

Т.В.Святенко

Днепропетровская
государственная
медицинская академия

Ключевые слова: заболевания кожи, клинический диагноз, патоморфологический диагноз.

Надійшла: 12.07.2007

Прийнята: 23.08.2007

УДК:616.516-021

ЗНАЧЕНИЕ ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Резюме. В статье приведены данные о значимости и необходимости использования патогистологического метода исследования при проведении верификации кожных заболеваний. Как известно, клиническая (макроскопическая) диагностика в дерматологии основывается, в первую очередь, на зрительном восприятии, запоминании и узнавании «внешнего образа» патологического процесса. В то же время существует множество примеров из практики, когда дифференциальная диагностика при помощи клинического обследования является затруднительной или невозможной. Однако, на сегодняшний день в дерматологической практике в Украине этот метод диагностики используется недостаточно. Автор анализирует возможные трудности и ошибки, встречающиеся при использовании патогистологического метода исследования в верификации кожных заболеваний. Успешная диагностика болезней кожи возможна только на принципах коллегиальности, т.е. в тесном сотрудничестве клинициста-дерматолога и патолога. Только совместное обсуждение всех сложных случаев кожной патологии позволяет выработать оптимальный алгоритм исследования биопсии и построения патогистологического диагноза с последующим установлением окончательного клинического диагноза. В статье высказывается мнение о необходимости изучения дерматологами базовых основ патоморфологической диагностики заболеваний кожи.

Svyatenko T.V. Value pathomorphological of research in dermatological practice.

Summary. In clause data about value and necessities of use histological a method of researches in verification of skin diseases are cited. It is known, clinical (microscopically) diagnostics in dermatology is based, first of all, on visual perception, storing and identification "an external image " pathological process. At the same time there is a set of examples from practice when differential diagnostics by means of clinical inspection is inconvenient or impossible. The author analyzes possible difficulties and mistakes at use pathohistological a method of research in verification of skin illnesses. Successful diagnostics of diseases of a skin is possible only on principles of collective leadership, and in close cooperation of the clinical physician-dermatologist and the pathologist. Only joint discussion of all complex cases of a skin pathology allows to develop optimum algorithm of research biopsy and constructions pathohistological the diagnosis with the subsequent establishment of the final clinical diagnosis. In clause the idea on necessity of knowledge dermatologist base bases pathohistological diagnostics of diseases of a skin also expresses.

Key words: diseases of a skin, clinical diagnosis, pathomorphological diagnosis.

Как известно, клиническая (макроскопическая) диагностика в дерматологии основывается, в первую очередь, на зрительном восприятии, запоминании и узнавании «внешнего образа» патологического процесса. Клиницист в отечественной дерматологии – прежде всего врач с большим клиническим опытом и хорошей зрительной памятью. Однако существует множество примеров из практики, когда дифференциальная диагностика при помощи клинического обследования является затруднительной или невозможной. В связи с этим, по нашему мнению, отечественный современный дерматолог помимо умения «читать и понимать кожу», обязан владеть вспомогательными методами обследования больных, как это делает его коллега во всем мире. Неоспорима большая ценность патогистологического метода исследования в верификации и диагно-

стике дерматозов. Однако на сегодняшний день в дерматологической практике в Украине этот метод диагностики используется недостаточно. На современном этапе отечественная дерматологическая наука и практика согласно мировым требованиям и тенденциям стремится к максимальной доказательности. Поэтому овладение патоморфологическими методиками и их использование в повседневной практике поможет избежать субъективизма и обеспечит максимально точную верификацию кожной патологии. В современных условиях дерматологической практики является остро необходимым знание дерматологами базовых основ патоморфологической диагностики заболеваний кожи.

