

**РОЛЬ ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ  
В ДИАГНОСТИКЕ ГРИБОВИДНОГО МИКОЗА НА РАННИХ СТАДИЯХ**

*Витебский государственный медицинский университет, Беларусь*

Лимфомы кожи — группа опухолей, развивающихся в коже из Т- и В-лимфоцитов. В связи с этим выделяют Т- и В-клеточные лимфомы кожи. Грибовидный микоз является наиболее часто встречающейся разновидностью первичных Т-клеточных кожных лимфом [1]. В основе грибовидного микоза лежит моноклональная пролиферация в коже атипичных лимфоцитов. Встречаются гипер- и гипопигментированные формы, а также формы с фолликулотропизмом [3]. Излюбленными местами локализации высыпаний является нижняя часть туловища, ягодицы, бедра, а также молочные железы у женщин [2]. Описаны случаи пора-

жения грибовидным микозом исключительно ладоней и подошв [2]. Чаще грибовидный микоз возникает у лиц женского пола старше 50 лет, но может диагностироваться и в более раннем возрасте [5]. Описан случай возникновения грибовидного микоза у близнецов [4]. Выделяют три стадии грибовидного микоза: эритематозно-сквамозных пятен, бляшечную и опухолевую [3, 4]. Первоначальные высыпания обычно представлены невозвышающимися над поверхностью кожи пятнами. Пятна варьируют в размерах и форме и имеют четкие границы с окружающей здоровой кожей [2]. В бляшечную стадию происходит утолщение уже существующих пятен за счет обильной инфильтрации кожи атипичными лимфоцитами. Опухолевая стадия характеризуется наличием единичных или множественных узлов, часто с явлениями изъязвления поверхности последних [3]. На ранних стадиях диагностика грибовидного микоза может быть затруднена в связи со схожестью клинических проявлений с рядом хронических дерматозов. Так, например, на стадии пятен и бляшек дифференциальный диагноз проводят с псориазом, контактным дерматитом, экземой, опоясывающим лишаем. Наиболее важными патоморфологическими критериями грибовидного микоза является наличие атипичных лимфоцитов в коже, а также эпидермотропизм лимфоцитов с формированием микроабсцессов Потрие. Однако, на ранних стадиях заболевания эти признаки могут быть слабо выражены или же диагностироваться не во всех случаях [4].

**Цель:** определить критерии патоморфологической настороженности в диагностике ранних проявлений грибовидного микоза на примере биопсийного материала 5 пациентов, проходивших лечение в отделениях ВОККВД в 2012–2013 гг.

#### **Материалы и методы**

Было проведено исследование биопсийного материала 5 пациентов с целью исключения лимфомы кожи. С пораженного участка кожи после обезболивания забирался участок площадью около 0,5 см<sup>2</sup>. Пациенту после процедуры накладывалась стерильная повязка. После фиксации материала в формалине и последующей заливки в парафин, изготавливали ступенчатые срезы ткани и окрашивали их гематоксилин-эозином.

#### **Результаты и обсуждение**

При патоморфологическом исследовании в биоптатах кожи выявлен ряд специфических эпидермальных и дермальных изменений. В эпидермисе все слои были хорошо различимы. Определялся умеренно выраженный равномерный гиперкератоз, иррегулярный акантоз. Акантоз носил умеренно или слабо выраженный характер. Очагово формировался паракератоз. Во всех биоптатах отмечен выраженный эпидермотропизм лимфоцитов с наличием в области эпидермодермального соединения множественных гало-лимфоцитов. Также присутствовали очаги спонгиоза в эпидермисе с экзоцитозом в них лимфоцитов. В 3 биоптатах обнаружены четко сформированные микроабсцессы Потрие. В исследованном материале не всегда прослеживалась атипичия лимфоцитов, инфильтрирующих эпидермис.

