

ОСОБЕННОСТИ ЭКСПРЕССИИ CD8 Т-ЛИМФОЦИТОВ В КОЖЕ И СЛИЗИСТОЙ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ, АССОЦИИРОВАННОМ С ГЛЮТЕНОВОЙ ЭНТЕРОПАТИЕЙ

Яссер Халед Абдель Карим Масадех, О.А. Притуло, Т.Г. Филоненко

ГУ «Крымский государственный медицинский университет имени С.И. Георгиевского»

Резюме. *Обследовано 36 больных псориазом с индексом PASI от 3 до 27 баллов, у которых была позитивная реакция при определении титра антител к эндомизию (ЭМА) класс IgA. При эндоскопическом и гистологическом анализе слизистой 12-ти перстной кишки выделены 3 группы больных псориазом и целиакией в зависимости от стадии целиакии; 1 группа (n = 17) - инфильтративная стадия, 2 группа (n = 12) - гиперпластическая. 3 группа (n = 7) – атрофическая стадия. Увеличение количества CD8+ Т-лимфоцитов в воспалительном инфильтрате слизистой 12-ти перстной кишки и коже в зависимости от стадии является важным моментом в понимании патогенеза аутоиммунного процесса при псориазе ассоциированном с глютенковой энтеропатией. Наличие межэпидермальных CD8+ Т-лимфоцитов является гистологической особенностью псориазического поражения кожи у больных с глютенковой энтеропатией.*

Ключевые слова: *псориаз, целиакия, лимфоциты, иммуногистохимия*

ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время в научной литературе обсуждается отрицательное влияние заболеваний желудочно-кишечного тракта, в том числе глютенковой энтеропатии (ГЭП), на течение псориазической болезни. Проведенные исследования, включающие изучение присутствия антител, специфичных к ГЭП у пациентов с псориазом были неоднозначны. В одних случаях корреляционная взаимосвязь отсутствовала, в других нали-

чие высокого титра анти tTG IgA было связано с большей степенью тяжести в коже [1,8,9,10,16,18,21].

Также были сообщения о регрессивном течении псориазического процесса на фоне лечения безглютеновой диетой в течение больных псориазом и положительными титрами для анти-глиадина, поражения кожи значительно регрессировали после выполнения 3-6 месяцев безглютеновой диеты и обострялись как реакция на отмену диеты [18,21].

Что касается общности патогенетического механизма, в литературе эта проблема освещена недостаточно, хотя существуют разнообразные гипотезы [3,6,8,12,22], такие как: аномальная проницаемость кишечника у людей с целиакией; глиадин индуцированная сенсбилизация Т-лимфоцитов и их активация может быть связана с патогенезом кожных поражений; псориазные поражения у людей с целиакией могут быть связаны с дефицитом витамина Д, что характерно для обоих заболеваний.

Учитывая аутоиммунный характер заболеваний с формированием Т-клеточного иммунного ответа, наиболее интересным является изучение локального распределения Т-лимфоцитов в зависимости от их фенотипа в коже и слизистой 12-ти перстной кишки у больных псориазом ассоциированного с ГЭП [3,6,11,13,14,17]. По данным литературы в нормальной коже всегда присутствует небольшое количество Т-лимфоцитов и тканевых макрофагов, которые, как правило, располагаются вокруг посткапиллярных венул поверхностного сплетения или придатков кожи. В нормальной слизистой 12-ти перстной кишки также имеет место наличие небольшого количества Т-лимфоцитов и макрофагов в собственной пластинке слизистой [2,13,17,21,22]. Однако локализация клеток иммунного ответа, их количество у больных псориазом ассоциированным с ГЭП, в литературе практически отсутствует или дискутабельна.

Некоторые авторы отмечают преобладание CD4+ лимфоцитов в очаге псориазной бляшки, другие - преобладание CD8+ лимфоцитов вне зависимости от давности заболевания, его распространенности, пола и возраста больных [2,3,13,17]. Так же неоднозначны сведения и в слизистой 12-типерстной кишки (ДПК). В начале 90-х годов для верификации заболевания было предложено использование иммуногистохимических маркеров к Т-лимфоцитам, для определения фенотипа последних [11,20]. Так как CD8+ лимфоциты имеют рецепторы к глиадину и их цитотоксическое действие приводит к усилению апоптоза энтероцитов, оценки

уровня таких клеток становится актуальной в диагностике глютенной энтеропатии [21].