Следует подчеркнуть, что значение патогистологического исследования заключается не только в подтверждении предварительного кли-

нического диагноза, но и в исключении тех дерматозов, которые предполагались на основании клинической картины. Для иллюстрации приводим несколько примеров из собственной практики, когда сходная клиническая симптоматика выявила совершенно разные кожные патологии после патоморфологического исследования. Известно, что диагностические трудности для верификации представляют все атипичные разновидности красного плоского лишая, когда недостаточно четко выявляются основные клинические черты дерматоза (Цветкова Г.М. и соавт., 1986; Walter M. et al., 1990; Пальцев М.А. и соавт., 2004). Иногда, при локализации процесса на голенях и стопах, могут возникать затруднения в дифференцировании гипертрофической формы КПЛ от саркомы Капоши (Walter F. et al., 1990), что иллюстрируют следующие фотографии:

Больной А., 44 года (Рис.1). Жалобы на высыпания на голенях, нестерпимый зуд. Считает себя больным в течении 6 месяцев, начало заболевания ни с чем не связывает, не лечился. При осмотре: патологический кожный процесс локализуется на голенях, представлен множественными, группирующимися плотными бородавчатыми разрастаниями в виде отдельных бляшек синевато-красного или коричневого цвета, с серовато-белыми асбестовидными, плотно сидящими чешуйками на поверхности. Очаги неправильной формы с четкими границами, неравномерно возвышающиеся над окружающей кожей.



Рис.1 Больной А., 44 года. В данном случае проводился дифференциальный диагноз: гипертрофическая форма красного плоского лишая? Саркома Капоши?

Гистологически (рис.2): выраженный гиперкератоз, утолщение зернистого слоя, акантоз, гипергранулез, паракератоз, диффузный полосовидный инфильтрат в верхних слоях дермы, который размывает нижнюю границу эпидермиса.

Рис. 3, 4. Больной К., 59 лет. Считает себя больным в течение 2 лет. Манифестация заболевания началась с отека десен, высыпаний на слизистых, кровоточивости, затем появились синюшные пятна, высыпания на левом предплечье,

в виде единичного образования, в течение недели элементы распространились по всему телу, обильные - на лице, а на животе, в области спины, нижних конечностях – единичные. Лечился в течении 2-х лет у стоматолога с диагнозами афтозный стоматит, болезнь Рандю-Ослера - без эффекта. Лечился у терапевта с диагнозом болезнь Бехчета, без эффекта. Объективно: состояние тяжелое. Сознание не нарушено. При осмотре на голенях и предплечьях: синюшные папулы, бляшки, узлы. Кандидозный стоматогингивит с признаками вторичного инфицирования слизистой ротоглотки, некротический гингивит с гнойным отделяемым. На мочке ушной раковины участки некроза, изъязвления. Лабораторные данные: В общем анализе крови – анемия, ускоренное СОЭ. Иммунограмма: CD 4 – 4% (49 клеток/мкл).

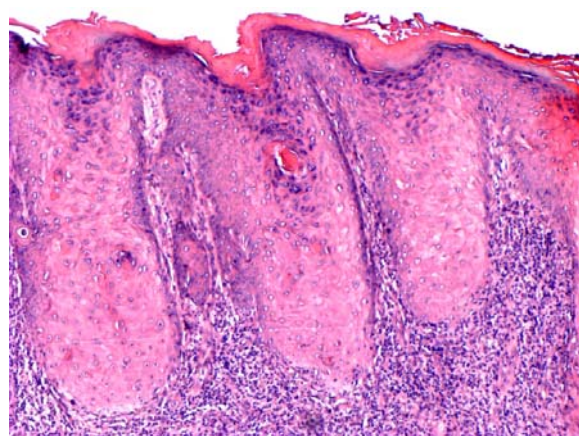


Рис. 2. Заключительный клинко-гистологический диагноз: гипертрофическая форма красного плоского лишая. Окраска гематоксилином и эозином, ×45.



Рис.3. Больной К., 59 лет

При гистологическом исследовании биоптата кожи: хаотичная пролиферация щелевидных капилляров с укрупненным эндотелием в верхней части дермы и вокруг придатков кожи, очаговый гемосидероз, инфильтрация лимфоцитами.



Рис.4. Больной К., 59 лет

У данного больного проводился дифференциальный диагноз: Саркома Капоши? Гипертрофическая форма красного плоского лишая?

Заключительный клинико-гистологический диагно: ВИЧ-инфекция (стадия IV), саркома Капоши.

