

СРАВНИТЕЛЬНАЯ КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАРАПСОРИАЗА И ГРИБОВИДНОГО МИКОЗА

Курилович К. О.

*Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь
kseniya.kurilovich@mail.ru*

Введение. Грибовидный микоз (ГМ) составляет 60% всех кожных Т-клеточных лимфом и почти 50% всех первичных лимфом кожи. Заболеваемость ГМ в мире равна 0,6-0,7 случая на 100 000 человек, с тенденцией к регулярному повышению в последние десятилетия. Более 75% ГМ диагностируется у лиц старше 50 лет, средний возраст в начале заболевания составляет 55-60 лет. Грибовидный микоз может также поражать детей и подростков (1% случаев). Соотношение заболевших мужчин и женщин составляет 2:1, с преобладанием пациентов с темным цветом кожи (1,7:1) [2]. 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 [1], именно поэтому раннее выявление ГМ критично для пациента. В связи с этим аспекты дифференциальной диагностики обоих заболеваний остаются актуальными и на сегодняшний день. Несмотря на наличие диагностического алгоритма, который включает комплексную оценку клинических проявлений, данных морфологического исследования с результатами иммуногистохимического исследования и определения Т-клеточной клональности, многие вопросы остаются открытыми.

Цель исследования – Определить морфологические особенности бляшечного 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 г. Группа ГМ составила 9 случаев, среди которых 4 наблюдения в ранней стадии заболевания и 5 – в поздней, группа БП представлена 5 случаями.

Результаты исследований. 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. Клиническая картина БП характеризовалась поражением кожи в виде сыпи, пятен и бляшек розового цвета, местами с шелушением. Преимущественная локализация: туловище и конечности.

При ГМ наблюдалось поражение кожи в виде пятен и бляшек розового цвета, а также узлов синего цвета на более поздних стадиях. В более чем 50%

случаев кожные проявления сопровождалось зудом. Данные элементы были склонны к слиянию, поэтому чаще всего локализация носила генерализованный характер с поражением более 80% поверхности тела. В 5 из 9 случаев наблюдалось поражение лимфатических узлов (чаще подмышечных и паховых). Три пациента с поздней стадией ГМ умерли через 1-2 года после установления диагноза, в том числе двое из них – от основного заболевания.

При оценке гистологических признаков установлено, что такие признаки, как гиперкератоз, паракератоз, акантоз, удлиненные отростки эпидермиса, очаговый спонгиоз, фиброз сосочкового слоя дермы, эластолиз, характерны для обоих заболеваний, однако степень их выраженности варьировала.

В свою очередь некоторые морфологические признаки были более характерны для ГМ:

- Атипичные лимфоциты встречались во всех случаях позднего и в 3 из 4 – раннего ГМ.
- Более крупные лимфоциты в эпидермисе в сравнении с дермальными: 3 случая раннего и 4 позднего ГМ.
- «Цепочки» атипичных лимфоцитов в базальном слое отмечались в трех препаратах ранней стадии ГМ и в 3 из 5 – поздней, в то время как при БП только в одном случае.
- Базальный эпидермотропизм лимфоцитов – во всех случаях ГМ и только в 2 из 5 БП.
- Диспропорциональный эпидермотропизм – во всех случаях позднего и в 3 – раннего ГМ, при БП – в 2 случаях.
- Лимфоциты со светлым перинуклеарным ободком (haloed lymphocytes) – во всех случаях ГМ и в одном наблюдении БП.
- Микроабсцессы Потрие отмечены только при ГМ – в 3 случаях ранней стадии ГМ и в 3 – поздней.
- Лимфоциты в фазе митоза также встречались только при ГМ – в 3 случаях ранней стадии и в 4 – поздней стадии.
- Эозинофилы в инфильтрате отмечались во всех случаях раннего ГМ и в 4 позднего, при БП – только в одном случае. Эозинофилия объясняется преобладанием Th2, приводящим к экспрессии интерлейкина-5 неопластическими Т-клетками, а также снижением противоопухолевого ответа при ГМ.

Полосовидная и периваскулярная инфильтрация в сосочковом слое дермы отмечена при обоих заболеваниях, при этом в случаях ГМ она была представлена атипичными лимфоцитами, с митозами, а при БП носила очаговый характер и была менее интенсивной. Для БП и ранней стадии ГМ также были характерны пограничные изменения.

При оценке ИГХ профиля установлено:

- ✓ Снижение/полная потеря экспрессии CD7 при поздней стадии ГМ – данный маркер экспрессируется во всех случаях БП и ранней стадии ГМ, но только в 2 из 5 случаев позднего ГМ.

✓ Увеличение индекса пролиферативной активности (экспрессия Ki67) при поздней стадии ГМ, который составлял 30% и более, при этом индекс пролиферативной активности в случаях БП составил менее 5%, при ранней стадии ГМ – менее 10%.

