
вызывает регресс опухоли, не оставляя грубых косметических дефектов. Он может быть использован в амбулаторной практике.

Таким образом, учитывая выраженную эффективность и патогенетическую обоснованность интратканевой терапии атипичных КА реафероном (по 1 млн МЕ 1 раз в сутки, на курс 10 инъекций), этот метод можно рассматривать в качестве метода выбора при лечении атипичных форм КА.

ЛИТЕРАТУРА

1. Молочков В.А. Кератоакантома и ее трансформация в плоскоклеточный рак. Клиника, патогенез, дифференциальная диагностика, лечение. Особенности краевой патологии / Дис. ... докт. мед. наук. – М., 1993.
2. Молочков В.А., Казанцева И.А., Кунцевич Ж.С., Бочкарева Е.В. Кератоакантома. Клиника, диагностика, лечение, трансформация в рак. – М., 2006.
3. Молочков В.А. Снарская Е.С., Поляков П.Ю. и др. // Рос. журн. кож. и вен. болезней. –2005. – № 6. – С. 4-9.
4. Butcher R.B. // Laryngoscope. – 1979. – V. 89. – P. 1092-1098.
5. Samai B., Hollo P. // Hautarzt. –2000. – Bd. 51. – S. 173-175.

К ВОПРОСУ О ТАКТИКЕ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПРЕЛИМФОМНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И РАННИМИ СТАДИЯМИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ЛИМФОМ КОЖИ

Е.М. Лезвинская, Г.В. Овсянникова
МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского

Злокачественные лимфомы кожи (ЗЛК) представляют собой гетерогенную группу заболеваний, существенно различающихся по клинико-морфологическим особенностям, темпам их развития и прогнозу, что определяет тактику ведения больных.

Наибольшие трудности в клинической практике вызывает ведение больных на начальных этапах заболеваний группы ЗЛК, а иногда и в период, предшествующий их типичным проявлениям. Тактика ведения больных лимфопролиферативными заболеваниями на ранних стадиях вызывает трудности ввиду того, что начало развития большинства клинических форм ЗЛК нередко бывает медленным и в течение длительного периода (иногда нескольких лет) эти заболевания развиваются как бы исподволь, проявляя клиническое сходство с некоторыми доброкачественными воспалительными дерматозами (экземой, псориазом, нейродермитом и др). На этом этапе диагноз ЗЛК часто устанавливается предположительно на основании клинических данных и не подтверждается лабораторными исследованиями (в том числе гистологическими). С другой стороны, существует группа нозологически самостоятельных, так называемых «прелимфомных заболеваний», которые, как подтверждает клиническая практика,

являются потенциально опасными в отношении возможности их трансформации в истинные ЗЛК.

Оригинальную классификацию заболеваний, которые могут предшествовать истинным ЗЛК, предложил G. Burg [4]:

- 1) псевдолимфомные или прелимфомные заболевания (лимфоматоидный клональный дерматит, актинический ретикулоид, идиопатический фолликулярный муциноз);
- 2) abortивные лимфомы (мелкобляшечный парапсориаз, сингнго-лимфоидная гиперплазия с алопецией, педжетоидный ретикулез);
- 3) латентные лимфомы (крупнобляшечный парапсориаз, лимфоматоидный папулез), склонные к спонтанному регрессу.

Врач-дерматолог, имеющий уникальную возможность наблюдать прелимфомные заболевания и самые ранние стадии развития ЗЛК, должен придерживаться оптимально правильной тактики ведения таких больных. Нередко от искусства врача зависит, как скоро наступит переход заболевания из прелимфомной стадии в истинную ЗЛК и насколько активно заболевание будет развиваться.

Клиническая практика свидетельствует о том, что в этом периоде заболевания требуется не столько интенсивная медикаментозная терапия, сколько проведение профилактических и реабилитационных мер.