Таким образом, определение локализации и уровня Т-лимфоцитов в зависимости от их фенотипа в очаге аутоиммунного воспаления как глютенной энтеропатии, так и псориаза является важным в понимании патогенеза этих заболеваний и патогенетического лечения.

Цель – определение локализации и уровня GD8 Т-лимфоцитов в коже и слизистой 12-ти перстной кишки у больных псориазом и глютенной энтеропатией.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Обследовано 36 больных псориазом с индексом PASI от 3 до 27 баллов, у которых скрининговый анализ исследований для выявления целиакии показал позитивную реакцию при определении титра антител к эндомизию (ЭМА) класс IgA методом непрямой флюоресценции в сыворотке крови. Концентрация ЭМА колебалась от низких (1:40) до выраженных значений (1:160). Также проведена фибродуоденоскопия с последующим взятием биоптата слизистой ДПК для верификации диагноза.

Материал для исследования – биоптаты кожи и слизистой двенадцати-перстной кишки. Каждый пациент получал подробную информацию о проводимом исследовании и давал информированное согласие на участие в исследовании. Диагностика и лечение больных псориазом проводилась в соответствии протоколу утвержденном приказом МОЗ Украины №312 от 08.05.2009 г.

Морфологическое исследование проводилось по стандартным методикам с окраской гематоксилином и эозином [7]. Иммуногистохимическое исследование (ИГХИ) проводилось на серийных парафиновых срезах в соответствии со стандартными протоколами [15], с использованием моноклональных антител CD8 (Clone C8/144B) (DAKO) и системы визуализации EnVision™ FLEX+, Mouse, High pH (Link), Code K8012 на автоштейнере фирмы DAKO. В месте локализа-

ции антигена визуализировалась мембранная реакция коричневого цвета.

Морфометрическое исследование включало подсчет позитивных клеток в 3 полях зрения при увеличении 200. Полученные данные пересчитывали на 1 мм² среза. Просмотр и цифровые фотографии микропрепаратов осуществляли цифровой камерой OLYMPUS C 5050Z, установленной на микроскопе «Olympus CX-41».

Все полученные результаты подвергнуты статистической обработке для параметрических и непараметрических критериев с использованием программы «MedStat» (серийный №MS0011) ДНПП ООО «Альфа», г. Донецк. При анализе проверки распределения на нормальность использовали Хи-квадрат и критерий W Шапиро-Уилка, сравнение центральных тенденций двух независимых выборок с использованием W-критерия Вилкоксона и сравнение средних двух независимых выборок по критерию Стьюдента. Для множественного сравнения непараметрических данных использовали ранговый однофакторный анализ Крускала-Уоллиса и критерий Дана [5].

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При анализе гистологических препаратов из слизистой ДПК обнаружены признаки хронического дуоденита слабой активности с наличием межэпителиальных лимфоцитов и сохранением структуры ворсин ($n = 17$). В 12 случаях отмечалась пролиферация энтероцитов крипт и в 7 случаях – атрофия ворсин с наличием выраженной лимфоидной инфильтрации в собственной пластинке слизистой ДПК. Полученные результаты позволили выделить три группы больных псориазом ассоциированных с различными формами ГЭП соответствующих классификации Marsh [20]: инфильтративная стадия – 1 группа, гиперпластическая стадия – 2 группа и атрофическая стадия – 3 группа.

Учитывая, что основным морфологическим признаком ГЭП является наличие межэпителиальных лимфоцитов в слизистой ДПК, следующим этапом исследования яви-

лось определение уровня экспрессии CD8+ цитотоксических Т-лимфоцитов и их локализация у больных псориазом.

