

# Доброякісна лімфоцитома шкіри: клінічний випадок

Я.Ф. Кутасевич, І.О. Олійник, І.О. Маштакова, В.П. Матюшенко  
ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України»

## Резюме

**Мета роботи:** акцентувати увагу лікарів-дерматовенерологів на провокувальних факторах розвитку доброякісної лімфоцитомою шкіри, зокрема інфекційного генезу, нагадати особливості діагностики, ознайомити зі свіжим випадком дерматозу.

**Матеріали і методи.** Під спостереженням перебував чоловік віком 54 роки, який тривалий час лікувався за місцем проживання. Об'єктом вивчення була діагностика доброякісної лімфоцитомою шкіри.

**Результати.** Встановити діагноз вдалося за допомогою обстеження на наявність інфекційних провокувальних факторів дерматозу і комплексної оцінки проведених досліджень. З огляду на те, що доброякісна лімфоцитомою шкіри зустрічається серед псевдолімфом шкіри найчастіше, дерматоз потребує ретельної уваги до діагностики, зокрема виявлення провокувальних факторів.

**Висновки.** Діагностика доброякісної лімфоцитомою шкіри базується на комплексній оцінці анамнестичних даних, клінічних ознаках, обов'язковому гістологічному, імуногістохімічному та імуноферментному дослідженнях.

**Ключові слова:** доброякісна лімфоцитомою шкіри, діагностика, екзогенні фактори.

**DOI:** 10.33743/2308-1066-2021-3-32-34

## Вступ

Термін «псевдолімфома шкіри» був запропонований у 1966 р. J. Hupan і S. Sommers. Залежно від типу лімфоцитів, що утворюють інфільтрат, виділяють Т- і В-клітинні псевдолімфоми. Група Т-клітинних псевдолімфом представлена лімфоцитарною інфільтрацією Джесснера–Канофа, лімфомагоїдним папульозом, актинетичним ретикулоїдом і справжньою псевдолімфомаю. Група В-клітинних псевдолімфом представлена доброякісною лімфоцитомою шкіри. Цей дерматоз у літературних джерелах описувався під різними назвами: лімфоцитома шкіри, доброякісний лімфаденоз шкіри, псевдолімфома Шпігелера–Фендта. Натепер найбільш уживаним є термін «доброякісна лімфоцитомою шкіри» (ДЛШ) [1, 8].

ДЛШ виникає переважно у чоловіків (удвічі частіше, ніж у жінок) європеїдної раси (у 9 разів частіше, ніж у негроїдної), як правило у віці від 30 до 40 років [3, 4]. За сучасними уявленнями, ДЛШ розглядається як доброякісний процес, в основі якого лежить реактивна поліклональна проліферація лімфоцитів, що виникає у відповідь на різні екзогенні й ендогенні фактори. До провокувальних екзогенних факторів належать тривалий тиск і тертя (носії окулярів), контакт із прикрасами, що містять золото, нікель, татування, особливо зі введенням барвника, що містить сульфід ртуті, укуси членистоногих, п'явок і комах, інфекційні агенти (*Borrelia burgdorferi*, *Varicella zoster*, *Leishmania donovani*, ВІЛ, віруси герпесу, контагіозного молюска), а також щеплення і голкорексотерапія. Тригерними факторами для розвитку ДЛШ можуть бути лікарські препарати: протисудомні, нейролептики, гіпотензивні, цитотоксичні, протиревматичні, антибіотики,

антидепресанти, анксиолітики, антиаритмічні, гіполіпідемічні [1, 3, 6].

Клінічно виділяють дві форми захворювання: солітарну (70% випадків) і дисеміновану. Лімфоцитома являє собою пляшку або вузол тістоподібної консистенції діаметром не більше 5 см, кольору здорової шкіри або червоно-синошного забарвлення. У більшості випадків висипка розташована на обличчі, мочці вуха, молочних залозах, рідше – на верхніх кінцівках, статевих органах. Висипка розташована асиметрично, вогнища ураження існують доволі довго (до декількох місяців, років) і можуть як спонтанно регресувати, так і мати рецидивний перебіг [1, 3, 4].

Для типової гістологічної картини ДЛШ характерний мало змінений епідерміс, іноді відзначаються акантоз, спонгіоз і паракератоз. Спонгіоз спостерігається в тих випадках, коли провокувальним фактором є укуси комах. Дифузний інфільтрат, як правило, відділений від епідермісу смугою незміненого колагену і розташовується зазвичай у дермі, іноді – і в підшкірній жировій клітковині. За даними літератури, у 30–60% спостережень інфільтрат формує фолікулоподібні структури з вогнищевими скупченнями гістіоцитів у центрі. Інфільтрат має поліморфний характер, складається з малих лімфоцитів і гістіоцитів, з домішками плазматичних клітин і еозинофілів [1, 2].

