

Глава 6

ЛЕЧЕНИЕ ПСЕВДОЛИМФОМ КОЖИ

Лечение псевдолимфом кожи, как и много лет назад, по-прежнему представляет определенные трудности. Во всех руководствах отмечено, что, прежде всего, учитывая реактивный характер псевдолимфом, лечение должно быть ориентированным на определение причинно-следственных связей. В тех наблюдениях, когда этиологический фактор может быть установлен и устранен, наступает регресс заболевания. В случае, когда не удастся установить причину, т. е. при идиопатических формах псевдолимфом, может отмечаться резистентность к проводимой терапии.

Учитывая реактивный характер псевдолимфом кожи, возникающих в ответ на антигенную стимуляцию экзогенными или эндогенными факторами, а также склонность к рецидивам и резистентность к проводимой терапии при некоторых клинических формах, в тактике ведения больных необходимо придерживаться трех положений:

- определение причинно-следственных связей и их устранение;
- применение дезинтоксикационных методов лечения;
- системное применение иммуносупрессоров в упорных случаях.

ЛЕЧЕНИЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ЛИМФОПЛАЗИИ КОЖИ

Еще А. И. Поспелов в 1896 г. сообщил об успешном применении мышьяка при лечении саркомы кожи, которую в последующем назвали доброкачественной лимфоплазией. С тех пор предлагались различные методы и средства.

В 50—60-х годах прошлого столетия широкое применение нашла рентгенотерапия, однако при назначении этого метода необходимо помнить о побочных осложнениях и всегда взвешивать соотношение «польза/вред» [Bluefarb S. M., 1960]. Кроме того, Г. Э. Шинский и соавт. (1965) не наблюдали эффекта от рентгенотерапии при доброкачественной лимфоплазии кожи. На наш взгляд, отсутствие эффекта от рентгенотерапии при доброкачественной лимфоплазии кожи позволяет усомниться в правильности диагноза.

В особо резистентных случаях назначают облучение быстрыми электронами, при этом общая доза облучения составляет 20—30 Гр, при повторном лечении — 60 Гр.

Serroni L. и соавт. (2007) сообщили о полном регрессе высыпаний после местной лучевой терапии у двух больных доброкачественной лимфоплазией, индуцированной вакцинацией.

Ю. В. Сергеев (1982) разработал комплексное лечение, включающее антималярийные препараты, системное применение кортикостероидов, близкофокусную рентгенотерапию и пограничные лучи Букки, но наилучшие результаты и наименьшее количество осложнений были получены от комбинации индометацина и кортикостероидных мазей. По данным автора, у 74% больных этим заболеванием отмечалось полное клиническое излечение.

По современным представлениям рентгенотерапию, в том числе лучи Букки, применяют в основном при опухолевых процессах.

В литературе приведены случаи, когда излечение достигалось хирургическим иссечением или криодеструкцией патологического очага [Kuflic F. C., Schwartz R. A., 1992; Cruz F. A. et al., 2010; Kuo W. E., 2011]. Вместе с тем, частая локализация в области лица заставляет дерматологов и хирургов осторожно относиться к радикальному удалению патологических очагов из-за возможных косметических дефектов. Иногда излечение доброкачественной лимфоплазии кожи наступает при иссечении солитарных образований во время взятия биопсийного материала.

Опубликованы сообщения об эффективности талидомида в лечении доброкачественной лимфоплазии кожи, но в связи с побочным тератогенным действием препарат в нашей стране запрещен [Benchikhi H. et al., 1999; Rham-Ledard A. et al., 2010]. Имеются работы о применении системных ретиноидов и интерферонов при этом заболевании [Orfanos C. T., Garbe C., 1995].

Одними из современных средств терапии в наши дни являются биологические препараты. Для лечения В-клеточных лимфопролиферативных заболеваний с успехом используют ритуксимаб — моноклональные антитела, мишенью для которых служит маркер CD20, расположенный на поверхности В-клеток. S. J. Martin, M. Duvic (2011) вводили ритуксимаб

в очаги поражения больному лимфоидной гиперплазией. Методика применения препарата и полученные авторами результаты дают основание считать ритуксимаб надежным средством при лечении резистентной к другим видам терапии лимфоидной гиперплазии.

При ограниченных высыпаниях применяют местно или вводят в очаги поражения кортикостероиды [Zilinsky I. et al., 1989; Roo E. et al., 1994]. В то же время М. Zinberg и соавт. (1982) считают, что лечение кортикостероидными мазями малоэффективно. И. И. Ильин и В. А. Пасечник (1972) предлагают для усиления эффекта окклюзионные повязки с гормональными мазями; по мнению авторов, это способствует более быстрому регрессу высыпаний.

Наш опыт показывает, что кортикостероидные мази не приносят желаемого результата, даже при длительном применении, тем более что долгое использование подобных препаратов может вызвать побочные явления в виде атрофии кожи, телеангиэктазий, гирсутизма и др.

При лечении одиночных очагов доброкачественной лимфоплазии кожи очень эффективным является внутриочаговое введение суспензии бетаметазона (Дипроспан). Препарат вводят из расчета 0,5 мл/см² с недельным интервалом (рис. 37, А и Б).

При распространенных высыпаниях проводят внутримышечные инъекции по 2 мл суспензии бетаметазона, также с недельным интервалом до полного регресса клинических проявлений. Обычно хватает 2—3 инъекций с суммарной дозой препарата 4—6 мл.

Примером эффективного лечения доброкачественной лимфоплазии кожи может служить наше наблюдение 75-летней больной, которая обратилась с жалобами на зудящие высыпания в области задней поверхности шеи, появившиеся через некоторое время в местах укусов пиявок по поводу лечения гипертонической болезни. Лечилась различными местными средствами, в том числе комбинированной мазью на основе бетаметазона с гентамицином (Целестодерм-В с Гарамицином) и гелем троксерутина (Троксевазин) — без эффекта. Клинически был установлен диагноз: доброкачественная лимфоплазия кожи, вызванная гирудотерапией (рис. 38, А).

В четыре очага (папулы) дважды была введена суспензия бетаметазона (Дипроспан) по 1 мл с недельным интервалом под контролем артериального давления. Побочных местных и общих явлений не отмечалось. В процессе лечения после первого введения высыпания уплостились на 70—80%, уменьшился зуд. После второй процедуры папулы полностью разрешились, на их месте сохранялись вторичные гиперпигментированные пятна, зуд прекратился. Состояние было расценено как клиническое излечение (рис. 38, Б). При осмотре пациентки через 9 мес состояние клинического излечения сохранялось.



Рисунок 37. Больная У. Диагноз: доброкачественная лимфоплазия кожи, одиночный очаг. А. До лечения.



Рисунок 37 (окончание). Б. После лечения.