Экспрессия CD8+ лимфоцитов определялась в межэпителиальной зоне и в строме собственной пластинке ДПК преимущественно периваскулярно. При этом, уровень экспрессии CD8+ лимфоцитов достоверно повышался относительно контрольных значений ($1,50 \pm 0,60$ – МЭЛ) в зависимости от стадии ГЭП (табл.1). При инфильтративной стадии уровень экспрессии МЭЛ составил ($46,13 \pm 10,31$) клеток, при гиперпластической стадии - $59,31 \pm 12,39$ и при атрофической - $70,13 \pm 13,87$ ($p < 0,01$). Такая же тенденция наблюдается и в строме слизистой ДПК.

При гистологическом исследовании биоптатов кожи больных псориазом ассоциированного с ГЭП обнаруживали характерные признаки, достаточно описанные в научной и практической литературе: лимфоцитарный инфильтрат в дерме различной степени выраженности, гипер- и паракератоз многослойного плоского эпителия, акантоз, базальноклеточная пролиферация эпидермоцитов, иногда абсцессы Мунро [2].

При иммуногистохимическом исследовании кожи экспрессия CD8+ лимфоцитов, в основном, наблюдалась в дермальном инфильтрате и также зависела от стадии ГЭП. Отмечалось достоверное увеличение уровня экспрессии CD8+ лимфоцитов по отношению к контролю ($13,71 \pm 1,01$) в инфильтративной стадии - $63,52 \pm 7,11$, гиперпластической - $74,25 \pm 9,62$ и атрофической - $89,58 \pm 11,47$ ($p < 0,01$) (табл.1). Обращает внимание появление межэпителиальных лимфоцитов, не встречающихся в контрольной группе – в коже без патологии (рис.1).

Однако достоверные ($p > 0,001$) межстадийные различия этих показателей не зафиксированы, что свидетельствует о невозможности использования этого показателя для дифференциальной диагностики стадий ГЭП, хотя патогенетическая значимость выявленных CD8+ МЭЛ несомненная и может являться критерием диагностики у больных псориазом ассоциированного с ГЭП.

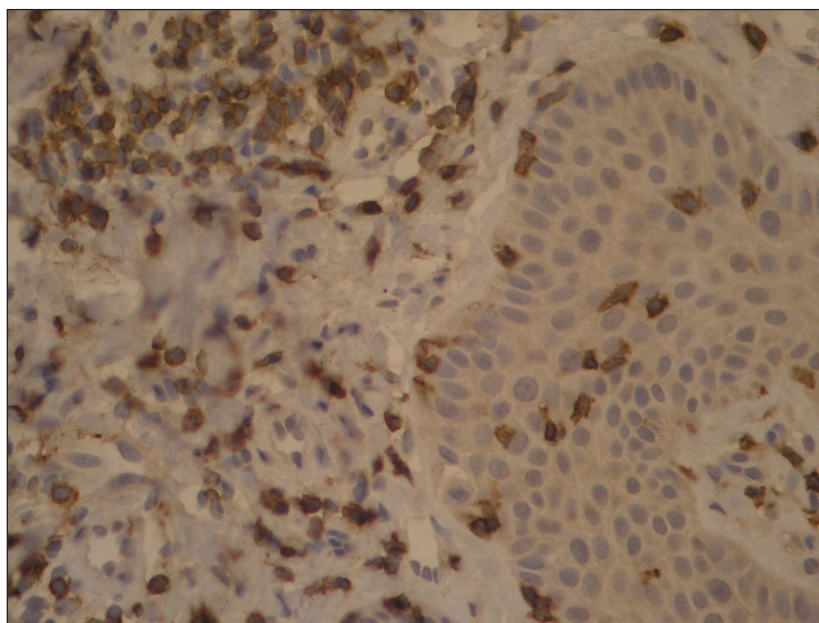


Рисунок 1. Фрагмент кожи. Атрофическая стадия ГЭП больного псориазом. Экспрессия CD8+ лимфоцитов, локализующихся в дерме и межэпидермальной области. ИГХИ. Система визуализации FLEX. Ув. 40^x.