При імуногістохімічному (ІГХ) дослідженні у біоптатах виявляють В-клітини (CD20, CD23, CD70α, Bcl-2, Bcl-6), Т-клітини (CD3, CD4, CD5, CD8, CD43, CD45RO), плазматичні клітини (CD38 CD79α, CD138). Вивчення експресії легких ланцюгів імуноглобулінів виявляє поліклональний характер проліфератів (спільна експресія легких ланцюгів κ і λ), при цьому співвідношення експресії ланцюгів становить 2:1 [1–5].

Диференційну діагностику проводять із лімфомою шкіри, еозинофільною гранулемою обличчя, саркоїдозом, базальноклітинним раком шкіри, дисконічним червоним вовчаком, туберкульозним вовчаком, папульозними сифілідами.

При лікуванні ДЛШ лікарі стикаються з певними труднощами. Згідно з даними літератури, з урахуванням реактивного характеру ДЛШ ефективність лікування тісно пов'язана з усуненням етіологічного фактора. У тих випадках, коли агент усунуто, використовують аплікації кортикостероїдних мазей, вводять кортикостероїди у вогнище ураження, проводять криодеструкцію, хірургічне висічення [1, 3, 7].

**Мета роботи** – акцентувати увагу лікарів-дерматовенерологів на провокувальних факторах розвитку ДЛШ, зокрема інфекційного генезу, нагадати особливості діагностики, ознайомити зі свіжим випадком дерматозу.

### Матеріали і методи дослідження

Під нашим спостереженням перебував пацієнт віком 54 роки. Обсяг діагностичних заходів проведено згідно з протоколами.

### Результати та їх обговорення

Пацієнт С., 54 роки, мешканець Донецької обл., надійшов до клініки ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України» зі скаргами на висипку на лівому плечі.

За анамнестичними даними, хворіє 5 міс, коли з'явилась висипка на лівому плечі, звернувся до дерматолога за місцем проживання, де був встановлений діагноз оперізувального лишая; отримувал противірусну терапію, спостерігалась незначна позитивна динаміка. Через 2 міс висипка ущільнилась, почала значно виступати над рівнем шкіри, набула багряного забарвлення, був встановлений діагноз: «Постгерпетичний дерматит? Лімфоплазія?» Проведене патогістологічне дослідження шкіри, заключення: з урахуванням анамнестичних даних, картина найбільше відповідає шкірній лімфоїдній гіперплазії, для точної диференційної діагностики з неопластичними процесами рекомендовано ІГХ-дослідження.

З урахуванням гістологічної структури і даних ІГХ-дослідження з використанням МКА до CD47 (2D11+PO725), CD3, CD4, Clone 4B12, CD8 (SP16), CD20 (L26), CD30 (Ber-H2), CD138, EBV, LMP Clone CS. Запальний інфільтрат має вогнищевий характер, представлений В-лімфоцитами і плазматичними клітинами. Елементів злоякісного новоутворення у межах доставленого матеріалу не виявлено. Аналізи на COVID-19 (IgM, IgG), ВІЛ, anti-HBs, anti-HCV – негативні. Для верифікації діагнозу і призначення лікування хворий був направлений до ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України».

При госпіталізації: під час огляду на шкірі правого плеча, в ділянці правої лопатки – множинні вузли напівсферичної форми, різко обмежені від оточуючої здорової шкіри, синюшно-багряного кольору, тістоподібної консистенції з гладенькою поверхнею, розмір висипки варіює від 0,5 см до 2 см у діаметрі (рис. 1). Видимі слизові інтактні. Регіональні лімфовузли не збільшені.

При обстеженні звертала на себе увагу підвищена ШОЕ до 21 мм/год. Біохімічний аналіз крові, показники системи згортання крові і клінічний аналіз сечі без особливостей.



Рис. 1. Пацієнт О., 54 роки, під час госпіталізації (фото надано автором)

Комплекс серологічних реакцій на сифіліс: імуноферментний аналіз (ІФА) – негативний, репкція мікропреципітації (РМП) – негативна. Обстеження на anti-*B. burgdorferi* методом ІФА: IgM – 0,044 – негативний (контроль – 0,208), IgG – 1,113 – позитивний (контроль – 0,215).

