

Ф.Д. ЕВЧЕВ, М.Э. ЗАПОЛЬСКИЙ, А.Ф. ЕВЧЕВА

ВУЛЬГАРНАЯ ПУЗЫРЧАТКА, РАЗВИВШАЯСЯ У БОЛЬНОГО РАКОМ ГОРТАННОЙ ЧАСТИ ГЛОТКИ И ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПИЩЕВОДА ПОСЛЕ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ

*Каф. оториноларингологии Одес. нац. мед ун-та;
Одес. обл. кожно-венерологический диспансер*

Поражение кожи шеи, лица и слизистой оболочки ротовой части глотки, щек наблюдается довольно часто у ЛОР-онкологических больных, особенно у ослабленных больных и, как правило, после лучевой терапии. Конечно, эти повреждения связаны с действием лучевой терапии. Но имеются и другие заболевания кожи и слизистой оболочки в виде буллезных дерматозов, которые могут проявляться задолго до развития онкологического заболевания.

Известно, что интервал возможного появления ЛОР-онкопатологии у пациентов с буллезными дерматозами составляет в среднем 1-2 года. По данным литературы, злокачественные опухоли у таких больных локализуются в легких, желудке, мочевом пузыре, гениталиях [2].

В литературе также имеются единичные сообщения о пузырьчатке (pemphigus) с локализацией первичного очага этого заболевания в ротовой части глотки и гортани [1, 4].

Пузырчатка является тяжелым дерматозом с хроническим течением, в основе которого лежит аутоиммунное поражение кожи и слизистой оболочки. Механизм образования пузырей связан с разрушением IgG- антителами эпидермальных связей. Установлено, что пемфигус-антигены соединяются с гликопротеидами клеточных мембран и вызывают акантолиз. Обнаружение акантолитических клеток в мазках-отпечатках и пемфигус-антител в сыворотке крови сегодня служит основным диагностическим критерием пузырьчатки.

По мнению ряда авторов, приблизительно у 12% больных вульгарной пузырьчаткой развиваются паранеопластические процессы [2]. При этом течение дерматоза у

них чрезвычайно устойчивое, отмечается склонность к частым рецидивам. Предполагают, что замедление процессов регенерации при пузырьчатке у онкологических больных связано с общей иммуносупрессией, а также сопутствующей лучевой и химиотерапией [5].

Злокачественные опухоли изменяют физиологические процессы в организме и приводят к накоплению в нем обычно не синтезируемых биологически активных веществ и опухолевых антигенов, не только стимулирующих прогрессирование уже существующего дерматоза, но и способствующих запуску новых аутоиммунных реакций.

Описано более 70 заболеваний кожи и ее придатков, наблюдаемых у онкологических больных. Часто паранеопластические дерматозы развиваются задолго до клинических проявлений опухолевого процесса или протекают одновременно с ним [3].

Ввиду сравнительной редкости сочетания этих двух процессов приводим собственное наблюдение развития вульгарной пузырьчатки в послеоперационном периоде у больного раком гортанной части глотки и шейного отдела пищевода после комбинированного лечения (расширенная экстирпация гортани с циркулярной резекцией шейного отдела пищевода + лучевая терапия с профилактической целью).

Больной Б., 73 лет, находился на лечении в ЛОР-онкоотделении с 29.04.10 по 26.05.10 г. Объективно при поступлении кожные покровы туловища и волосистая часть головы были чистые, без признаков кожных заболеваний. Из анамнеза пациент исключает в прошлом заболевания кожи и слизистой оболочки. Общеклинические и

биохимические показатели крови у больного до и после лечения были в пределах нормы. Единственный показатель крови - СОЭ сохранялась до 45-50мм/ч. Посевы из слизистой оболочки ротовой части глотки и кожи шеи патогенной флоры не выявили.

Больному 30.04.10. произведена комбинированная расширенная экстирпация гортани с циркулярной резекции шейного отдела пищевода. Гистологическое исследование №9806-09: плоскоклеточный ороговевающий рак пищевода с прорастанием в заднюю стенку гортани и врастанием в левый грушевидный карман. На фоне антибиотикотерапии послеоперационный период осложнился формированием фарингостомы 1,5x3 см. Пациент получил послеоперационный курс γ -терапии на зоны регионарного метастазирования, СОД – 40 Гр. К концу лучевой терапии фарингостома сократилась и самостоятельно закрылась. Через 4 недели у него удален назогастральный зонд, и в удовлетворительном состоянии больной выписан под наблюдение врача поликлиники.