В отличие от МЭЛ содержание CD8+ лимфоцитов в слизистой ДПК и дерме имеет межстадийные достоверные различия ($p < 0,05$) при прогрессировании ГЭП, что может свидетельствовать о возможности дифференциальной диагностики стадий ГЭП. Такие же результаты отображены в работах Килесса А.В. Однако, изучая МЭЛ в слизистой ДПК, достоверные отличия получены были только в тяжелой атрофической стадии ГЭП [3].

Таблица 1

Уровень экспрессии CD8+ лимфоцитов в слизистой 12-перстной кишки и коже у больных псориазом, ассоциированном с ГЭП

Группы	Норма, n=10		Инфильтративная стадия, n=17		Гиперпластическая стадия, n=12		Атрофическая стадия, n=7	
	МЭЛ	Строма	МЭЛ	Строма	МЭЛ	Строма	МЭЛ	Строма
СО ДПК	1,50± 0,61	1,30± 0,47	46,13± 10,31 */**	11,05± 11,21 */**	59,31± 12,39 */**	26,22± 10,12 */**	70,13± 13,87 */**	45,89± 10,23 */**
Кожа	-	13,71± 1,01	5,03± 0,92**	63,52± 7,11 */**	6,56± 9,34**	74,25± 9,62 */**	8,48± 11,27**	89,58± 11,47 */**

Примечание: * – достоверность отличия значений групп от контроля ($P < 0,01$); ** – достоверность отличия между группами (стадиями) ($P < 0,05$).

Таким образом, наши исследования и исследования других авторов [3,11,13] показывают важную роль в патогенезе псориаза и глютенной энтеропатии CD8+ цитотоксических лимфоцитов, имеющих рецепторы к глиадину как клеток, участвующих в аутоиммунном процессе. Увеличение их количества при псориазе в коже и слизистой ДПК в зави-

симости от стадии ГЭП доказывает иммуноагрессивное, повреждающее воздействие на клеточный состав воспалительного инфильтрата, инициируя каскад иммуно- и патоморфологических проявлений как глютеновой энтеропатии, так и псориаза. Обнаружение межэпидермальных CD8+ лимфоцитов имеет принципиальную важность оценки псориаза ассоциированного с ГЭП.

ВЫВОДЫ

1. Увеличение количества CD8+ Т-лимфоцитов в воспалительном инфильтрате слизистой 12-ти перстной кишки и коже является важным в понимании патогенеза

аутоиммунного процесса при псориазе ассоциированном с глютеновой энтеропатией.

2. Наличие межэпидермальных CD8+ Т-лимфоцитов является гистологической особенностью псориазического поражения кожи у больных с глютеновой энтеропатией.

3. С учетом полученных данных о количестве и локализации CD8+ Т-лимфоцитов (как клеток иммунного воспаления) в коже и 12-ти перстной кишке у больных псориазом с глютеновой энтеропатией необходимо изучить локализацию и количество CD4+ Т-лимфоцитов в воспалительном инфильтрате, определить иммунорегуляторный индекс и их взаимосвязь с макрофагальным компонентом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Донцова О.В. Целиакия и дерматологические проявления: патологические процессы кожи – ключ к диагнозу «глютенчувствительная энтеропатия» / О.В.Донцова // Consilium medicum Ukraina. – 2013. – Т. 7, №6. – С.3-5

2. Катунина О.Р. Иммуноморфологическая характеристика клеток воспалительного инфильтрата при псориазе / О.Р. Катунина // Вестник дерматологии и венерологии. – 2005. – №2. – С.25-28.

3. Килесса А.В. Комплексная морфологическая диагностика глютеновой энтеропатии /А.В. Килесса// Диссертация на соиск... канд. мед. наук. –Симферополь, 2012.– 167с.

4. Коляденко К. В. Псоріаз. нові можливості виправдати надії / К. В. Коляденко // Український журнал дерматології, венерології та косметології. – 2007. – № 4. – С. 101.

5. Лапач С.Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях / С.Н.Лапач, А.В.Чубенко, П.Н.Бабич. – К.: Морион, 2000 – 319с.

6. Парфенов А.И. Целиакия. Эволюция представлений о распространенности, клинических проявлениях и значимости этиотропной терапии /А.И. Парфенов. – М.: Анахарсис, 2007. – 372с.