Необходимо также иметь в виду, что возможности патоморфологического исследования имеют ограничения и не всегда позволяют окончательно определить нозологию (Цветкова Г.М. и соавт., 1986; Walter M. et al., 1990). Это объясняется рядом причин. Многие заболевания кожи, особенно хронические дерматозы, не имеют достаточно характерной морфологической картины и часто проявляются развитием стереотипной лихеноидной реакции (Цветкова Г.М. и соавт., 1986; Пальцев М.А. и соавт., 2004). Поэтому о типе дерматоза на основании одной только морфологической картины без учета клинической картины, зачастую можно высказаться только предположительно. Отсюда частые заключения морфологов в виде: «хроническое воспаление кожи», «острое воспаление кожи», «данных за пролиферативные заболевания нет» и т.д. Такие заключения не несут никакой диагностической ценности для врача-дерматолога, что вызывает у врачей-практиков скепсис в отношении самого метода исследования. В то же время сопоставление гистологических изменений с клиническими проявлениями заболевания позволяет в большинстве случаев уточнить диагноз (Пальцев М.А. и соавт., 2004).

Следующая причина «неудач» при проведении патоморфологического исследования заключается в неправильном заборе материала, например взятии для исследования не самого типичного морфологического элемента. Известно несколько способов забора материала для исследования: инцизионный, пункционный и бритвенный. Для повышения качества диагностики в дерматологии, по нашему мнению, чаще всего предпочтительно использовать инцизионный метод. Это связано с тем, что данная методика

позволяет получить достаточный для исследования фрагмент всех слоев кожи, а также полностью иссечь патологический очаг. Биопсия должна производиться из наиболее информативного элемента и наиболее показательной его зоны в зависимости от типа и стадии патологического процесса. Для оптимальной диагностики одних дерматозов имеет значение взятие наиболее свежего элемента (все пузырьные дерматозы – Рис. 5, 6, 7), в других случаях, напротив, самого «старого» из всех существующих (опухоли кожи).

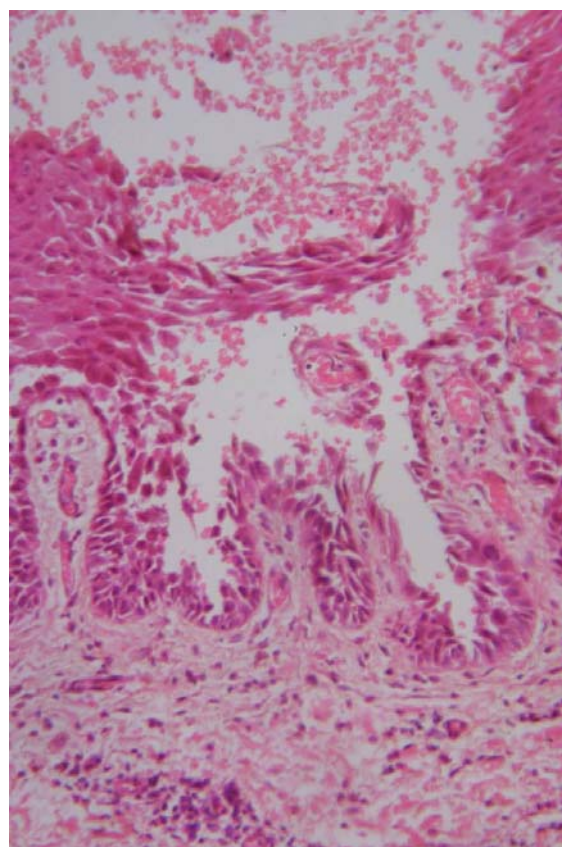


Рис. 5. Пузырчатка доброкачественная семейная Хейли-Хейли. Окраска гематоксилином и эозином, ×100.

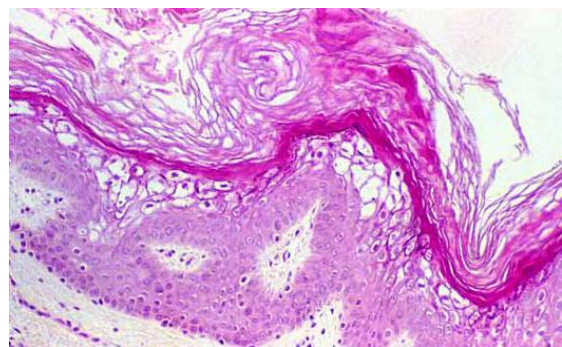


Рис.6. Эпидермолитический ихтиоз. Обращает на себя внимание выраженный массивный гиперкератоз. В зернистом слое эпидермиса видны гигантские гранулы кератогиалина и вакуолизация. Лизис клеток и образование субкорнеальных многокамерных пузырей. Папилломатоз, акантоз, гиперкератоз. Окраска гематоксилином и эозином, ×45.

