

Спустя 12 месяцев наблюдения в группе реципиентов трансплантатов печени и почки общее количество невусов увеличилось по сравнению с исходным уровнем при всех режимах иммуносупрессивной терапии ( $p < 0,001$ ). Также статистически значимые различия в отношении увеличения количества невусов через 12 месяцев по сравнению с исходным уровнем наблюдались между группой сравнения и группой контроля ( $p = 0,001$ ). Статистически значимых различий в отношении увеличения количества невусов в зависимости от протокола иммуносупрессивной терапии не было. В течение 12-месячного мониторинга наблюдалось статистически значимое увеличение размера невусов, по сравнению с исходным уровнем, в группе реципиентов при любом из вариантов иммуносупрессивной терапии ( $p = 0,046$ ). Также наблюдались статистически значимые различия между группой реципиентов и группой контроля в отношении изменения дерматоскопических признаков по сравнению с исходным уровнем ( $p < 0,001$ ). В группе контроля за 12 месяцев наблюдения дерматоскопических изменений невусов выявлено не было. Дерматоскопические изменения, наблюдающиеся на фоне иммуносупрессивной терапии, были статистически значимыми для любой из применяемых схем в сравнении со здоровыми лицами группы контроля без динамики дерматоскопической картины меланоцитарных образований в результате 12-месячного наблюдения.

Таким образом, количество невусов значительно увеличилось у реципиентов трансплантатов печени и почки, получающих иммуносупрессивную терапию, при этом наблюдались статистически значимые дерматоскопические изменения новообразований без каких-либо изменений дерматоскопической картины в контрольной группе.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Long-term change in the risk of skin cancer after organ transplantation: a population-based nationwide cohort study / S. M. H. Rizvi [et. al.] // JAMA. Dermatol. 2017. Vol. 153. P. 1270–1277.
2. Prevalence of skin cancer and related skin tumors in high-risk kidney and liver transplant recipients in Queensland, Australia / M. R. Iannacone [et. al.] // J. Investig. Dermatol. 2016. Vol. 136. P. 1382–1386.
3. The natural history of actinic keratoses in organ transplant recipients / Z. Jiyad [et. al.] // J. Am. Acad. Dermatol. 2017. Vol. 76. P. 162–164.

УДК 616.5-006.41-07-08

#### СЛОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ЛИМФОМЫ КОЖИ

*Порошина А. А., Янко Н. Б., Рублевская Е. И., Курожко О. В.*

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Раннее выявление онкологических заболеваний имеет высокую социальную значимость, являясь одной из приоритетных задач в сфере охраны здоровья населения. Дерматологам в своей работе нередко приходится сталкиваться с новообразованиями кожи, дифференцировать их с различной дерматологической патологией. Одним из заболеваний, где большинством авторов указывается на сложность клинической дифференциальной диагностики на ранних стадиях, является первичная лимфома кожи, которая имеет схожие клинические проявления с широким спектром хронических дерматозов. Это обуславливает возможность первичной постановки клинического диагноза лимфомы кожи не более чем у 20–50 % пациентов [10, 20].

#### **Цель**

Описать клинические случаи Т-клеточной лимфомы кожи, которые вызвали сложности диагностики на начальном этапе.

### **Материал и методы исследования**

Приводим клиническое наблюдение двух случаев Т-клеточной лимфомы кожи. В обоих случаях лимфома проявлялась полиморфизмом клинической картины и имитировали различные дерматозы.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

*Наблюдение 1.* Пациентка Г., 45 лет, поступила в Гомельский областной клинический кожно-венерологический диспансер в декабре 2021 г. с жалобами на распространенные высыпания на коже лица, туловища, верхних конечностей с незначительным зудом. Впервые пятнистые высыпания появились без видимой причины на коже голени в 2019 г. и сопровождалась незначительным зудом и болезненностью. В течение последующих 2 лет высыпания рецидивировали на различных участках кожи: лице, туловище, конечностях. При обращении к дерматологу ставились диагнозы: аллергический контактный дерматит, узловатая эритема. После перенесенной коронавирусной инфекции в октябре 2021 г. высыпания стали приобретать стойкий распространенный характер, локализовались на голени, лице, шее, приобретая синюшный узловатый характер.



