

Свербиненко Л.П., Волошина Н.В., Вальданова Н.А., Шварева Т. И., Романенко И. М., Хайминов Е.М. Псориаз в сочетании с другими кожными заболеваниями //Український медичний альманах.- 2013.-Том 16, № 2.- С. 166-167.

Приводится описание случаев поражений, обусловленных сочетанием псориаза с другими дерматозами. При этом один дерматоз накладывает «отпечаток» на другой, создавая атипичную клиническую картину из «смешанных симптомов».

Ключевые слова: псориаз, сочетание с другими дерматозами, дифференцировка.

Свербиненко Л.П., Волошина Н.В., Вальданова Н.А., Шварева Т. И., Романенко И. М., Хайминов Е.М. Псориаз в поєднанні з іншими захворюваннями шкіри // Український медичний альманах. - 2013. - Том 16, № 2. - С. 166-167.

Наводиться опис шкірних проявів обумовлених поєднанням псориаза з іншими дерматозами. При цьому один дерматоз накладає «відбиток» на інший, створюючи атипову клінічну картину з «змішаних симптомів».

Ключові слова: псориаз, поєднується з іншими дерматозами, диференціювання.

Sverbynenko L.P.; Voloshyna N.V.; Valdanova N.A.; Shvareva T.I. Romanenko I.M., Khaiminov E. M. Skin manifestations caused by psoriasis //Український медичний альманах.-2013.-Том 16, № 2.- С. 166-167.

The description of cases of skin lesions caused by a combination of psoriasis with other dermatoses is introduced. At the same time one dermatosis is making "footprint" on the other, creating an atypical clinical picture of "mixed symptoms."

Key words: psoriasis, combined with other dermatoses, differentiation.

УДК: 616.5-002.525.2-07

© Симоненко Ю.В., Надич Т.В., Романенко И.М., 2013

ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ

**Симоненко Ю.В., Надич Т.В., Романенко И.М., Боровик А.А.,
Высоцкая А.Л., Кристова К.Г., Провизион Л.Н.**

ГЗ «Луганский государственный медицинский университет»

Введение. Красная волчанка (КВ) является часто встречающимся дерматозом. К компетенции дерматологов относится хроническая дискоидная красная волчанка (ХДКВ), а также некоторые случаи подострой красной волчанки (т.н. центробежная эритема Биетта). Хотя считается, что ХДКВ не имеет тенденции к трансформации в системную красную волчанку (СКВ), однако, такие случаи возможны, и задача дерматолога - своевременно фиксировать клинико-лабораторные признаки возможной системности.

Целью работы являлось обобщение критериев лабораторной диагностики КВ, выделение наиболее значимых тестов, позволяющих не только диагностировать, но оценить тяжесть течения, прогноз болезни [1, 2, 3].

Под названием «красная волчанка» объединяется ряд воспалительных заболеваний соединительной ткани и сосудов с аутоиммунным патогенезом: *дискоидная красная волчанка; диссеминированная красная волчанка; системная красная волчанка; центробежная эритема Биетта; глубокая форма Ирганга-Капоши.*

Для лабораторной диагностики КВ применяют комплекс показателей - общеклинические анализы крови, мочи; биохимические данные; исследование Ig; ЦИК; криоглобулинов; показателей системы комплемента и др.

• **Клетки красной волчанки (LE-клетки)** - в крови в норме отсутствуют; частота обнаружения LE-клеток у больных СКВ колеблется от 40-95%. LE-клетки образуются в результате фагоцитоза нейтрофильными лейкоцитами (реже моноцитами) ядер погибших клеток, содержащих

деполимеризованную ДНК. Фагоцитируемая субстанция остатков ядра лейкоцитов, комплемента, представляет собой иммунный комплекс, состоящий из «волчаночного тельца» - ВТ а также волчаночного фактора - т.н. антинуклеарный фактор или антитела (АТ) класса IgG к ДНК-гистоновому комплексу. Обнаружение LE-клеток - специфический признак СКВ. Исследование необходимо проводить до начала терапии кортикостероидами. У больных СКВ можно обнаружить: волчаночные клетки, свободное ядерное вещество (гематоксилиновые тельца, тельца Харгрейвса) и «розетки» - скопление нейтрофилов вокруг волчаночных клеток, или ВТ.