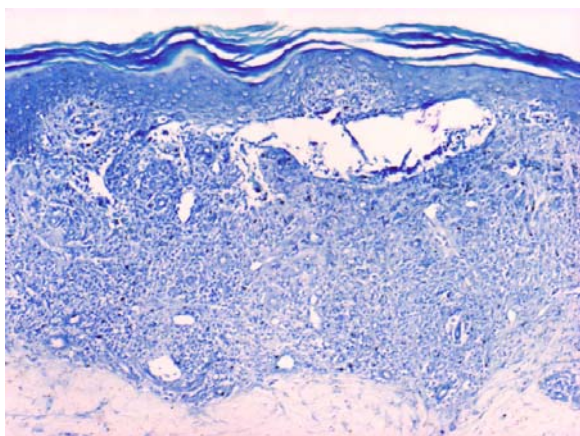


Рис.7. Пемфигоидная (пузырная) форма красного плоского лишая. Полостной элемент субэпидермально (!) в зоне инфильтрации дермы, истончение эпидермиса. Окраска толуидиновым синим, $\times 45$.

Диагноз основывается прежде всего на данных анамнеза и клинической картины, однако при гистологическом исследовании обращает на себя внимание глубина расположения пузыря (в пределах эпидермиса).

Имеет важное значение также алгоритм определения необходимости взятия первичного или вторичного морфологического элемента сыпи. В одних случаях необходима глубокая инцизия, в других - это необязательно. В некоторых клинических ситуациях оправдано взятие материала из нескольких участков патологического кожного процесса. В отдельных случаях биопсию следует брать из центра полностью сформированного элемента. В других случаях, например при буллезных и пустулезных дерматозах, необходима биопсия свежего элемента на границе с видимо не измененной кожей.

Особенно велико и неоспоримо значение биопсии в онкодерматологии: она является основным методом верификации диагноза (LeBoit P. et al., 2005; Носатенко П. и соавт., 2005; Ламоткин И.А. и соавт., 2006).

Приводим примеры из практики:

Больной Б., 38 лет поступил в кожное отделение 17-й ГКБ г. Днепропетровска с жалобами на высыпания на волосистой части головы. Считает себя больным в течение 6 месяцев. Появление заболевания ни с чем не связывает. По профессии больной – укладчик асфальта. Лечился по месту жительства, получал местно антимикотические и глюкокортикостероидные средства – без эффекта, применял самолечение с использованием народных средств, после чего состояние не улучшилось. При поступлении: патологический кожный процесс локализуется на коже теменной области волосистой части головы, представлен двумя бляшками коричневого и черного цвета с жирными желтыми корками на поверхности и по периферии очага (рис. 8). При гистологическом исследовании биоптата кожи из очага поражения

(рис. 9) – гиперкератоз, папилломатоз, инвагинационные роговые кисты. В общем анализе крови, мочи – без патологических изменений.



Рис.8. Больной Б., 38 лет

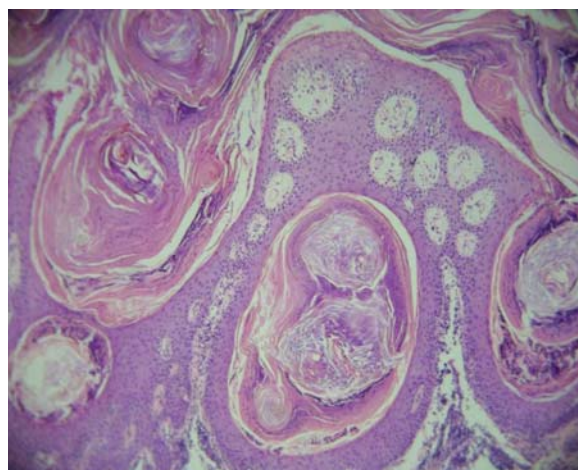


Рис. 9. Гиперкератоз, папилломатоз, инвагинационные роговые кисты. Окраска гематоксилином и эозином, $\times 100$.

