

ОСОБЕННОСТИ ДЕРМАТИТА ПРИ ОЖОГЕ БОРЩЕВИКОМ СОСНОВСКОГО

Синькевич Ю.М., Гринчик И.В., Писарчик С.Н.
*УЗ «Городское клиническое патологоанатомическое бюро»,
г. Минск, Беларусь*

Рогов Ю.И., Вертинская Ю.В.
*ГУО «Белорусская медицинская академия
последипломного образования»,
г. Минск, Беларусь*

Тищенко И.А.
*ГУЗ «Гомельское областное клиническое
патологоанатомическое бюро»,
г. Гомель, Беларусь*

В работе представлен случай поражения кожи соком борщевика Сосновского с описанием некоторых гистологических особенностей исследованного биопсийного материала.

Ключевые слова: борщевик, дерматит, спонгиоз, фуранокумарины, фототоксичность.

FEATURES OF DERMATITIS IN CASE OF BURN BY BORSCHT OF SOSNOVSKY

Sinkevich Yu.M., Grinchik I.V., Pisarchik S.N.
*City Clinical Pathological Bureau,
Minsk, Belarus*

Rogov Yu.I., Vertinskaya Yu.IN.
*Belarusian Medical Academy of Postgraduate Education,
Minsk, Belarus*

Tishchenko I.A.
*Gomel Regional Clinicalpathological bureau,
Gomel, Belarus*

The paper presents a case of skin lesions with the juice of Sosnowski's cow parsnip with a description of some histological features of the studied biopsy material.

Keywords: *hogweed, dermatitis, spongiosis, furanocoumarins, phototoxicity.*

Введение. Широкое распространение борщевика Сосновского (*Heracleum Sosnowskyi*) в настоящее время составляет серьезную проблему для многих стран Европы. Это ядовитое растение опасно своей фототоксичностью, за счет содержащихся в его соке веществ из группы фуранокумаринов, которые под действием ультрафиолетового облучения переходят в активную форму в коже, способствуя возникновению её повреждений вследствие снижения защитных свойств последней, что приводит к возникновению ожогов I, II и даже III степени.

Особенность поражения заключается в том, что при контакте с растением не возникают болезненные или неприятные ощущения, а клинические симптомы наблюдаются спустя несколько часов или дней и включают гиперемию кожи, нарастающую отечность, зуд, появление пузырей. Данные проявления на различных этапах могут имитировать широкий спектр других нозологий (рожистое воспаление, застойный дерматит, экзему, пузырчатку и др.). Корреляция клинико-анамнестических данных с особенностями морфологической картины может помочь с определенной долей вероятности установить природу поражения, и, соответственно, способствовать более раннему и адекватному оказанию помощи пациенту.

Цель работы – обратить внимание на некоторые особенности морфологических изменений кожи, выявленные при изучении клинического случая дерматита, возникшего у пациентки при контакте с соком борщевика Сосновского.

Материалы и методы исследования. Материалом для исследования послужила биопсия пораженной зоны кожи нижней конечности у пациентки 70 лет, находившейся на лечении в травматолого-хирургическом отделении поликлиники г. Минска с клиническим диагнозом: «Поражение кожи и подкожной клетчатки неуточненное. Фотохимический дерматит? Васкулит?». Впервые пациентка обратилась за медицинской помощью в районную больницу с жалобами на высыпания в области обеих голеней красно-бордового цвета, не возвышавшиеся над поверхностью окружающей кожи. Был выставлен клинический диагноз: «Рожистое воспаление» и назначено соответствующее лечение, от которого пациентка не отметила положительного эффекта. Через несколько дней сыпь стала более светлой, хотя и без значительной динамики на фоне приема антигистаминных препаратов; появились единичные пузыри в области голеностопного сустава справа. Из анамнеза известно, что около двух недель назад, за двое суток до обращения в больницу, пациентка контактировала с борщевиком. В поликлинике у нее была взята биопсия кожи (2 фрагмента) из развившихся

элементов пораженных участков с последующим изготовлением гистологических препаратов, окрашенных гематоксилин-эозином, и их исследованием путем световой микроскопии.

Результаты. В одном из двух гистологических препаратов на серийных срезах был представлен участок кожи левой голени, в котором имелась зона поражения и граничащая с ней интактная часть. Патологический процесс очагово распространялся вглубь до гиподермы. По сравнению с неизмененными эпидермисом и дермой в пораженном участке наблюдались признаки компактного фолликулярного гиперкератоза. Зернистый слой был представлен 1-2 слоями клеток обычного вида. Со стороны шиповатого слоя отмечалась гиперплазия с формированием небольших акантотических тяжей, очагово анастомозирующих между собой. Здесь же наблюдалась вакуольная дистрофия части кератиноцитов, наличие единичных дискератотических клеток, очаговый лимфоцитарно-макрофагальный экзоцитоз, неравномерный спонгиоз (преимущественно в области акросирингумов и воронок волосяных фолликулов – фолликулярный спонгиоз) с формированием дискретных интрадермальных микровезикул, содержащих небольшое количество клеток Лангерганса и лимфоцитов (рисунки 1-3). В сосочковом слое дермы отмечался очаговый периваскулярный отек, лимфогистиоцитарная инфильтрация с примесью единичных эозинофилов. Отдельные инфильтраты распространялись на ретикулярную часть дермы.

Во втором стеклопрепарате был представлен участок кожи голени со сходными изменениями: гипер- и паракератозом эпидермиса, его выраженным спонгиозом вплоть до формирования субкорнеальных и интраэпидермальных дискретных микровезикул, содержащих клетки Лангерганса и единичные лимфоциты (пителиазиформный спонгиоз), очаги вакуольной дистрофии кератиноцитов шиповатого слоя, единичные апоптотические тельца.