От истинных LE-клеток (крупный нейтрофил с ВТ внутри и собственным ядром, отнесенным к периферии) нужно отличать т.н. tart-клетки (моноцит, фагоцитирующий ядро другой клетки) и ложные волчаночные В-клетки (фагоцитированные ядра разрушенных клеток, покрытые антинуклеарными антителами), которые диагностического значения при СКВ не имеют.

• **Волчаночный антикоагулянт (ВА) в плазме крови** - относится к IgG и представляет собой АТ против отрицательно заряженных фосфолипидов. Своё название он получил в связи с тем, что оказывает влияние на фосфолипидзависимые коагуляционные тесты; впервые был выявлен у больных с СКВ. Референтные величины ВА в плазме крови - 0.8-1.2 усл.ед. Повышение ВА возможно при необъяснимом удлинении АЧТВ (активированное частичное тромбoplastическое время), времени рекальцификации и, в меньшей степени, протромбинового времени при нормальных результатах всех других по-

казателей коагулограммы. Приблизительно у 25-30% больных с ВА развиваются тромбозы; наличие в крови волчаночного антикоагулянта может стать симптомом аутоиммунной патологии – СКВ.

Необходимо ориентироваться на следующие данные:

1. ВА=1.2-1.5 усл.ед. – активность небольшая;
2. ВА=1.5-2.0 усл.ед. – умеренное количество, развитие тромбоза значительно возрастает
3. ВА= более 2.0 усл. ед. – большая вероятность развития тромбоза.

• **Титр антител к нуклеарным антигенам (антинуклеарный фактор, АНФ), антиядерные антитела (ANA)** - это гетерогенная группа аутоантител, реагирующих с различными компонентами ядра. Определение ANA в сыворотке крови – тест на системные заболевания соединительной ткани. Скрининг на наличие ANA в сыворотке крови проводят методом радиоиммунного анализа (РИА), РСК или ИФА. У здоровых людей титр ANA в сыворотке крови 1:40-1:80 (клинически значимый титр - $\geq 1:160$ при использовании метода непрямой иммунофлюоресценции (НИФ); при использовании скрининговых методов - ниже 1:50).

Положительные результаты скрининга должны быть подтверждены методом НИФ. При КВ тест на выявление ANA обладает высокой степенью чувствительности (89%), но умеренной специфичностью (78%) по сравнению с тестом на определение АТ к нативной ДНК (чувствительность 38%, а специфичность 98%). АТ к нуклеарным АГ высокоспецифичны для КВ. При ХДКВ АНФ выявляют у 50% больных, при СКВ – у 85-90%.

• **Антитела к односпиральной (денатурированной) ДНК в сыворотке крови (ADNA I, anti-ss DNA)** - для КВ менее специфичны. Однако, в связи с тем, что ADNA I более иммуногенна, чем ADNA II, определение антител только к ADNA I позволяет выявить возникновение заболевания в более ранние сроки. Сочетанное определение антител к ADNA II и ADNA I увеличивает диагностическую значимость этих антител. В активной фазе СКВ Anti-ss DNA IgG встречаются в 80-90% случаев. В норме концентрация ADNA I (anti-ssDNA) в сыворотке крови менее 300 МЕ/мл; 300-350 МЕ/мл – пограничные значения.

При оценке результатов определения АТ к одно- и двухспиральной ДНК в сыворотке крови следует учитывать, что многие воспалительные или другие процессы, сопровождающиеся деструкцией тканей, могут приводить к повышению титра этих АТ в сыворотке крови.

• **Антитела к двухспиральной (нативной) ДНК в сыворотке крови (ADNA II, anti-dsDNA)** - высокоспецифичны для КВ.

В норме концентрация ADNA II (anti-dsDNA) в сыворотке крови менее 30 МЕ/мл (30-40 МЕ/мл - пограничные значения). Однократно выявленный повышенный титр ADNA II позволяет сделать вывод диагностический, но не прогностический. Одновременное определение в

сыворотке крови ANA (обладают высокой чувствительностью) и ADNA II (обладают высокой специфичностью) – наилучшая комбинация для диагностики КВ.