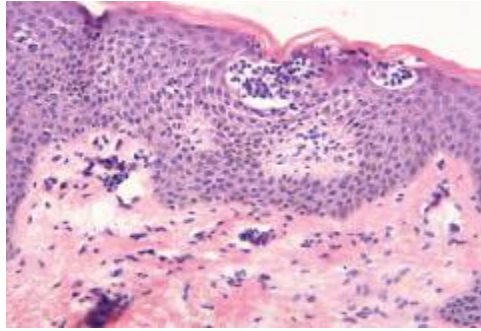


Рис. 1. Микроабсцессы Потрие в эпидермисе

Дермальные воспалительные инфильтраты локализовались как в поверхностных, так и в глубоких слоях дермы. Однако большая часть клеток воспалительного инфильтрата локализовалась в поверхностных слоях дермы с формированием так называемых «полосовидных» инфильтратов. Инфильтраты преимущественно носили умеренный характер. Глубокие же дермальные инфильтраты были менее обильными, локализовались преимущественно периваскулярно. Отдельные сосуды дермы были дилатированы. Клеточный состав воспалительных инфильтратов преимущественно лимфоцитарный с примесью умеренного количества эозинофилов. Характерен выраженный полиморфизм размеров и формы лимфоцитов, также выявлялись немногочисленные клетки с атипией, выраженной гиперхромностью ядер. Фигуры митоза в клетках воспалительного инфильтрата не встречались. Отмечены: фиброзирование соединительных волокон сосочкового слоя дермы, невыраженный отек в глубоких слоях дермы.

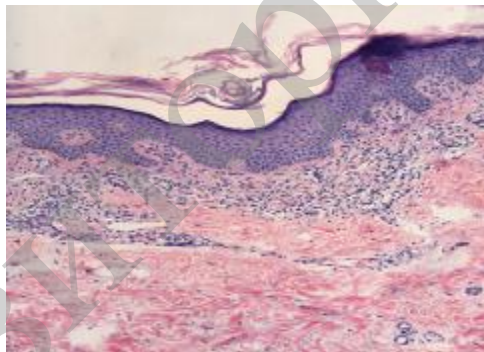


Рис. 2. «Полосовидные» инфильтраты в дерме

### Выводы

Даже на ранних стадиях при гистологическом исследовании возможно заподозрить грибовидный микоз. Однако, на ранних стадиях, когда высыпания представлены эритематозно-сквамозными пятнами, клинически грибовидный микоз может симулировать ряд других хронических дерматозов с доброкачественным течением. Данное обстоятельство может значительно отсрочить момент постановки истинного диагноза. А основанная на ошибочном диагнозе терапевтическая стратегия может продлить на неопределенное время прогрессирование злокачественного процесса. В связи с этим, все пациенты с подозрением на наличие кожной лимфомы, а также пациенты с длительно протекающими хроническими дерматозами должны подвергаться биопсии кожи для исключения кожной лим-

фомы. Специфические критерии, обнаруженные при исследовании биоптатов, такие как очаги спонгиоза с экзоцитозом лимфоцитов, микроабсцессы Потрие, гало-лимфоциты, атипия клеток инфильтрата должны насторожить патоморфолога. Пациенты с подозрением на грибовидный микоз не должны оставаться вне поля зрения врача. Целесообразным является проведение повторных биопсий кожи, иммуногистохимическое исследование, а также консультации онколога, обследование в специализированных онкологических центрах.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. *Иванов, О. И.* Кожные и венерические болезни / О. И. Иванов. М. : Медицина, 1997. 352 с.
2. *The three dimensional conformal radiotherapy for hyperkeratotic plantar mycosis fungoides / S. Y. Lee [et al.] // Ann. Dermatol.* 2011. Vol. 20, № 1. P. 57–60.
3. *Dermatopathology / W. Kempf [et al.].* Germany : Steinkopff Verlag, 2008. 299 p.
4. *Weedon, D.* Weedon's Skin Pathology / D. Weedon. 3 ed. Churchill Livingstone, 2009. 1968 p.
5. *Дерматология* Фитцпатрика в клинической практике : пер. с англ. / К. Вольф [и др.]. М. : Бином, 2012. 868 с.