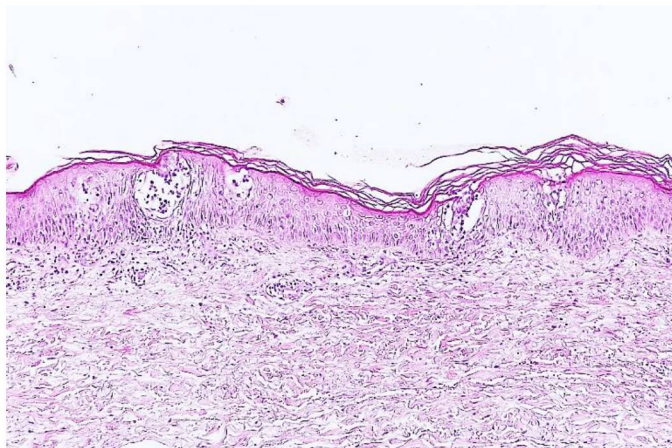


Рис. 1. Спонгиоз эпидермиса с формированием дискретных микровезикул. Окраска: гематоксилин и эозин. Увеличение x100.

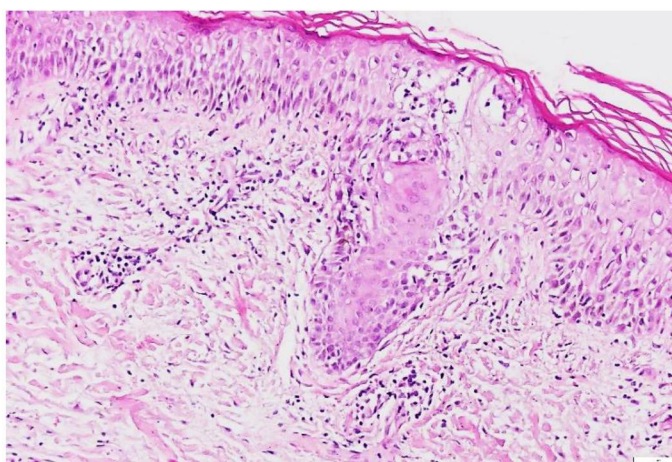


Рис. 2. Экзоцитоз и спонгиоз эпидермиса с преимущественным поражением зоны волосяного фолликула. Окраска: гематоксилин и эозин. Увеличение: x200.

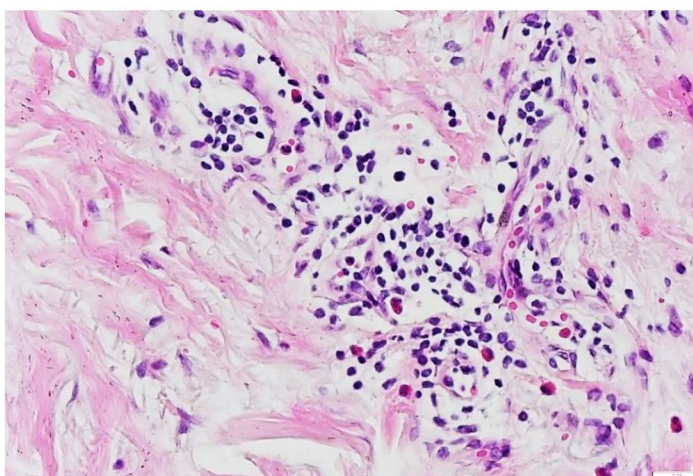


Рис. 3. Периваскулярная лимфогистиоцитарная инфильтрация с примесью эозинофилов в дерме. Окраска: гематоксилин и эозин. Увеличение x400.

В сосочковом слое дермы наблюдался неравномерный по степени выраженности отёк, единичные телеангиэктазии поверхностного сосудистого сплетения, очаги периваскулярной лимфогистиоцитарной инфильтрации с наличием единичных плазмоцитов и эозинофилов.

Заключение. Учёт особенностей морфологической картины острого спонгиозического дерматита в представленном наблюдении (дискретность поражения эпидермиса, тропность спонгиозических микровезикул к акросирингиальным и трихоинфундибулярным структурам, лимфоцитарно-макрофагальный клеточный состав экзоцитозных и микровезикулярных скоплений, наличие эозинофилов в периваскулярных воспалительных инфильтратах), ассоциация с изменениями дермы на разных исследованных уровнях, а также клиничко-анамнестические данные (отсроченность возникновения кожных проявлений – через двое суток после первичного контакта с растительным патогенным фактором, поэтапность развития элементов сыпи), могут помочь в постановке диагноза фотоаллергического дерматита вследствие воздействия фуранокумаринов в сходных случаях.

Литература

1. Козин, В. М. Учебная фотодерматология : учеб.-метод. пособие / В. М. Козин [и др.]. – Витебск : ВГМУ, 2016. – 60 с.
2. Фотохимический дерматит вследствие контакта с соком борщевика Сосновского / А. Ю. Симонова [и др.] // Журнал им. Н.В. Склифосовского «Неотложная медицинская помощь». – 2020. – Т. 9, № 4. – С. 653-658.
3. De Almeida Junior, H. L. Phytophotodermatitis : a review of its clinical and pathogenic aspects / H. L. de Almeida Junior, D. S. Sartori, V. M. Jorge, N. M. Rocha, L. A. de Castro // Journal of Dermatological Research. – 2016. – Vol. 1, № 3. – P. 51-56.
4. McKee's Pathology of the Skin / Ph. McKee [et al.]; – 5th ed. – London : Elsevier, 2019. – 1980 p.