REFERENCES

1. Doncova O.V. Celiakija i dermatologicheskie pojavlenija: patologicheskie processy kozhi – kljuch k diagnozu «gljutenchuvstvitel'naja jenteropatija» // Consilium medicum Ukraina. –2013. – Vol. 7, No 6. – P.3-5.

2. Katunina O.R. Immunomorfologicheskaja harakteristika kletok vospalitel'nogo infil'trata pri psoriaze // Vestnik dermatologii i venerologii. – 2005. – No2. – P.25-28.

3. Kilessa A.V. Kompleksnaja morfologicheskaja diagnostika gljutenovoj jenteropatii. Dis. ... k.m.n. – Simferopol', 2012. – 167 p.

4. Koljadenko K. V. Psoriaz. novi mozhlivosti vipravdati // Ukraïns'kij zhurnal dermatologii, venerologii ta kosmetologii. – 2007. – No 4. – P. 101.

5. Lapach S.N., Chubenko A.V., Babich P.N. Statisticheskie metody v mediko-biologicheskikh issledovanijah. – K, Morion. – 2000. – 319 p.

6. Parfenov A.I. Celiakija. Jevoljucija predstavlenij o rasprostranennosti, klinicheskikh pojavlenijah i znachimosti jetiotropnoj terapii. – M, Anaharsis, 200. – 372 p.

7. Sapozhnikov A.G., Doroshevich A.E. Gistologicheskaja i mikroskopicheskaja tehnika: Rukovodstvo. – Smolensk: SAU, 2000. – 476 p.

7. Сапожников А.Г. Гистологическая и микроскопическая техника: Руководство. / А.Г. Сапожников, А.Е. Дорошевич. – Смоленск: САУ, 2000. – 476 с.
8. Admou B. Atypical celiac disease: from recognizing to managing /B.Admou, L.Essaadouni, K.Krati [et al.] // *Gastroenterol. Res. Pract.*– 2012. –№63. – P.71-87.
9. Abenavoli L. Celiac disease and skin: psoriasis association/ L.Abenavoli, L.Leggio, G.Gasbarrini, [et al.] // *World J Gastroenterol.* –2007. – №13. – P.2138–2139.
10. Birkenfeld S. Coeliac disease associated with psoriasis / S.Birkenfeld, J.Dreier, D.Weitzaman [et al.] // *Br J Dermatol.* –2009.– № 161.– P.1331-1334.
11. Bos J.D. Immunocompetent cells in psoriasis. In situ immunophenotyping by monoclonal antibodies / J.D.Bos, H.J.Hulsebosch, S.R. Krieg [et al.] // *Arch. Dermatol. Res.* – 1983. – Vol.275. –P.181-189.
12. Celiac Disease: WGO-OMGE Practice Guideline // *World Gastroenterology Organisation* [Electronic resource]. – 2005 – Mode of access:<http://www.omge.org/globalguidelines/guide13/guideline13.htm>.
13. Celiac Disease Association with CD8+ T Cell Responses: Identification of a Novel Gliadin-Derived HLA-A2-Restricted Epitope / C. Gianfrani, R. Troncone, P. Mugione [et al.] // *The Journal of Immunology.* – 2003. – Vol. 170. – P. 2719-2726.
14. Corazza G.R. Coeliac disease / G.R.Corazza, V.Villanacci // *J Clin. Pathol.* – 2005.– №58.– P. 573-574.
15. Dabbs D.J. Diagnostic immunohistochemistry / Dabbs D.J. – London: Churchill Livingstone, 2006. – 828 p.
16. Damasiewicz-Bodzek A. Serological markers of celiac disease in psoriatic patients /A.Damasiewicz-Bodzek, T.Wielkosszynski // *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology.* – 2008.– №9(22).– P.1055-1061.
17. Čabrijan L. Growth CD4 and CD8 lymphocytes and macrophages in psoriasis / L. Čabrijan, J. Lipozenčić, T. Batinac [et al.] // *Acta Dermatovenerology.* – 2009. – Vol. 17, № 3. – C.162-165.
8. Admou B., Essaadouni L., Krati K. [et al.] Atypical celiac disease: from recognizing to managing // *Gastroenterol. Res. Pract.*– 2012. –№63. – P.71-87.
9. Abenavoli L. Leggio L., Gasbarrini G. [et al.] Celiac disease and skin: psoriasis association // *World J Gastroenterol.* –2007. – №13. – P.2138-2139.
10. Birkenfeld S., Dreier J., Weitzaman D. [et al.] Coeliac disease associated with psoriasis // *Br J Dermatol.* –2009.– № 161.– P.1331-1334.
11. Bos J.D., Hulsebosch H.J. Krieg S.R. [et al.] Immunocompetent cells in psoriasis. In situ immunophenotyping by monoclonal antibodies // *Arch. Dermatol. Res.* – 1983. – Vol.275. –P.181-189.
12. Celiac Disease: WGO-OMGE Practice Guideline // *World Gastroenterology Organisation* [Electronic resource]. – 2005 – Mode of access:<http://www.omge.org/globalguidelines/guide13/guideline13.htm>.
13. Gianfrani C., Troncone R., Mugione P. [et al.] Celiac Disease Association with CD8+ T Cell Responses: Identification of a Novel Gliadin-Derived HLA-A2-Restricted Epitope // *The Journal of Immunology.* – 2003. – Vol. 170. – P. 2719-2726.
14. Corazza G.R., Villanacci V. Coeliac disease // *J Clin. Pathol.* – 2005.– №58.– P. 573-574.
15. Dabbs D.J. Diagnostic immunohistochemistry – London: Churchill Livingstone, 2006. – 828 p.
16. Damasiewicz-Bodzek A., Wielkosszynski T. Serological markers of celiac disease in psoriatic patients // *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology.* – 2008.– №9(22).– P.1055-1061.
17. Čabrijan L., Lipozenčić J., Batinac T. Growth CD4 and CD8 lymphocytes and macrophages in psoriasis // *Acta Dermatovenerology.* – 2009. – Vol. 17, № 3. – C.162-165.
18. Ludvigsson J.F., Lindelöf B., Zingone F. [et al.] Psoriasis in a nationwide cohort study of patients with celiac disease // *J Invest Dermatol.* – 2011.– №131(10).– P.2010-2016.
19. Lionetti E. Catassi C. New clues in celiac disease epidemiology, pathogenesis,

