

Курилович К. О.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАРАПСОРИАЗА И ГРИБОВИДНОГО МИКОЗА

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Бич Т. А.

Кафедра патологической анатомии

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. Грибовидный микоз (ГМ) составляет 60% всех кожных Т-клеточных лимфом и почти 50% всех первичных лимфом кожи. У многих пациентов с ГМ отмечается предшествующий, как правило, длительный период манифестации в виде различных реактивных воспалительных дерматозов, среди которых наиболее часто встречается бляшечный парапсориаз (БП). По данным литературы, трансформация БП в ГМ отмечается в 10-40% случаев, именно поэтому раннее выявление ГМ является критичным для пациента. В связи с этим аспекты дифдиагностики обоих заболеваний остаются актуальными и на сегодняшний день. Несмотря на наличие диагностического алгоритма, который включает комплексную оценку клинических проявлений, данные морфологического исследования с результатами иммуногистохимического исследования и определения Т-клеточной клональности многие вопросы остаются открытыми.

Цель: определить морфологические особенности парапсориаза и грибовидного микоза на разных стадиях заболевания с учетом клинических проявлений и результатов иммуногистохимического исследования.

Материалы и методы. Изучены готовые гистологические препараты кожи, окрашенные гематоксилином и эозином, а также антителами к CD3, CD4, CD7, CD8, CD20 и Ki67 от 14 пациентов ГУ РНПЦ ОМР им. Н. Н. Александрова, с клиническим диагнозом «ГМ» и «БП» за период с 2018 по 2021 год. Группа ГМ составила 9 случаев, среди которых 4 наблюдения в ранней стадии заболевания и 5 – в поздней, группа БП представлена 5 случаями. Результаты и их обсуждение. Соотношение мужчин и женщин в группах БП и ГМ составило 1,5:1 и 1:1,3 соответственно, средний возраст пациентов с БП – 48 лет, при ГМ – 60 лет. Клинически БП и ГМ во многих случаях проявлялись пятнами и бляшками розового цвета на коже, однако при БП они локализовались преимущественно на туловище и конечностях, при ГМ – элементы были склонны к слиянию, носили генерализованный характер с поражением более 80% поверхности тела. При оценке гистологических признаков установлено, что такие признаки как гиперкератоз, паракератоз, акантоз, удлинённые отростки эпидермиса, очаговый спонгиоз, фиброз сосочкового слоя дермы, эластолиз характерны для обоих заболеваний, однако степень их выраженности варьировала. В свою очередь, атипичные лимфоциты, базальный эпидермотропизм лимфоцитов, более крупные лимфоциты в эпидермисе в сравнении с дермальными, «цепочки» атипичных лимфоцитов в базальном слое, лимфоциты со светлым перинуклеарным ободком, микроабсцессы Потрие встречались при ГМ. Полосовидная и периваскулярная инфильтрация в сосочковом слое дермы с примесью эозинофилов отмечена в обоих заболеваниях, при этом в случаях ГМ она была представлена атипичными лимфоцитами, с митозами. Для БП и ранней стадии ГМ также были характерны пограничные изменения. При оценке иммуногистохимического исследования установлено: снижение/потеря экспрессии CD7 и индекс пролиферативной активности (экспрессия Ki67) более 30% в случаях поздней стадии ГМ, при этом индекс пролиферативной активности в случаях БП составил менее 5%, при ранней стадии ГМ – менее 10%.

Выводы. Поздняя стадия ГМ характеризуется выраженными признаками клеточного атипизма эпидермальных и дермальных лимфоцитов, более выраженной инфильтрацией дермы. В ранней стадии ГМ имеются схожие гистологические признаки с БП, однако выполнение иммуногистохимического исследования, демонстрирующего снижение/потерю CD7 и увеличение индекса пролиферативной активности, может служить критерием для постановки ранней стадии ГМ.