Проводилась диффдиагностика с: фолликулярной кератомой, старческой кератомой, кератопапилломой, приобретенным невоклеточным невусом, меланомой. Указанные заболевания существенно отличаются не только тактикой ведения пациента, но и прогнозом. Заключительный диагноз после клинико-гистологического обследования: себорейная кератома.

Больная П., 68 лет, жительница г. Днепропетровска обратилась к дерматологу с жалобами на появление высыпаний на коже живота, ягодиц, груди, зуд. Считает себя больной в течение 8 лет, последние 6 месяцев отмечает изменение высыпаний в размерах. Обращалась к дерматологу несколько лет назад: получала лечение с диагнозом бляшечный параспориоз, аллергический дерматит, токсидермия - без эффекта. Ранее патогистологическое исследование не проводилось. Занималась самолечением народными средствами, лечилась у знахарей - без эффекта. При ос-

мотре: патологический процесс локализуется на коже груди, живота, ягодиц, представлен отечными пятнами, умеренно инфильтрированными бляшками диаметром до 8-10 см и более, розового цвета, с нечеткими границами (рис. 10, 11), увеличение подкожных лимфатических узлов. На коже между молочными железами наблюдается локализованный бородавчатый невус (рис. 10), на коже живота – две сенильные гемангиомы размером до 3-4 мм и множество мелких гемангиом (рис. 11). Картина при гистологическом исследовании представлена на рис. 12.



Рис.10 Больная П., 68 лет.



Рис.11 Больная П., 68 лет.

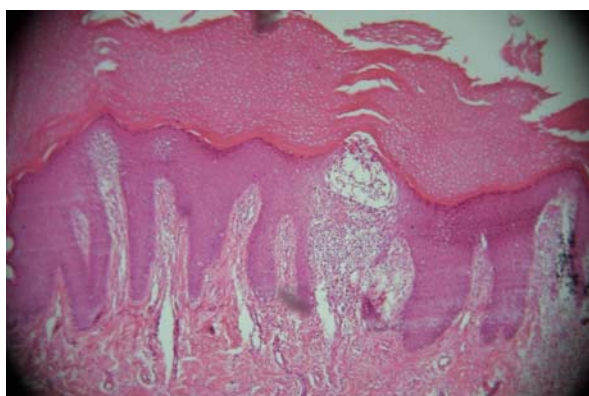


Рис.12. Паракератоз, акантоз, лимфогистиоцитарный очагово-диффузный инфильтрат сосочкового слоя дермы, проникновение лимфоцитов в эпидермис, внутриэпидермальные лимфоциты окружены узким ободком просветления, располагаются в одном участке группой. Окраска гематоксилином и эозином, $\times 45$.

Однако нельзя заблуждаться, что возможности морфолога в этой области однозначны и безграничны. Так, не зная анамнеза и клинического течения процесса, отличить кератоакантому (рис. 13, 14) в фазе роста и высокодифференцированный плоскоклеточный рак практически невозможно (Hikagu T. et al., 2001; Молочков В.А., 2006).

Приводим пример из практики: Больная М, 57 лет, обратилась к дерматологу с жалобами на появление образования на коже груди, которое увеличивается в размерах. Считает себя больной в течение 3 месяцев, начало заболевания связывает с избыточным пребыванием на солнце. При осмотре: патологический кожный процесс локализуется на коже груди, представлен опухолевидным образованием плотноэластической консистенции, с кратерообразным углублением в центре, заполненным сухими плотными крошковатыми роговыми массами с распадом, по краю элемента – валик с просвечивающимися кровеносными сосудами (рис. 13).



Рис. 13. Больная М., 57 лет

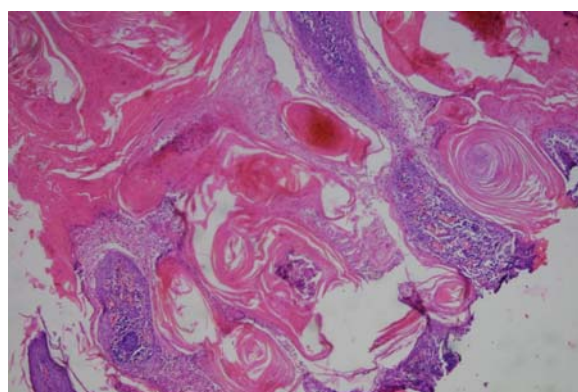


Рис. 14. Массивные разрастания эпидермиса с признаками атипического ороговения, в строме – плотный инфильтрат, преимущественно из мононуклеаров. Окраска гематоксилином и эозином, $\times 100$.