При подозрении на ЗЛК или в случае впервые установленного диагноза ЗЛК в ранней стадии врач обязан провести следующие мероприятия:

- 1) поставить больного на диспансерный учет, даже при эфемерных клинических проявлениях, суспициозных на ЗЛК;
- 2) провести полное клиничко-лабораторное обследование больного и в дальнейшем наблюдать его с кратностью не реже 1 раз в 3 месяца; перед взятием биопсии больной не должен смазывать пораженные места кожи в течение недели;
- 3) тщательно собрать анамнез с целью выявления причин, с которыми больные связывают начало заболевания, для их возможного устранения;
- 4) доступно объяснить больному особенности течения заболевания и какие факторы могут способствовать его прогрессированию, чтобы их ограничить или исключить;
- 5) рекомендовать соответствующую диету;
- 6) назначить лечение, адекватное стадии предполагаемого или установленного диагноза;
- 7) при выявлении провоцирующих профессиональных факторов осуществить своевременную профессиональную переориентацию пациента.

На некоторых из указанных положений мы остановимся более подробно.

Анализ анамнестических данных более 200 больных, проходивших обследование и лечение в отделении дерматовенерологии и дерма-

тоонкологии МОНИКИ, позволил выявить следующие иницирующие или провоцирующие факторы, с которыми больные связывали развитие заболевания [2]:

- бытовые (средства бытовой химии, косметические препараты и др.);
- медикаменты;
- физические факторы (ионизирующее излучение, УФО, физиотерапевтические процедуры, механическое воздействие, тепловые процедуры);
- профессиональные вредности.

Таким образом, всем больным с подозрением на развитие ЗЛК или с уже установленным диагнозом ЗЛК рекомендуется исключить контакты кожи со средствами бытовой химии. Известно, что основным компонентом этих средств являются поверхностно-активные вещества, обладающие сенсibilизирующими свойствами. В связи с этим больным необходимо рекомендовать: исключить мыла с красящими добавками, шампуни, гели для душа, пены для ванн, косметические средства, кроме некоторых, специально разработанных в последние годы и обладающих гипоаллергенными свойствами.

Приводим клиническое наблюдение больной в отделении дерматовенерологии и дерматоонкологии МОНИКИ, которое иллюстрирует, насколько опасным может быть применение таких средств.

Больная М., 46 лет, после приема всего двух ванн с морской солью отметила появление высыпаний пятнистого характера по всему кожному покрову, которые очень быстро (в течение месяца) проявили тенденцию к инфильтрации очагов поражения и их слиянию. При поступлении в клинику процесс на коже носил характер частичной эритродермии с локализацией на коже лица, туловища, верхних конечностей и был представлен крупными бляшками плотноватой консистенции яркорозового цвета с ливидным оттенком, размером от 3,0 до 15 см в диаметре, местами сливающимися в обширные площади поражения кожи, границы всех очагов имели четкие очертания, гладкую и блестящую поверхность. Субъективно – умеренный зуд кожи. Лечение обычными десенсибилизирующими и противовоспалительными средствами не вызвало клинического улучшения. В течение 1 месяца состояние больной резко ухудшилось, она была госпитализирована в клинику, где на основании клинико-морфологических и иммунофенотипических данных был установлен диагноз: В-клеточная лимфома кожи. Заболевание неуклонно прогрессировало и через два месяца у больной возникло множество крупных узловатых опухолевых очагов.

Наряду с вопросами нерационального применения больными средств бытовой химии и косметических препаратов важной является проблема качества средств, применяемыми больными для смягчения кожи. Мази и кремы, которые пациенты считают совершенно безвредными, нередко содержат вещества, оказывающие раздражающий и сенсibilизирующий эффект. Мы полагаем, что больным ЗЛК не следует рекомендовать применение крема Унны (ланолин, вазелин, вода), кольд крема (ланолин, вода, масло), детского крема, особенно если учесть, что при сухости кожи больные применяют их длительно, годами и на большие площади тела. Особенно нежелательно применение композиций с ланолином. Следует учитывать, что ланолин является исходным сырьем для приготовления адъювантов,

которые используются в экспериментальной иммунологии для стимулирования иммунных реакций. Необходимо отметить, что при несоблюдении условий хранения кремов и мазей происходит перекисное окисление липидов, что нередко вызывает раздражающий кожу эффект и приводит к развитию воспалительных реакций.