В марте 2011 г. на контрольном осмотре пациент предъявлял жалобы на зуд кожи шеи, волосистой части головы и боли в глотке, усиливающиеся при глотании. При осмотре на коже лица и шеи определялись единичные пузыри, местами покрытые корками. На слизистой оболочке ротовой части глотки, больше слева, видны ярко красные эрозии, при пальпации резко болезненные. Диагноз: афтозный стоматит, фарингит. Больному назначено лечение в виде полоскания ротовой части глотки 0,05% раствором хлоргескидина и 1% раствором мирамистина, смазывание слизистой оболочки 1% раствором метиленовой синьки на фоне гипосенсибилизирующей терапии (эриус, 10% глюконат кальция – 10,0 в/в). На фоне проводимого лечения состояние пациента ухудшилось, усилился зуд кожи шеи и головы, першение и сильная боль в глотке, появились пузыри на коже вокруг трахеостомы, вокруг красной каймы губ и щек, единичные – на волосистой части головы. Через 48 ч зона пузырей покрылась импетинозно-кровянистыми корками (рис. 1, 2, 3, 4). На 4-5-й день кожа стала очищаться от

корок, но при этом появились новые поражения на коже.

На 8-й день больной проконсультирован дерматологом. Было проведено исследование эрозий, содержимого пузырей, иммуноферментный анализ крови на обнаружение пемфигус-антител. При обследовании пациента: краевой симптом Никольско был резкоположительным, в пузырной жидкости выявлены акантолитические клетки Тцанка (пемфигус-специфичные кератиноциты с утратой междермальных мостиков), при иммуноферментном анализе в сыворотке крови обнаружены пемфигус-антитела. Учитывая данные клинических и лабораторных исследований, мы поставили диагноз: пузырчатка вульгарная, стадия обострения (от 23.03.2011).

Мы расцениваем возникновение заболевания у пациента как следствие сочетанного биологического стресса (операция + лучевая терапия) на фоне генетической предрасположенности.

Больной госпитализирован в отделение дерматологии, где получал лечение: глюкокортикоиды (полькортолон до 38 мг/сут), антибиотикотерапию, системные антимикотические средства, стабилизаторы мембран тучных клеток, про- и пребиотики, гепатопротекторы, препараты кальция и калия, примочки с борной кислотой на пораженные участки кожи, 1% водный раствор метиленовой синьки, топические стероиды, дерматоловая мазь. После комплексной терапии, включающей кортикостероиды, наступило улучшение. Отмечалась эпителизация пораженных участков кожи, однако на слизистой оболочке ротовой части глотки эрозии сохранялись.

Состояние пациента улучшилось, но через 2 мес наступило обострение пузырчатки, связанное с погрешностями в диете. При этом рецидив заболевания протекал с высокой активностью, увеличением зон поражения, как на слизистой оболочке, так и на коже. Больной получил повторный курс противопемфигоидной терапии, и состояние его стабилизировалось. Поддерживающая доза полькортолона – 8 мг/сут. В настоящее время наступила ремиссия заболевания, продолжающаяся в течение 3 мес.

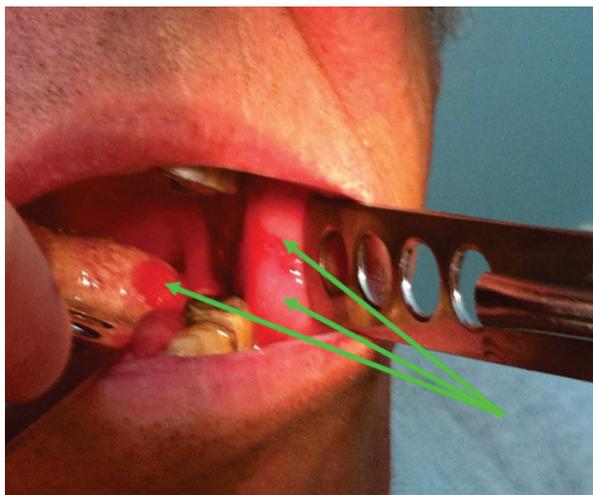


Рис. 1. Поражение слизистой оболочки языка и щек.



Рис. 2. Вульгарная пузырчатка распространилась на слизистую оболочку преддверия рта, твердого нёба и кожу лица.



Рис.3. Вульгарная пузырчатка распространилась на кожу шеи.



Рис. 4. Вульгарная пузырчатка распространилась на кожу лица

Таким образом, длительно существующие и рецидивирующие язвы и эрозии могут служить фоном, на котором развиваются злокачественные опухоли. В нашем случае упорное течение пузырчатки с поражением слизистой оболочки и кожи настоятельно нас в отношении возможного рецидива онкологического процесса либо появления других онкологических процессов. Больной продолжает находиться под наблюдением.

1. Антипин П.И. // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. - 1989. - №6. - С. 64.
2. Дедкова Е.М., Рабен А.С. Паранеопластические заболевания. - М., 1977.
3. Кулешов И.В. и соавт. Паранеопластические заболевания кожи
4. // Дерматовенерология, косметология, сексопатология. - 2010. - №1-2. - С. 236-238.
5. Чойнзонов Е.Л., Кицманюк Э.Д., Оксенов Б.С. Рак гортани, развившийся у больного вульгарной пузырчаткой // Вестн. оториноларингологии. - 1991. - №6. - С. 59-60.
6. Элионор Е. Сан. Дерматология. Сто случаев из практики // Бином. - М., 2006.

Поступила в редакцию 16.09.11.

© Ф.Д. Евчев, М.Э. Запольский, А.Ф. Евчева, 2012