При гистологическом исследовании (рис. 14): гиперкератоз, паракератоз, массивные разрастания эпидермиса с признаками атипического

ороговения, в строме – плотный инфильтрат, преимущественно из мононуклеаров.

Клинический диагноз: кератоакантома.

Чрезвычайно сложно, а порой и невозможно с уверенностью провести гистологический дифференциальный диагноз между эритродермической формой грибовидного микоза и хроническим дерматитом (Massone C. et al., 2005). Использование современных лекарственных средств, особенно гормональных, существенным образом изменяет морфологию дерматоза в результате лечебного патоморфоза высыпных эле-

ментов (Walter M. et al., 1990; Пальцев М.А. и соавт., 2004).

Учитывая все вышеизложенное, успешная диагностика болезней кожи возможна только на принципах коллегиальности, т.е. в тесном сотрудничестве клинициста-дерматолога и патолога. Только совместное обсуждение всех сложных случаев кожной патологии позволяет выработать оптимальный алгоритм исследования биопсии и построения патогистологического диагноза с последующим установлением окончательного клинического диагноза.

Литературные источники

Кератоакантома. Клиника, диагностика, лечение, трансформация в рак. / Молочков В.А., Казанцева И.А., Кунцевич Ж.С. и др. – М.: БИНОМ, 2006. – 176 с.

Клинико-морфологическая диагностика заболеваний кожи (атлас) / Пальцев М.А., Потеев Н.Н., Казанцева И.А. и др. – М.: Медицина, 2004. – 432 с.

Ламоткин И.А. Опухоли и опухолеподобные поражения кожи: Атлас. – М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2006. – 116 с.

Путеводитель в онкологическую дерматологию. / Носатенко В., Гуцу Н., Носатенко А. и др. – Харьков, 2005. – 124 с.

Цветкова Г.М., Мордовцев В.Н. Патоморфологическая диагностика заболеваний кожи. Рук-

во. – М.: Медицина, 1986. – 304 с.

Hikaru Takeda and Shigeo Kondo. Differences between Squamous Cell Carcinoma and Keratoacanthoma in Angiotensin Type-1 Receptor Expression / American Journal of Pathology. -2001.- Vol.158.- P.1633-1637.

Histopathologic features of early (patch) lesions of mycosis fungoides: a morphologic study on 745 biopsy specimens from 427 patients / Massone C., Kodama K., Kerl H. et al. // Am J Surg Pathol.- 2005.- Vol.29.- P.550-560.

Tumors of the skin / LeBoit P., Burg G., Weedon D. et al. - Lion: WHO IARC, 2005. - 166 p.

Walter F. Lever Histopathology of the Skin J.B.- Lippincot Co. Phil, 7th edition, 1990.- 783 p.

Святенко Т.В. Значення патоморфологічного дослідження у дерматологічній практиці.

Резюме. У статті наведені дані щодо цінності та необхідності використання патогістологічного методу досліджень у верифікації шкірних захворювань. Відомо, що клінічна (макроскопічна) діагностика в дерматології базується, в першу чергу, на наочному впізнаванні «зовнішнього образу» патологічного процесу. У той же час існує багато прикладів з практики, коли диференційна діагностика за допомогою клінічного обстеження є складною, або взагалі неможливою. Однак у сучасній дерматологічній практиці в Україні патоморфологічний метод діагностики використовується на недостатньому рівні. Автор аналізує можливі складнощі та помилки при використанні патогістологічного методу досліджень у верифікації шкірних захворювань. Успішна діагностика хвороб шкіри можлива тільки на принципах колеґіальності, в співпраці клініциста - дерматолога та патолога. Тільки сумісне обговорення в усіх складних випадках шкірної патології дозволяє розробити оптимальний алгоритм дослідження біопсії та побудови патогістологічного діагнозу з наступним встановленням заключного клінічного діагнозу. У статті висловлюється також думка щодо необхідності обов'язкового вивчення та знання дерматологами базових засад патоморфологічної діагностики захворювань шкіри.

Ключові слова: хвороби шкіри, клінічний діагноз, патоморфологічний діагноз.