Кроме того, следует учитывать, что у больных ЗЛК, особенно при распространенных процессах, нарушен процесс потоотделения, и применение указанных средств для смягчения кожи ими плохо переносится. По-видимому, для уменьшения сухости кожи таким больным желательно рекомендовать новые, разработанные в последние годы и специальные средства увлажнения кожи (липикар, топикрем, ато-дерм) или натуральные жиры, приготовленные на «водяной бане» и хранящиеся при низкой температуре.

Крайне опасными для больных прелимфомными заболеваниями и лимфомами являются тепловые процедуры (ванны, бани, сауны), особенно с использованием механически раздражающих кожу средств. Больным с подозрением на ЗЛК или при установленном диагнозе необходимо избегать любых тепловых процедур.

Опасным для данной категории больных также является применение физиотерапевтического лечения. Мы наблюдали больного средних лет, который был госпитализирован в нашу клинику с распространенными опухолевидными узлами различных размеров. На основании клинических и иммунофенотипических данных в клинике МОНИКИ был впервые установлен диагноз Т-клеточная лимфома кожи. Из анамнеза было выяснено, что в течение 6 лет первичные кожные высыпания имели пятнистый характер. Предполагались различные диагнозы (аллергический дерматит, экзема, нейродермит). Тем не менее, при отсутствии четко установленного диагноза дерматологом был назначен курс радоновых ванн, после которых отметились быстрое прогрессирование заболевания с переходом в опухолевую стадию грибовидного микоза. Таким образом, применение радоновых ванн сыграло провоцирующую роль в прогрессировании заболевания. Несмотря на проведение полихимиотерапевтического лечения в комбинации с лучевой терапией больной умер через год.

Учитывая проканцерогенный эффект УФО, больным уже на ранних стадиях развития ЗЛК необходимо запрещать посещение соляриев, поездки на юг, особенно в жаркие страны. Мы наблюдали развитие лимфомы у больного псориазом, который самостоятельно дома проводил систематическое облучение кожи кварцевой лампой, развитие системной пролифоцитарной лимфомы с поражением кожи у больной atopическим дерматитом, которой проводилась интенсивная ПУВА-терапия в летнее время года.

Длительное механическое раздражение кожи также может спровоцировать развитие ЗЛК. Мы наблюдали необычный случай развития ВЗЛК в области лба у женщины на месте трения пластмассовой оправой очков.

Большинство исследователей свидетельствуют о том, что у больных прелимфомными дерматозами и при относительно спокойном течении ранних проявлений ЗЛК не следует без особых показаний начинать терапию кортикостероидными и цитостатическими препаратами и придерживаются тактики так называемой «сдерживающей терапии» [3]. В таких ситуациях при диспансерном наблюдении больных мы проводим щадящие курсы терапии. При этом назначаем препараты интерферонового ряда, сорбенты, антигистаминные средства, антиоксиданты (селен, антиокс и др.), травы, оказывающие противоопухолевый эффект (настои из чаги или бефунгин), кортикостероидные наружные средства.

Мы полагаем целесообразным назначение на ранних стадиях ЗЛК препаратов интерферонового ряда. Интерфероны (ИФН) применяются с учетом их способности оказывать противовирусное, антипролиферативное и иммуномодулирующее действие на опухолевый процесс. Перед назначением препаратов интерферонового ряда проводим исследование интерферонового статуса пациентов. При этом определяем сывороточный интерферон (содержание ИФ в крови без индукции), ИФН- α (вирус-индуцированный), ИФН- γ (митоген-индуцированный), спонтанный ИФ, отражающий содержание ИФ в крови после неспецифической индукции. Параллельно определяем чувствительность к иммуностропным препаратам, обладающим способностью индуцировать продукцию эндогенного ИФН. Исследование интерферонового статуса, проведенное у 34 больных ЗЛК (28 – с Т-клеточной ЗЛК, 6 – с В-клеточной ЗЛК) обнаружило дефицит продукции α - и γ -ИФН III-IV степени у всех обследованных больных. Подбор препаратов проводился на основании данных интерферонового статуса и чувствительности. При дефиците продукции ИФ назначали лечение вифероном курсами в виде свечей от 1 до 3 млн МЕ ежедневно в течение 10 дней с перерывами в 1-2 мес. Применение препаратов интерферонового ряда способствовало достижению более выраженного стойкого клинического эффекта по сравнению с группой больных, получавших другие средства.

