

-
18. Silverman M.K., Kohf A.W., Grin C.M. et al. // J. Dermatol. Surg. Oncol. – 1991. – V. 17. – P. 720-726.
 19. Silverman M.K., Kohf A.W., Grin C.M., et al. // J. Dermatol. Surg. Oncol. 1992. – V. 18. – P. 471-476.
 20. Silverman M.K., Kohf A.W., Grin C.M. et al. // J. Dermatol. Surg. Oncol. – 1992. – V. 18. – P. 549-554.

ИСТИННАЯ ПУЗЫРЧАТКА И БУЛЛЕЗНЫЙ ПЕМФИГОИД КАК ПАРАНЕОПЛАСТИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ

Н.П. Теплюк

ММА им. И.М.Сеченова

В современной литературе не предложено единой классификации поражения кожи и слизистых оболочек при злокачественных новообразованиях внутренних органов.

Т. Фицпатрик и соавт. [4] выделяют три группы заболеваний кожи при онкологических опухолях висцеральных органов:

- наследственные синдромы, при которых злокачественная опухоль сочетается с поражением кожи и слизистых;
- паранеопластические дерматозы, развивающиеся под влиянием опухолей, которые изменяют метаболизм тканей, влияют на иммунитет и регуляторные системы организма;
- прорастание и метастазирование злокачественных опухолей в кожу и слизистые.

В группу паранеопластических дерматозов авторы включают только паранеопластическую пузырчатку (ПНП), не упоминая о буллезном пемфигоиде Лёвера. Е. Cozzani и соавт. [9] подтверждают это мнение. Проведя анализ 32 историй болезни, они обнаружили онкологические заболевания у 6 пациентов. Однако буллезный пемфигоид может выступать и как паранеопластический процесс [1, 3]. Р. Iranzo и соавт. [10] считают вопрос о паранеопластической природе буллезного пемфигоида дискуссионным.

В 1964 г. Н.С. Потекаев и соавт. [2] впервые высказали предположение о патогенетической связи истинной пузырчатки со злокачественными новообразованиями. Ученые посвятили свое клиническое исследование сочетанию злокачественных новообразований с везикуло-буллезными дерматозами – такими, как листовидная пузырчатка, вульгарная пузырчатка, герпетиформный дерматит Дюринга.

Сочетания истинной пузырчатки и буллезного пемфигоида с различными злокачественными образованиями обычно наблюдаются у пожилых людей [5, 10].

Кожные проявления истинной пузырчатки или буллезного пемфигоида могут возникать раньше симптомов злокачественных опухолей, одновременно с ними, а также появляться в послеоперационный период в качестве постнеопластического синдрома. ПНП и буллезный пемфигоид наблюдаются при различных злокачественных новообразова-

ниях. Известны сочетания ПНП и буллезного пемфигоида с лимфопролиферативными заболеваниями [8, 10, 12]. Например, буллезный пемфигоид – с В-клеточной лимфомой [3], ПНП – с неходжкинской лимфомой, хронической лимфоцитарной лейкемией, болезнью Кастельмана, тимомой, веретенноклеточными опухолями, макроглобулинемией Вальдестрема [6, 8]. Буллезный пемфигоид может развиваться на фоне гипернефроидного рака, аденокарциномы матки, рака легкого [7, 11, 14].

Нами проведен анализ результатов онкопоиска и сравнительная характеристика 59 больных с истинной пузырчаткой и 21 – с буллезным пемфигоидом. Истинной пузырчаткой страдали преимущественно женщины (66%), буллезным пемфигоидом – одинаково часто мужчины и женщины. В обеих группах преобладали больные старше 40 лет.

Онкологический поиск показал, что больных истинной пузырчаткой (59 наблюдений) можно разделить на 4 группы.

- I группа – истинная пузырчатка без онкологической патологии (47 наблюдений).
- II группа – истинная пузырчатка при злокачественных опухолях (4 наблюдения). Во II группе выявлены рак легкого, узловатая диффузная форма (гистологически – плоскоклеточный рак), с метастазами в средостение и регионарные лимфоузлы; рак мочевого пузыря; рак клитора.
- III группа – истинная пузырчатка после операций по поводу злокачественных опухолей в анамнезе (одно наблюдение). У больного истинной пузырчаткой III группы имеется в анамнезе операция по поводу рака почки.
- IV группа – истинная пузырчатка при доброкачественных новообразованиях (7 наблюдений). В IV группе больных истинной пузырчаткой были диагностированы узлы щитовидной железы; миома.