Заключення професора Якімової Т.П. щодо препаратів біопсії шкіри: в епідермісі виявлено порушення стратифікації шарів, у кератоцитах – ознаки наявності вірусу папіломи людини. Дерма дезорганізована: сполучна тканина зруйнована, колагенові волокна гомогенізовані, втратили волокнисту будову, виявляються фіброласти. На місці зруйнованих волокон – пустоти, заповнені малими В-лімфоцитами. У невеликій кількості виявляються лімфоїдні фолікули з центрами розмноження, поодинокі фіброцити з нейтральними мукополісахаридами. В одному зі зрізів виявлено 2 вогнища правильної округлої форми, можливо, членики ніжок або вусики комах. Заключення: враховуючи наявність антитіл до борелій, можна діагностувати лімфоцитому (доброякісний лімфаденоз) шкіри Берстадта.

За результатами анамнестичних, клініко-лабораторних даних, імуноферментного, гістологічного та ІГХ-досліджень встановлено діагноз доброякісної лімфоїдній гіперплазії шкіри.

Пацієнту була призначена комбінована схема лікування: антибіотикотерапія зі включенням дезінтоксикаційних, антигістамінних засобів, гепатопротекторів, вітамінів, препаратів для покращення мікроциркуляції та симптомомодифікуювальних засобів. Після лікування хворому рекомендовано повторне обстеження на anti-*B. burgdorferi* згідно з протоколами, а також повторна консультація в ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України».

## Висновки

Незважаючи на досягнуті великі успіхи в розробці діагностичних критеріїв ДЛШ, діагностика дерматозу є одним зі складних завдань у дерматології і становить великі труднощі для практичних лікарів. Оскільки ДЛШ зустрічається серед псевдолімфом шкіри найчастіше, вищевикладене, на думку авторів, доводить необхідність нагадати лікарям-дерматовенерологам дані щодо патогенезу,

клінічної картини дерматозу і звернути особливу увагу на провокувальні фактори ДЛШ і комплекс діагностичних заходів для верифікації діагнозу. Діагностика ДЛШ має охоплювати комплексну оцінку анамнестичних даних, клінічної картини, обов'язкове обстеження на інфекції, що можуть спровокувати дерматоз, патогістологічне, імуноферментне та ПГХ-дослідження. Жоден із методів діагностики не повинен оцінюватися ізольовано від інших.

## Література

1. Доброкачественная лимфолазия кожи: диагностика и лечение / Н.П. Теплюк, Т.А. Белоусова, О.В. Грабовская, В.О. Никурадзе. *Дерматология (Прил. к журн. Consilium Medicum)*. 2017. № 2. С. 40–43.
2. Олисова О.Ю., Потекаев Н.С. Псевдолімфомы кожи. М.: Практика, 2013.
3. Снарская Е.С., Ромашкина А.С. Доброкачественный лимфаденоз кожи и хроническая инфекция. *Российский журнал кожных и венерических болезней*. 2015. № 18 (3). С. 4–6.
4. Bergman R. Pseudolymphoma and cutaneous lymphoma: facts and controversies. *Clin Dermatol* 2010. Vol. 28, Iss. 5. P. 568–574.
5. Cerroni L. Skin Lymphoma: The Illustrated Guide. 4th ed. Wiley-Blackwell, 2014.
6. Cutaneous lymphoproliferations: Proposal for the use of diagnostic algorithms based on 2760 cases of cutaneous lymphoproliferations taken from the INCa networks over a two-year period / E. Laban, M. Beylot-Barry, N. Ortonne et al. *Ann Pathol*. 2015. Vol. 35. P. 131–147.
7. Kuo W.E., Richwine E.E., Sheehan D.J. Pseudolymphomatous and lichenoid reaction to a red tattoo: a case report. *Cutis*. 2011. Vol. 87, Iss. 2. P. 89–92.
8. Terada T. Cutaneous pseudolymphoma: a case report with an immunohistochemical study. *Int J Clin Exp Pathol*. 2013. Vol. 6, Iss. 5. P. 966–972.