При подозрении на ЗЛК, учитывая трудности диагностики и клиническое сходство ранних проявлений ЗЛК с другими дерматозами, больных следует направлять для обследования в стационар. Своевременная диагностика этих заболеваний стала сейчас более доступной за счет внедрения в практику современных дополнительных лабораторных методов обследования, таких, как: иммунофенотипирование клеточного пролиферата пораженной кожи, определение клональности лимфоцитов в биоптатах кожи и крови, выявление маркеров злокачественного роста, морфоденситометрический анализ лимфоцитов крови. Эти исследования частично проводятся нами в лабораториях МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, частично – на базе специализированных медицинских учреждений высокого уровня (ГНЦ РАМН, РОНЦ им. Н.Н. Блохина, Институт ревматологии, Институт иммунологии и др.).

ЛИТЕРАТУРА

1. Каламкарян А.А. Ретикулезы кожи / Автореф. дис. ... докт. мед. наук. – М., 1969.
2. Лезвинская Е.М., Молочков В.А., Ларина Н.К. // Рос. журн. кож. и вен. болезней. – 2000г. – №4. – С. 12-17.
3. Разнатовский И.М., Ястребов В.В. // Пролиферативные заболевания кожи. – М., 1987. – С. 104-113.
4. Burg G. Atlas of Cancer of the skin. – New York, Edinburg, London, Madrid, Melbourne, San Francisco, Tokyo, 2000.

ПСИХОГЕННАЯ ПРОВОКАЦИЯ ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ: ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ

А.Н. Львов, А.В. Миченко, О.Л. Иванов

ММА им. И.М. Сеченова, Москва

Атопический дерматит (АД) отнесен к классическим психосоматическим болезням Alexander еще в 1950 г. В течение последующих лет было проведено большое количество исследований, посвященных изучению психосоматических аспектов данного заболевания, однако большинство из них – с использованием лишь психометрических методик обследования или данных консультации психолога. Работы, основанные на комплексном обследовании больных атопическим дерматитом с участием дерматолога, психолога и психиатра, практически отсутствуют, в то время как распространенность атопического дерматита увеличивается во всем мире, и проблема адекватной коррекции психосоматических расстройств при этом дерматозе становится все более актуальной.

Цель нашей работы – оценить частоту провокации начала заболевания и обострения АД стрессовыми событиями. В группе пациентов, указывающих на наличие обострений после воздействия стрессового фактора, по данным анамнеза оценить долю психогенных обострений в течение жизни. Изучить типы стрессовых факторов, провоцирующих возникновение симптомов заболевания, а также проанализировать их временную взаимосвязь с появлением зуда и высыпаний. Изучить варианты психосоматических расстройств, отмечающихся у пациентов с АД.

В исследовании использовалось комплексное клиническое дерматологическое, психопатологическое и психологическое обследование с привлечением данных анамнеза, дополненное психометрическими методиками (шкала депрессии Гамильтона, тест СМИЛ), дерматологическими шкалами (SCORAD, ДИКЖ, ДШС). Критерии включения: установленный диагноз «атопический дерматит» по критериям J.M. Hanifin, G. Raika, возраст старше 15 лет, обращение пациента в амбулаторное отделение или госпитализация в стационар клиники кожных и венерических болезней. Критерии исключения: наличие других дерматологи-