Таким образом, истинная пузырчатка как паранеопластический процесс при злокачественных опухолях висцеральных органов встречается редко (по нашим данным, в 7%) и еще реже – в качестве постнеопластического процесса (3%).

Установлено, что больные буллезным пемфигоидом (21 наблюдение) также могут быть разделены на 4 группы.

- I группа – буллезный пемфигоид без онкологической патологии (11 наблюдений).
- II группа – буллезный пемфигоид, выявленный при злокачественных новообразованиях (4 наблюдения). Во II группе выявлены рак легкого; рак культи желудка спустя 10 лет после резекции по поводу рака; рак щитовидной железы; лимфогранулематоз.
- III группа – буллезный пемфигоид – после операций по поводу злокачественных опухолей в отдаленные сроки после резекции злокачественных опухолей (3 наблюдения). У больных с буллез-

ным пемфигоидом III группы имеются в анамнезе операция по поводу рака толстого кишечника спустя 17 лет; удаление образования в области ануса с последующим облучением (23 года назад); операция по поводу рака предстательной железы 4 года назад.

- IV группа – буллезный пемфигоид при доброкачественных новообразованиях (3 наблюдения). В IV группе больных были диагностированы гамартома легкого, узел и киста щитовидной железы.

Таким образом, у каждого второго больного буллезный пемфигоид может иметь паранеопластический генез.

Итак, сравнительный анализ онкологического поиска у больных с истинной пузырчаткой и буллезным пемфигоидом установил следующее:

1. У больных с буллезным пемфигоидом злокачественные новообразования встречаются чаще почти в 3 раза (19% – при буллезном пемфигоиде и 7% – при истинной пузырчатке);
2. Постнеопластические процессы при истинной пузырчатке возникают реже в 5 раз (14% – при буллезном пемфигоиде, 3% – при истинной пузырчатке).

ЛИТЕРАТУРА

1. Кожные и венерические болезни / Справочник, под ред. О.Л. Иванова. – М., 1997. – С. 194-197.
2. Потекаев Н.С., Кечкер В.И., Николаева Л.П. // Гистохимические и биохимические исследования в дерматологии / Труды 1 ММИ, т. 31. – М., 1964. – С. 227-232.
3. Торсуев Н.А., Шеклаков Н.Д., Романенко В.Н. Буллезные дерматозы. – М., 1979. – С. 121-135.
4. Фитцпатрик Т. и др. Дерматология. Атлас-справочник. – М., 1999.
5. Шеклаков Н.Д. // Сов. мед. – 1966. – № 3. – С. 122-126.
6. Anhalt G.J. // Brit. J. Dermatol. – 2001. – V. 144. – P. 1102-1104.
7. Chamberlain A.J., Cooper S.M., Allen J. et al. // Austral. J. Dermatol. – 2004. – V. 45, No.2. – P.136-139.
8. Cotell S., Robinson N.D., Chan L.S. // Am. J. Emerg. Med. – 2000. – V. 18 – P. 288-299.
9. Cozzani E., Parodi A., Rebora A. et al. // J. Eur. Acad. Dermatol. Venerol. – 2001. – V.15, No. 4. – P. 317-319.
10. Iranzo P., Lopez I., Robles M.T. et al. // Arch. Dermatol. – 2004. – V. 140, No.12. – P. 1496-1499.
11. Iuliano L., Micheletta F., Natoli S. // Clin. Oncol. – 2003. – V. 15, No. 8. – P. 505.
12. Joly P., Richard C., Gilbert D. et al. // J. Amer. Acad. Dermatol. – 2000. – V. 43, No. 4. – P. 619-626.
13. Musette P., Joly P., Gilbert D. et al. // Brit. J. Dermatol. – 2000. – V. 143, No.1. – P.149-153.
14. Van Poppel H., Aswarie H., Baert L. et al. // Hautarzt. – 1988. – V. 39, No. 2. – P. 121.