

## **ОСОБЕННОСТИ ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ УЗЛОВАТОГО ПРУРИГО**

*Витебский государственный медицинский университет, Беларусь*

Узловатое пруриго впервые было описано в 1909 г. Гайдом. Это зудящее заболевание с хроническим течением. Узловатое пруриго является сравнительно редким заболеванием, которое может наблюдаться в любом возрасте, однако чаще возникает в возрасте между 20 и 60 годами. Заболевание ассоциировано с атопическим дерматитом или системными причинами кожного зуда (почечная, печеночная недостаточность, гипер- или гипотиреозидизм, паразитарные инфекции, злокачественные опухоли) [4]. Характеризуется образованием преимущественно на коже верхних и нижних конечностей твердых полушаровидных, выступающих над поверхностью кожи узлов буровато-красного цвета [1, 2]. Характерной особенностью высыпаний является наличие сильного, нередко биопсирующего характера зуда. Каждый элемент может существовать годами и вследствие постоянных расчесов покрываться кровянистыми корками. Зуд ухудшается во время психологического дистресса и эмоциональных потрясений. При разрешении узловатых элементов формируются вторичные гиперпигментации, рубчики.

Патоморфологическая диагностика основана на комплексной оценке изменений в эпидермисе и дерме [2]. По данным Weigelt N. и соавторов, при исследовании биопсийного материала от пациентов с узловатым пруриго и простым хроническим лишаем было выявлено совпадение 50 из 58 исследуемых гистологических признаков. Выявленные морфологические изменения при пруриго характеризуют наличие преимущественно хронического воспалительного поражения кожи, а также утолщение нервных волокон в дерме, что не типично для других дерматозов. Однако отсутствие последнего признака не исключает наличие узловатого пруриго [3]. Патоморфологически дифференцировать узловатое пруриго необходимо с веррукозной формой красного плоского лишая, простым хроническим лишаем, псевдоэпителиоматозной гиперплазией [2].

**Цель:** изучить специфические признаки и особенность патоморфологической верификации узловатого пруриго на примере биопсийного материала 4 пациентов, проходивших лечение в отделениях ВОККВД в 2012–2013 гг.

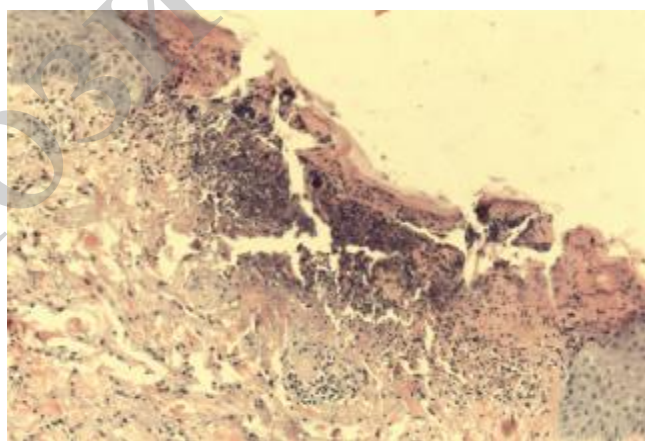
**Материалы и методы**

Забор биопсийного материала производился под местной анестезией 0,5 % раствором лидокаина с помощью цилиндрических трепанов. Диаметр трепанов для панч-биопсии составил 0,5 см. Полученный материал фиксировался в 10 % формалине, готовились парафиновые срезы. Приготовленные ступенчатые срезы окрашивались гематоксилин-эозином и по методу Ван-Гизон для выявления коллагеновых волокон.

### **Результаты и обсуждение**

При патоморфологическом исследовании выявлены выраженные акантотические разрастания эпидермиса, гиперкератоз. В гиперкератотических участках выявлено наличие включений фибринозно-геморрагического экссудата. Характерной находкой являются участки эрозирования, изъязвления эпидермиса, что является следствием постоянного механического воздействия на кожу при расчесывании. Окружающие дефект ткани с наличием островоспалительной реакцией. Также в эпидермисе присутствуют единичные эритроциты. На отдельных участках биоптатов морфологические изменения схожи с псевдоэпителиоматозной гиперплазией эпидермиса. Апоптотические кератиноциты немногочисленные, распределены по всей толще эпидермиса.

Отличительной характеристикой дермы при узловатом пруриго является наличие фиброзированных коллагеновых волокон сосочкового слоя дермы, ориентированных параллельно гипертрофированным акантотическим тяжам. Воспалительная инфильтрация в дерме преимущественно лимфоцитарная с примесью макрофагов и нейтрофилов, единичные эозинофилы. Наибольшее скопление нейтрофилов наблюдалось в участках эрозированного эпидермиса, язвенного дефекта. Глубина преимущественного залегания воспалительных инфильтратов — сосочковый слой дермы. Воспалительные инфильтраты располагались как периваскулярно, так и интерстициально, нередко концентрируясь вокруг придатков кожи. Отмечались изменения со стороны сосудов дермы: утолщение стенки сосудов, пролиферация эндотелия. Выявлена очаговая скудная лимфоцитарная инфильтрация стенок сосудов.



*Рис. Язвенный дефект при узловатом пруриго*

### **Выводы**

Патоморфологическая картина узловатого пруриго весьма специфична как по эпидермальным, так по дермальным проявлениям. Однако ввиду постоянных

расчесов узловатых элементов в биопсийном материале зачастую определяются обширные эрозивные или язвенные дефекты. Весьма выраженными становятся посттравматические эпидермальные гиперпластические проявления. Псевдоэпителиоматозная гиперплазия может развиваться не только при длительном локальном механическом воздействии на кожу, но и на фоне многих опухолевых и неопухолевых поражений кожи. Это обстоятельство, наряду с наличием посттравматического дефекта может затруднить интерпретацию и привести к ошибочным выводам относительно клинического диагноза.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. *Иванов, О. И.* Кожные и венерические болезни / О. И. Иванов. М. : Медицина, 1997. 352 с.
2. *Уилкинсон, Дж. Д.* Дерматология. Атлас-справочник : пер. с англ. / Дж. Д. Уилкинсон, С. Шоу, Д. И. Ортон. М. : Мед. лит., 2007. 208 с.
3. *Prurigo nodularis : systematic analysis of 58 histological criteria in 136 patients* / N. J. Weigelt [et al.] // *J. Cutan. Pathol.* 2010. Vol. 37, № 5. P. 578–586.
4. *Дерматология* Фитцпатрика в клинической практике : пер. с англ. / К. Вольф [и др.]. М. : Бино, 2012. 868 с.