## References

1. Tepluk NP, Belousova TA, Grabovskaya OV, Nikuradze VO. Dobrokachestvennaya limfoplaziya kozhi: diagnostika i lechenie [Benign skin lymphoplasia: diagnosis and treatment]. *Dermatologiya (Pril. k zhurn. Consilium Medicum)*. 2017;2:40–43. [In Rus.]
2. Olishova OYu, Potekaev NS. Pseudolimfomy kozhi [Pseudolymphoma of the skin]. M.: Praktika; 2013. [In Rus.]
3. Snarskaya ES, Romashkina AS. Dobrokachestvennyy limfadenoz kozhi i hronicheskaya infektsiya [Benign Skin Lymphadenitis and Chronic Infection]. *Rossiyskiy zhurnal kozhnykh i venerycheskikh bolezney*. 2015;18(3):4–6. [In Rus.]
4. Bergman R. Pseudolymphoma and cutaneous lymphoma: facts and controversies. *Clin Dermatol*. 2010;28(5):568–574. [In Rus.]
5. Cerroni L. Skin Lymphoma: The Illustrated Guide. 4th ed. Wiley-Blackwell, 2014.
6. Laban E, Beylot-Barry M, Ortonne N, et al. Cutaneous lymphoproliferations: Proposal for the use of diagnostic algorithms based on 2760 cases of cutaneous lymphoproliferations taken from the INCa networks over a two-year period. *Ann Pathol*. 2015;35:131–147.
7. Kuo WE, Richwine EE, Sheehan DJ. Pseudolymphomatous and lichenoid reaction to a red tattoo: a case report. *Cutis*. 2011;87(2):89–92.
8. Terada T. Cutaneous pseudolymphoma: a case report with an immunohistochemical study. *Int J Clin Exp Pathol*. 2013;6(5):966–972.

## ДОБРОКАЧЕСТВЕННАЯ ЛИМФОЦИТОМА КОЖИ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Я.Ф. Кутасевич, И.А. Олейник, И.А. Маштакова, В.П. Матюшенко  
ГУ «Институт дерматологии и венерологии НАМН Украины»

## Резюме

**Цель работы:** акцентировать внимание врачей-дерматовенерологов на провоцирующих факторах развития доброкачественной лимфоцитомы кожи, в частности инфекционного генеза, напомнить особенности диагностики, ознакомить со свежим случаем дерматоза.

**Материалы и методы.** Под наблюдением находился мужчина в возрасте 54 лет, который длительное время лечился по месту жительства. Объектом изучения была диагностика доброкачественной лимфоцитомы кожи.

**Результаты.** Установить диагноз удалось с помощью обследования на наличие инфекционных провоцирующих факторов дерматоза и комплексной оценки проведенных исследований. Учитывая то, что доброкачественная лимфолазия кожи встречается среди псевдолімфом кожи чаще всего, дерматоз требует тщательного внимания к диагностике, в частности выявлению провоцирующих факторов.

**Выводы.** Диагностика доброкачественной лимфолазии кожи базируется на комплексной оценке анамнестических данных, клинических признаках, обязательном гистологическом, иммуногистохимическом и иммуноферментном исследовании.

**Ключевые слова:** доброкачественная лимфолазия кожи, диагностика, экзогенные факторы.

## BENIGN CUTANEOUS LYMPHOCYTOMA: CLINICAL CASE

Ya.F. Kutasevych, I.O. Oliynyk, I.O. Mashtakova, V.P. Matiushenko  
SE «Institute of dermatology and venereology of NAMS of Ukraine»

## Abstract

**The objective:** to focus the attention of dermatovenerologists on the provoking factors of the development of benign cutaneous lymphocytoma, in particular of infectious genesis, to recall the features of diagnosis, to familiarize with a recent case of dermatosis.

**Materials and methods.** A 54-year-old man was under observation, who was treated at the place of residence for a long time. The object of the study was the diagnosis of benign cutaneous lymphocytoma.

**Results.** The diagnosis was established with the help of an examination for the presence of infectious provoking factors of dermatosis and a comprehensive assessment of the studies conducted. Given that benign cutaneous lymphoplasia is most common among cutaneous pseudolymphomas, dermatosis requires careful attention to diagnosis, in particular, the identification of provoking factors.

**Conclusions.** The diagnosis of benign cutaneous lymphoplasia is based on a comprehensive assessment of anamnestic data, clinical signs, mandatory histological, immunohistochemical and enzyme immunoassay.

**Key words:** benign cutaneous lymphoplasia, diagnosis, exogenous factors.

## Відомості про авторів:

Кутасевич Яніна Францівна – д-р мед. наук, професор, директор ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України». E-mail: otdderm@ukr.net

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-8706-1487>

Олейник Ірина Олександрівна – д-р мед. наук, ст. наук. співроб., гол. наук. співроб. відділу дерматології, інфекційних та паразитарних захворювань шкіри ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України». E-mail: otdderm@ukr.net

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-6408-830X>

Маштакова Ірина Олексіївна – канд. мед. наук, ст. наук. співроб., ст. наук. співроб. відділу дерматології, інфекційних та паразитарних захворювань шкіри ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України». E-mail: mashtakova\_derm@ukr.net

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-3592-6896>

Матюшенко Валерія Павлівна – PhD, лікар-дерматовенеролог відділу дерматології ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України». E-mail: micespolice@gmail.com

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-6676-3030>