

ПСЕВДОЛИМФОМЫ КОЖИ

О.Л. Иванов, А.Н. Львов
«Справочник дерматолога»

ПСЕВДОЛИМФОМЫ КОЖИ - реактивно возникающие доброкачественные дерматозы, в основе которых лежит пролиферация лимфоидных клеток, сходная гистологически и/или клинически с истинной лимфомой кожи.

Единой классификации все еще не существует, но по составу инфильтрата псевдолимфомы делят на Т и В-клеточные.

Лимфоплазия кожи доброкачественная (лимфоцитомы, лимфаденоз доброкачественный Бефверстедта, псевдолимфома Шпиглера-Фендта) - наиболее часто встречающаяся форма В-псевдолимфомы.

В ее основе лежит реактивная гиперплазия лимфоидной ткани и кожи. Болеют лица молодого и зрелого возраста. В большинстве случаев этиология неизвестна (идиопатический тип), однако, провоцирующим фактором могут служить:

- укусы насекомых,
- травмы,
- вакцинации,
- инъекции препаратов и антигенов,
- акупунктура,
- прокалывание ушей,
- татуировки,
- инфекция, вызываемая *Borrelia burgdorferi*.

Характеризуется узелками, узлами и четко ограниченными инфильтратами.

Наиболее часто проявляется множественными узелками величиной до крупной горошины, окраска которых варьирует от синюшно-красной до буровато-коричневой.

Узлы обычно единичные, резко отграничены от окружающей кожи, имеют синюшно-буроватую окраску и тестоватую консистенцию. Инфильтративные формы, напоминающие дискоидную волчанку, протекают без явлений гиперкератоза. Типичная локализация поражения - лицо, ушные раковины, половые органы, паховые и подмышечные области.

Заболевание протекает волнообразно, характеризуется спонтанным регрессом элементов и повторным их появлением.

Длительность процесса от нескольких месяцев до 2-3 лет.

В крови и костном мозге нередко относительный лимфоцитоз.

Гистологически - полиморфный клеточный инфильтрат из малых лимфоцитов с примесью эозинофилов и плазматических клеток. В типичных случаях находят фолликулоподобные структуры с реактивными центрами.

Диагноз лимфоцитомы основывается на комбинации клинических и гистологических признаков, а также с помощью обнаружения поликлональных легких цепей иммуноглобулинов при иммунофенотипировании.

Дифференцируют лимфоцитому с:

- лимфосаркомой,
- монобластной саркомой,
- лейкемидами кожи,
- саркоидозом,
- эозинофильной гранулёмой лица,
- туберкулезной волчанкой.

Лечение:

- внутриочаговое или внутримышечное введение кортикостероидов,
- криодеструкция
- кортикостероидные мази,
- при боррелиозной лимфоцитоме - антибиотики (доксидиклин, тардоциллин, цефтриаксон).

Инфильтрация лимфоцитарная Иесснера-Канофа - заболевание, условно относящееся к Т-клеточным псевдолимфомам, в основе которого лежит лимфоцитарная инфильтрация дермы без атипичных клеток и образования лимфоидных фолликулов.

Этиология неизвестна, в отдельных случаях развивается на прием лекарственных препаратов или избыточную инсоляцию.

Излюбленная локализация лицо, особенно лоб и щеки, а также шея.

Клинически проявляется плоскими бляшками кольцевидных или дугообразных очертаний, иногда с плотным валиком по периферии розовато-красного цвета. Фолликулярный гиперкератоз, атрофия, рубцевание отсутствуют. Может сопровождаться незначительным зудом.

Диагноз ставится на основании клинико-гистологических данных.

Дифференцируют с:

- токсидермией,
- саркоидозом,
- красной волчанкой,
- доброкачественной лимфоплазией.

Лечение:

- плазмаферез,
- энтеросорбенты,

- аминохинолоновые препараты (делагил, плаквенил),
- кортикостероидные мази.

Синдром псевдолимфомы (гиперплазия ретикулярная) - Т-клеточный доброкачественный реактивный процесс, морфологически характеризующийся гиперплазией лимфоидных клеток, склонный к спонтанному регрессу.

Заболевание возникает в ответ на воздействие разнообразных раздражающих факторов, наиболее частыми из которых являются:

- лекарства
- ароматические масла,
- пентол,
- бензин,
- золото,
- пищевые продукты.

Из эндогенных факторов важное значение имеет наличие злокачественных опухолей.

Клиническая картина характеризуется поражением кожи по типу эритродермии, лимфаденопатией, недомоганием, лихорадкой, иногда гепатоспленомегалией и изменениями в периферической крови.