**Рисунок 1 — Высыпания на коже голени у пациентки Г.**

На момент осмотра: высыпания распространенные, представлены синюшно-гиперемированными узлами 0,5–1,5 см, плотноэластической консистенции, сгруппированными в нижней трети голени. При диаскопии в области отдельных узлов достигался положительный феномен «пылинок» (рисунок 1). При гистологическом исследовании в дерме периваскулярно по ходу придатков кожи определялась инфильтрация из мноморфных лимфоцитоподобных клеток с признаками атипии, картина подозрительная на лимфому. Проведенная иммуногистохимия подтвердила диагноз Т-клеточной лимфомы кожи.

*Наблюдение 2.* Пациент К., 76 лет обратился к дерматологу в октябре 2021 г. с жалобами на образование язв в области спины, сопровождавшихся выраженной болезненностью. Пациенту был выставлен диагноз карбункул, назначено лечение. Через неделю при повторном осмотре в межлопаточной области определялись две язвы 3×3 см с гнойно-некротическими корками с перифокальным воспалением шириной 1,5 см. Клинически была диагностирована гангренозная пиодермия, назначены антибиотики, системные глюкокортикоиды, местное лечение. В течение двух недель корки частично отторглись с образованием язвенного дефекта с некротическим содержимым, явления перифокального воспаления и размеры язв значительно уменьшились. В последующем на фоне постепенного снижения системных глюкокортикоидов отмечалось вялое течение кожного процесса с периодами ослабления и усиления эритемы и отека вокруг очагов, без выраженной эпителизации. Была проведена биопсия кожи из очагов поражения. В образце определялась некротическая ткань и корка. В январе 2022 г. после перенесенной COVID-19 инфекции у пациента появились диссеминированные высыпания на коже спины, груди, живота, верхних конечностях в виде полиморфной сыпи, представленной в виде эритематозных пятен, бляшек, которые прогрессировали в

инфильтрированные узлы, некоторые из них приобретали полушаровидную форму и разрешались в центре с образованием язв (рисунок 2).



**Рисунок 2 — Инфильтрированные бляшки и узлы у пациента К.**

Из анамнеза — в течение 6 лет периодически возникали высыпания на коже, которые расценивались как проявления псориаза и контактного раздражительного дерматита. Пациент был госпитализирован, повторно проведена биопсия кожи широким лоскутом. При патогистологическом исследовании выявлялись диффузно-очаговая плотная инфильтрация дермы и подкожно-жировой клетчатки лимфоцитоподобными клетками с признаками полиморфизма, с гиперхромией ядер, с высокой митотической активностью, гранулемы саркоидного типа с гигантскими многоядерными клетками. В эпидермисе — единичные лимфоциты, очаговые фибриноидные изменения, изъязвления. Морфологическая картина соответствовала лимфопролиферативному заболеванию кожи (гранулематозный вариант грибвидного микоза).

### **Выводы**

Диагностика лимфомы кожи нередко чрезвычайно сложна, так как клиническая картина часто имитирует самые разнообразные кожные заболевания, и до постановки окончательного диагноза может проходить несколько лет. Динамическое наблюдение за пациентом, повторная биопсия кожи необходима при нетипичной клинике дерматозов, неэффективности проводимого лечения.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Клинические аспекты и алгоритм диагностики эритродермий различных дерматозов / О. Ю. Олисова [и др.] // Российский журнал кожных и венерических болезней. 2008. № 21(2). С. 72–80.
2. Козловская, В. В. Новообразования кожи: патогенез, клиника, диагностика, лечение: учеб.-метод. пособие / В. В. Козловская, А. А. Порошина, Е. А. Хайкова. Гомель: ГомГМУ, 2011. 44 с.

**УДК 616.5-006.6-07-052:614.253**

### **РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА НОВООБРАЗОВАНИЙ КОЖИ: РОЛЬ ВРАЧА ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГА**

**Рублевская Е. И.**

**Учреждение**

**«Гомельский областной клинический кожно-венерологический диспансер»  
г. Гомель, Республика Беларусь**

### **Введение**

Дерматоонкология возникла из насущной потребности дерматологов и онкологов в дифференцированном подходе к новообразованиям кожи, что пред-