляшками и папулами.

Бляшки обычно одиночные, плоской формы, округлых, овальных или полулунных очертаний, тестоватой консистенции, от 3 до 5 см в диаметре, темно-красного цвета; изредка имеют синий оттенок [Sewnaik A. et al., 2010]. Покрывающая бляшки кожа гладкая, может быть истончена, иногда покрыта скудными чешуйками.

Папулы множественные, располагающиеся группами, округлых очертаний, их диаметр варьирует от 0,5 до 1 см. По остальным характеристикам папулы сходны с бляшками.

Обычно боррелиозные лимфоцитомы расположены на мочках ушей (рис. 7), на ареоле сосков, затылке, в подмышечных впадинах, на тыле стопы и в области мошонки. Существуют единичные описания и другой локализации боррелиозной лимфоцитомы. Так, A. Steiner и соавт. (2007) наблюдали редкую локализацию боррелиозной лимфоцитомы у девятилетнего мальчика — на головке полового члена.

Лимфоцитома может сопутствовать мигрирующей эритеме и быть ближайшим предвестником хронического атрофического акродерматита. Просуществовав несколько месяцев и даже лет, боррелиозная лимфоцитома может спонтанно регрессировать.

Возможны рецидивы, при которых нередко происходит смена высыпаний: бляшек на папулы и наоборот.

Под нашим наблюдением находилась больная 24 лет, у которой боррелиозная лимфоцитома в виде полулунной бляшки вблизи соска ле-



Рисунок 7. Больная К. Диагноз: боррелиозная лимфоплазия кожи.

вой молочной железы, просуществовав около 10 месяцев, спонтанно исчезла. Спустя примерно 6 месяцев наступил рецидив заболевания: в области бывшей бляшки появилось девять папулезных высыпаний.

Общее состояние при боррелиозной лимфоцитоме, как правило, не страдает, но возможны неврологические нарушения.

Постскабиозная лимфоплазия кожи

Постскабиозная лимфоплазия кожи возникает в ответ на внедрение в кожу чесоточных клещей (*Sarcoptes scabiei*) и проявляется чаще в виде папул и бляшек полусферической формы, четко отграниченных от окружающей кожи, розово-красного или буровато-красного цвета, с гладкой поверхностью и плотной консистенцией. Преимущественная локализация — кожа живота, бедер и половых органов (рис. 8).

В основе формирования постскабиозной лимфоплазии кожи лежит реактивная гиперплазия лимфоидной ткани, причиной которой, как предполагают, является иммунопатологический процесс по типу гиперчувствительности замедленного типа к компонентам клеща.

В то же время после полноценного противочесоточного лечения папулы и бляшки могут сохраняться в течение длительного времени и исчезают лишь после применения глюкокортикоидов: мази, обкалывание очагов или внутримышечное введение.