Существует сильная корреляция между активностью СКВ и уровнем ADNAII в сыворотке крови. АТ к нативной ДНК характерны для волчаночного нефрита и других тяжелых проявлений СКВ (люпус-синдрома, при кот.они выявляются до 95% случаев). Они могут также появляться транзиторно при внутриклеточных инфекциях, воспалительных процессах и др.

• **Антитела к экстрагированным ядерным антигенам (АГ) в сыворотке крови (ENA)** - представляет собой комплексы растворимых рибонуклеопротеидов:

АТ к АГ RNP/Sm (АТ к белковым компонентам U1-малого ядерного рибонуклеопротеида- U1РНК) обнаруживают при смешанном заболевании соединительной ткани. Для исключения ложноположительных результатов используют иммуноблотинговый анализ.

Sm-Аг состоит из 55 малых ядерных РНК (U1,U2,U3,U4,U5,U6), ассоциированными с 11 или большим количеством полипептидов (A',B'/B',C,D,E,F,G). АТ к АГSm (один из критериев диагностики СКВ) специфичны для КВ и присутствуют у 30-40% больных с данным заболеванием.

SS-A(Ro) – полипептиды, образующие комплексы с RoРНК (hY1,hY3,hY5). АТ к АГ SS-A(Ro) наиболее часто обнаруживаются при синдроме/болезни Шёгрена и СКВ.

SS-B(La)-АГ – нуклеоцитоплазматический-фосфопротеиновый комплекс с Ro-малых ядерных РНК (RohY1-hY5), транскриптор РНК-полимеразы III. При СКВ чаще выявляют в начале болезни, развивающейся в пожилом возрасте (в 9-35% случаев) и ассоциирующийся с низкой частотой развития нефрита.

Scl-70-АГ – топоизомераза I - белок с молекулярной массой 100000 и его фрагмент, имеющий молекулярную массу 67000. Чаще выявляют при диффузной (40%), реже ограниченной (20%) форме системной склеродермии.

Данное исследование заключается в количественном определении IgG АТ против экстрагируемых ядерных АГ – RNP/Sm, Sm, SS-A(Ro) и SS-B(La) в сыворотке крови.

В норме концентрация АТ к экстрагированным ядерным АГ RNP/Sm, Sm, SS-A(Ro), SS-B(La) – менее 20 МЕ/мл, 20-25 МЕ/мл - пограничные значения; к АГ Scl-70 АТ в норме отсутствуют.

• **Рематоидный фактор (РФ) в сыворотке крови** – аутоантитела IgG, IgM, IgA, IgE классов, реагирующие с Fc-фрагментом IgG. Он образуется в результате стимуляции реагирующим модифицированным IgG или за счет воздействия экзогенно перекрёстно реагирующего АГ при нарушении иммунорегуляции.

Комплекс IgG + РФ не фагоцитируется, откладывается в периваскулярном пространстве, стимулируя клеточно-опосредованные цитоток-

сические реакции, что приводят к возникновению воспаления. Повышение титра РФ определяют не ранее, чем через 6-8 недель после клинических проявлений. В низких титрах может обнаружен при СКВ. Референтные величины концентрации ревматоидного фактора в сыворотке крови при определении методом нефелометрии – менее 14 МЕ/мл.

При установлении диагноза КВ следует учитывать также данные общеклинических лабораторных и гистологических методов исследования. Общий анализ крови: характерны повышение СОЭ, лейкопения со сдвигом влево в сочетании с лимфопенией, довольно часто - гипохромная анемия, в редких случаях развивается гемолитическая анемия с положительной реакцией Кумбса, тромбоцитопения. Общий анализ мочи: гематурия, возможна протеинурия. При

гистологическом исследовании биоптата при ХДКВ выявляются: атрофия всех слоев кожи, включая волосяные фолликулы и железы; гиперкератоз с заполнением волосяных фолликулов роговыми массами; лимфоцитарный инфильтрат перифолликулярно.

