

ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ПСЕВДОЛИМФОМАМИ КОЖИ

Козарезова А.В., Панкратов О.В.

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

Минск, Беларусь

anna.kozarezova@yandex.by

Проанализированы 37 историй болезней пациентов с подозрением на псевдолимфому кожи (ПЛК). Установлено, что 13 больных с Т-клеточным вариантом ПЛК, 1- с В-клеточным, 1- со смешанным и 22 – с бляшечным параспориозом. Определены трудности и сложности комплексного обследования пациентов для верификации диагноза и организация методов оказания специализированной медицинской помощи. Предложено решение повышения уровня оказания медицинской помощи.

Ключевые слова: псевдолимфома кожи, медицинская помощь, методы организации.

ORGANIZATION OF PROVIDING SPECIALIZED MEDICAL CARE TO PATIENTS WITH SKIN PSEUDOLYMPHOMA

Kozarezova A. V., Pankratov O. V.

Belarusian State Medical Academy of Postgraduate Education

Minsk, Belarus

Analyzed 37 case histories of patients with suspected skin pseudolymphoma (PLC). It was found that 13 patients with T-cell variant of PLC, 1 with B-cell, 1 with mixed and 22 with plaque parapsoriasis. The difficulties and difficulties of a comprehensive examination of patients for verification of the diagnosis and the organization of methods for the provision of specialized medical care have been identified. A solution to increasing the level of medical care is proposed.

Key words: skin pseudolymphoma, medical care, methods of organization.

Псевдолимфомы кожи (ПЛК) представляют собой гетерогенную группу лимфопролиферативных заболеваний кожи, характеризующуюся доброкачественными лимфоидными инфильтратами и объединяющие разные клиничко-морфологические подтипы данной сложной патологии, напоминающие гистологически и/или клинически истинную лимфому кожи [1]. Основу биологической характеристики заболевания составляет состояние архитектоники кожного лимфоцитарного инфильтрата, в зависимости от кластеров дифференцировки лимфоцитов [2]. В рубрике МКБ-10 отсутствует данная патология, представленная как ПЛК, хотя этот термин в последнее время широко используется в клинической практике дерматологами. Заболевание классифицируется по МКБ-10 как L.98.6 Другие инфильтративные болезни кожи и подкожно-жировой клетчатки. Малая информативность и недостаточное освещение в литературе вопросов данной нозологии приводят к ошибкам в клинической практике. В настоящее время расширилась информация о ПЛК за счет развития молекулярной биологии и иммунологии, благодаря которым появился новый взгляд на иммуноопосредованное

воспаление пораженных участков кожи. Расшифровка некоторых патогенетических механизмов позволила достигнуть определенных успехов в решении вопросов о применении специфической терапии. Это стало возможным потому, что внимание и повышенный интерес к этой сложной малоизученной патологии появились только в последние годы. Поэтому изучение проблемы ПЛК представляет интерес врачей разного профиля как в диагностике и дифференциальной диагностике, так и в организации оказания специализированной медицинской помощи пациентам [3].

Нами ретроспективно проанализировано 37 историй болезней пациентов с подозрением на ПЛК, находившихся (2018-2020гг.) на консультации и лечении в Городском клиническом кожно-венерологическом диспансере г. Минска (ГККВД) и Минском областном кожно-венерологическом диспансере (МОКВД). Верификация диагноза в дебюте заболевания осуществлялась на основании первичного комплекса обследования: клиническая картина, гистологическая и гистохимическая характеристика биоптата кожи. Обследования пациентов частично проводилось по месту жительства и частично в МОКВД и ГККВД г. Минска и включало: общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови, биопсия пораженного участка кожи, рентгенография органов грудной клетки. Из 37 пациентов 15 вошли в группу ПЛК. На основании иммунофенотипирования лимфоидного инфильтрата у 13 пациентов верифицирован тип Т-клеточной ПЛК, у 1 – В-клеточный тип и 1 – смешанный (Т- и В-клеточный тип). У 22 пациентов диагностирована бляшечная форма парапсориаза (иммунофенотип Т-клеточный).

Оценка анамнестических данных пациентов с ПЛК показала, что только у 21% больных установлен триггер: у 13% - краска для татуировок и у 8% - *Borrelia burgdorferi*. Гендерный анализ установил, что с одинаковой частотой болеют мужчины и женщины (М-8, Ж-7). Возрастной период варьировал от 22 до 73 лет, медиана возраста была $43,5 \pm 7,2$ лет. Додиагностический период составил: до 1 месяца - 60% пациентов, от 1 до 3 месяцев – 27% и от 3 до 6 месяцев -13%. Из 15 пациентов 47% госпитализированы. Продолжительность стационарного лечения колебалась от 7 до 21 дня. Средняя продолжительность стационарного лечения составила $12 \pm 1,3$ дней. Повторные госпитализации, вследствие рецидива заболевания, в течение одного года отмечены у 27% пациентов. На фоне проведенной терапии (топические и системные глюкокортикостероиды, внутривенное введение дипроспана, УФО, общеукрепляющие средства) улучшение состояния отмечено в 100% случаев.

Все вышеизложенное может свидетельствовать, что в настоящее время имеются выраженные сложности в проведении комплексного обследования пациентов с подозрением на ПЛК и организации оказания специализированной медицинской помощи. По нашему мнению это обусловлено: во-первых, регистрация больных с впервые выявленной патологией в Республике Беларусь начала осуществляться только в последние 6-7 лет; во-вторых, объем производимых лабораторных исследований был базовым и недостаточным; в-третьих, отсутствие иммуногистохимических исследований биоптатов кожи; в-четвертых, отсутствие преемственности со смежными специалистами; в-пятых, ограничение доступности междисциплинарного взаимодействия дерматологов,

онкологов, гематологов и патоморфологов (запись к специалистам, длительное ожидание, возможно, в отдельных случаях, оплата исследований за счет пациента и др.); в-шестых, отсутствие диспансерного наблюдения за пациентами с данной патологией [4].

В рамках решения задачи с целью повышения результативности оказания специализированной медицинской помощи пациентам с ПЛК необходимо использовать методы организации (регистрация больных с впервые установленным диагнозом ПЛК и с подозрением на данную патологию, анкетирование, проведение комплексного дополнительного обследования у смежных специалистов, формирование предварительной записи пациентов на консультативный прием, проведение диспансерного наблюдения), четко следовать правовым документам (инструкции, приказы министерства здравоохранения Республики Беларусь и др.) и повышать квалификацию врачей.

Список литературы

1. Самцов, А.В. Клинические, гистологические и иммуногистохимические особенности лимфом кожи на современном этапе: Вестник дерматологии и венерологии / А.В. Самцов, Н.Э. Белоусова, 2006. - № 1. - С.3-6.
2. Лимфома кожи / А.В. Молочков [и др.]. - Москва: Издательство БИНОМ, 2012. - 184с.
3. Albrecht, J. Drug-associated lymphoma and pseudolymphoma: Recognition and management / J. Albrecht, L.A. Fine, W. Pitte . – DermatolClin vel.25 №2, 2007. -233-244.
4. Mitteldorf, C. Cutaneous pseudolymphoma/ C. Mitteldorf, W. Kempf. – SurgPatholClin vel.10 №2, 2017.- 455- 476.