Срок развития первых проявлений синдрома псевдолимфомы от момента воздействия раздражающего фактора колеблется от 1 нед до нескольких лет.

После прекращения воздействия раздражителя процесс подвергается регрессу.

Гистологически в эпидермисе встречается непостоянный спонгиоз, иногда эпидермотропизм лимфоцитов с образованием микроабсцессов Потрие. В дерме выделяют два типа инфильтрата - полосовидный и узловатый, состоящие из лимфоцитов с церебриформными ядрами различной величины.

Диагноз подтверждается клинико-гистологическими данными, а также отсутствием перестановок генов Т-клеточного рецептора при генотипировании.

Дифференциальный диагноз проводят с:

- лимфомами кожи
- эритродермической формой токсидермии.

Лечение:

- детоксицирующие методы и средства (плазмаферез, гемосорбция, гемодез и др.),
- кортикостероидные препараты (внутри и наружно).
- Решающим является исключение провоцирующего фактора.

Папулез лимфоматоидный - Т-клеточная псевдолимфома с доброкачественным клиническим течением и злокачественной гистологической картиной.

Заболевание наблюдается обычно у лиц среднего возраста, одинаково часто у лиц обоего пола.

Поражаются преимущественно туловище и конечности. Наиболее характерны застойно-красного цвета плоские или полушаровидные папулы 0.5 см в диаметре или папуловезикулы. На поверхности высыпаний появляются участки некроза, чешуйки и корочки. После их разрешения могут оставаться атрофические рубчики.

Цикл развития элементов, как правило, составляет 4-6 нед. Заболевание сохраняется на протяжении многих лет.

Гистологически выделяют два варианта - тип А - нодулярный (подобный Ходжкинской лимфоме) и тип В - полосовидный (подобный грибовидному микозу).

Диагноз выставляют на основании клинико-гистологических признаков, данных иммуногистохимического исследования, лимфоциты представлены CD4+, при клеточном инфильтрате типа А - CD30+) и отсутствия генных перестроек Т-клеточного рецептора.

Дифференцируют с:

- лимфомами кожи,
- каплевидным параспориозом,
- папулонекротическим ангиитом
- папулонекротическим туберкулезом.

Лечение:

- циклоспорин А,
- метотрексат,
- ПУВА-терапия.

Ретикулоид актинический - хронический фотодерматоз, симулирующий гистологически грибовидный микоз. В основе патогенеза лежит повышенная чувствительность кожного покрова к IV спектру излучения - от ультрафиолетового до видимого.

Заболевание встречается исключительно у пожилых мужчин. Очаги поражения локализуются на участках кожного покрова, подвергавшихся прямому воздействию солнечных лучей, часто с распространением на закрытые участки кожи. Начальные высыпания - эритема и лихеноидные папулы. В ряде случаев отмечается диффузное поражение кожи, характеризующееся лихенифицированными, резко отграниченными синюшными инфильтратами. Постепенно процесс может трансформироваться в эритродермию. Может сформироваться львиное лицо с глубокими бороздами. Сопровождается сильным мучительным зудом.

Дифференцируют актинический ретикулоид с:

- хроническими фотодерматозами,
- грибовидным микозом
- синдромом Сезари.

Лечение:

- полное исключение инсоляции способствует регрессу всех проявлений заболевания.

Наилучшие результаты получены при:

- проведении плазмафереза,
- вливаний гемодеза
- ПУВА-терапии.

Персистирующая узловая реакция на укусы насекомых - Т-клеточная псевдолимфома, более известная нам как постскабиозная лимфоплазия кожи, возникает в результате перенесенной чесотки или укусов членистоногих.

Причины неизвестны. Но предполагается, что развивается реакция гиперчувствительности замедленного типа к компонентам клеща.

Клинически характеризуется множественными плотными зудящими папулами или узлами красно-коричневого цвета с преимущественной локализацией на локтях, ягодицах, гениталиях и в подмышечных впадинах. Высыпания могут персистировать многие месяцы после адекватной противочесоточной терапии. Компоненты клеща обнаруживаются крайне редко.

Гистологически в эпидермисе непостоянный акантоз, в поверхностном и глубоком слоях дермы периваскулярный узелковый полиморфный инфильтрат. Кроме того, встречаются крупные атипичные мононуклеары, напоминающие клетки Рида-Штернберга.

Диагноз выставляется на основании наличия в анамнезе перенесенной чесотки или укусов насекомых, а также клинической и гистологической картины.

Дифференцируют с:

- узловой почесухой
- лимфомой кожи.

Лечение:

- кортикостероидные препараты внутрь и наружно,
- нестероидные противовоспалительные средства.