Заключение. Нами были проанализированы лабораторные признаки различных форм КВ. Если при ДКВ основным диагностическим критерием являются кожные симптомы, в отдельных случаях результаты патогистологических исследований, то в случае СКВ (или при трансформации ДКВ в СКВ) учитывается своеобразие клиники (диссеминирование полиморфной сыпи, располагающиеся в том числе на закрытых участках тела), а также лабораторные данные (LE-клетки; ВА; ANA; ADNA I, anti-ss DNA; ADNA II, anti-ds DNA; ENA; РФ).

ЛИТЕРАТУРА:

1. Скрипкин Ю.К. Кожные и венерические болезни. /Ю.К.Скрипкин.-М.:Триада-фарм,2001.- 8с.
2. Шапошников О.К., Павлов С.Т. и др. Кожные и венерические болезни./Шапошников О.К., Павлов С.Т.-М.: Изд-во "Медицина", 1985-340с.
3. Данилов С.И. Аллергические и инфекционные заболевания кожи. Учебное пособие. /Данилов С.И.-М.:С-Петербург: Изд-во "СПбГМА им. И.И. Мечникова", 2001. – 87 с.

Симоненко Ю.В., Надич Т.В., Романенко И.М., Боровик А.А., Высоцька А.Л., Кривоша К.Г., Провизион Л.Н. Лабораторная диагностика красной волчанки //Український медичний альманах.-2013.-Том 16, № 2.- С. 167-169.

Приводится описание лабораторных признаков различных форм КВ. Если при ХДКВ основным диагностическим критерием является кожные симптомы, в отдельных случаях результаты патогистологических исследований, то в случае СКВ (или при трансформации ХДКВ в СКВ) учитывается своеобразие клиники (диссеминирование полиморфной сыпи, располагающиеся в том числе на закрытых участках тела), а также лабораторные данные (LE-клетки; ВА; ANA; ADNA I, anti-ss DNA; ADNA II, anti-ds DNA; ENA; РФ).

Ключевые слова: красная волчанка, лабораторная диагностика.

Симоненко Ю.В., Надич Т.В., Романенко И.М., Боровик А.А., Высоцкая А.Л., Кривоша К.Г., Провизион Л.Н. Лабораторна діагностика червоного вовчача //Український медичний альманах.-2013.-Том 16, № 2.- С. 167-169.

Наводиться опис лабораторних ознак різних форм КВ. Якщо при ХДКВ основним діагностичним критерієм є шкірні симптоми, в окремих випадках результати патогістологічних досліджень, то у випадку СКВ (або при трансформації ХДКВ у СКВ) враховується своєрідність клініки (дисемінована поліморфна висипка, що розташовується в тому числі на закритих ділянках тіла), а також лабораторні дані (LE-клітини; ВА; ANA; ADNA I, anti-ss DNA; ADNA II, anti-ds DNA; ENA; РФ).

Ключові слова: червоний вовчак, лабораторна діагностика.

Simonenko J.V., Nadych T.V., Romanenko I.M., Borovik A.A., Vusotckaya A.L., Kristova K.G., Provizion L.N. Laboratory diagnosis of lupus erythematosus //Український медичний альманах.-2013.-Том 16, № 2.- С. 167-169.

The description of the various forms of laboratory signs of LE in introduced. If in discoid LE main diagnostic criterias are skin symptoms, in some cases - the results of histopathological studies, in systemic LE (or transformation in hard currency) is to be taken into account the peculiarity of the clinics (disseminative polymorphic rash, localized including in areas of the body covered with clothes), as well as laboratory data (LE-cells, LA; ANA; ADNA I, anti-ss DNA; ADNA II, anti-ds DNA; ENA; RF).

Key words: systemic lupus erythematosus, laboratory diagnostics.

УДК: 616-056.83:616.97

© Степовая А.Ю., Митрохин К.В., Радионов В.Г., Романенко И.М., 2013

АЛКОГОЛИЗМ. ДЕРМАТОВЕНЕРАЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

Степовая А.Ю., Митрохин К.В., Радионов В.Г., Романенко И.М.

ГЗ «Луганский государственный медицинский университет»

Введение: алкоголизм — заболевание, разновидность токсикомании, характеризующееся болезненным пристрастием к алкоголю - зави-

симостью от него, с физической (синдром абстиненции) и психологической (основана на подкреплении условного рефлекса) [1, 2, 3, 4].