Также во всех изученных 14 случаях отмечалась выраженная экспрессия CD3. Экспрессия CD4 во всех случаях БП и ГМ была более выражена, чем экспрессия CD8, однако экспрессия CD4 при ГМ была более интенсивной, чем при БП. CD20 экспрессировался в 3 из 4 случаев БП и раннего ГМ, а также в 3 из 5 наблюдений позднего ГМ.

Выводы:

1. Поздняя стадия ГМ характеризуется выраженными признаками клеточного атипизма эпидермальных и дермальных лимфоцитов, полосовидной и более выраженной инфильтрацией дермы.

2. Диагностика ГМ в ранней стадии зачастую затруднительна в связи с его неспецифическими проявлениями, схожими с БП. Для постановки точного диагноза ГМ или БП необходимо тщательное морфологическое и ИГХ исследование биоптатов кожи, а также сопоставление этих данных с клинической картиной заболевания.

3. Гистологическими критериями, позволяющими установить раннюю стадию ГМ, являются диспропорциональный и базальный эпидермотропизм; размеры лимфоцитов в эпидермисе больше, чем в дерме; атипичные лимфоциты, лимфоциты со светлым перинуклеарным ободком в инфильтрате; «цепочки» атипичных лимфоцитов в базальном слое; микроабсцессы Потрие; лимфоциты в фазах митоза; эозинофилы в инфильтрате.

4. При ИГХ исследовании для ГМ как ранней, так и поздней стадии характерно снижение или потеря экспрессии CD7 и увеличение индекса пролиферативной активности (Ki67), что может служить диагностическим критерием для верификации ГМ, в том числе ранней стадии.

Литература:

1. Современные возможности дифференциальной диагностики бляшечного парапсориаза и ранних стадий грибовидного микоза / О. Ю. Олисова, Е. В. Грекова, В.А. Варшавский, и др. // Архив патологии. – 2019. – № 1.

2. Российские клинические рекомендации по диагностике и лечению лимфопролиферативных заболеваний / Под руководством проф. И. В. Поддубной, проф. В. Г. Савченко, 2018. – 470 с.

COMPARATIVE CLINICAL AND MORPHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF PARAPSORIASIS AND MYCOSIS FUNGOIDES

K. O. Kurilovich

Belarusian State Medical University, Minsk, Belarus

kseniya.kurilovich@mail.ru

In the course of the study, morphological and immunohistochemical analysis of histological slides of 14 patients from the N. N. Alexandrov State Medical Research Center with clinical diagnoses of "plaque parapsoriasis" and "mycosis fungoides" was

carried out, taking into account clinical data, the differential diagnostic signs that are most characteristic of early diagnosis of both diseases were determined.

ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ И ФИЗИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ ПАЦИЕНТОВ С COVID-19 ПРИ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В СТАЦИОНАР

Лебецкая Е. В., Букина Е. С.

*Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь
78ddr95@gmail.com*

Введение. Неизвестный до этого времени SARS-CoV-2 быстро распространился по всему миру, став причиной пандемии с более чем 460 миллионами зараженных и 6 миллионами погибших. До сих пор не существует универсального лекарства для борьбы с постоянно мутирующим вирусом, что заставляет задуматься о том, чем мы должны руководствоваться при построении схемы лечения пациентов с данной патологией, используя уже существующие средства.

Цель – выяснить влияние инфекции, вызванной COVID-19, на гематологические показатели у пациентов при поступлении в стационар, а также изучить распределение некоторых физических параметров у данных пациентов с целью предположения наиболее распространенных возможных факторов риска.

Материалы и методы исследования. В ходе выполнения научной работы были изучены и проанализированы показатели общего анализа крови, маркеры воспаления в биохимическом анализе крови, гемостазиограммы при поступлении, а также возраст и индекс массы тела пациентов с COVID-19. Решение поставленных в работе задач осуществлялось на основе применения общенаучных методов исследования в рамках статистического и сравнительного анализа результатов анализов пациентов на момент поступления в стационар, госпитализированных в УЗ 4 ГКБ г. Минска в 2021 г. В исследование вошли 46 пациентов, из них 33 женщины и 13 мужчин. Возраст пациентов составлял 35-92 года.

Результаты исследования. При оценке системы крови мы получили следующие результаты. У 10 пациентов (21%) показатель активированного частичного тромбопластинового времени выявлен повышенным относительно нормы. Нормальные значения (25,4-36,9 с) были у большинства пациентов (63,80%). В то время как снижен данный показатель был лишь у 7 пациентов (15,20%).

При исследовании показателя протромбинового времени было выявлено, что у 12 пациентов данный показатель повышен относительно нормы (9,4-12,5 с). Нормальные значения были установлены у 33 пациентов (71,75%). В то время как снижение данного показателя наблюдалось лишь в 2,17% случаев.

В системе тромбоцитов выявлена тромбоцитопения в 23,91% случаев. Нормальное значение ((150-450) * 10⁹ клеток/л) наблюдается в большинстве