18. Ludvigsson J.F. Psoriasis in a nationwide cohort study of patients with celiac disease / J.F.Ludvigsson, B.Lindelöf, F.Zingone [et al.] // *J Invest Dermatol.* – 2011.– №131(10).– P.2010-2016.

19. Lionetti E. New clues in celiac disease epidemiology, pathogenesis, clinical manifestations, and treatment / E.Lionetti, C.Catassi // *Int. Rev. Immunol.* –2011. – № 30(4). – P.219-321.

20. Marsh M.N. Morphology of the mucosal lesion in gluten sensitivity / M.N. Marsh, P.T. Crowe // *Baillieres Clin. Gastroenterol.* – 1995. – Vol. 9, № 2. – P. 273-93.

21. Rose C. Autoantibodies against epidermal transglutaminase are a sensitive diagnostic marker in patients with dermatitis herpetiformis on a normal or gluten-free diet/ C.Rose, F.P. Armbruster, J.Ruppert [et al.] // *J. Am. Acad. Dermatol.* –2009. – №61. – P. 39-43.

22. Sapone A. Spectrum of gluten-related disorders: consensus on new nomenclature and classification / A.Sapone, J.C.Bai, C.Ciacci [et al.] // *BMC Med.* – 2012.– №7. – P. 10 - 13.

clinical manifestations, and treatment // *Int. Rev. Immunol.* –2011. – № 30(4). – P.219-321.

20. Marsh M.N., Crowe P.T. Morphology of the mucosal lesion in gluten sensitivity // *Baillieres Clin. Gastroenterol.* – 1995. – Vol. 9, № 2. – P. 273-93.

21. Rose C., Armbruster F.P., Ruppert J. [et al.] Autoantibodies against epidermal transglutaminase are a sensitive diagnostic marker in patients with dermatitis herpetiformis on a normal or gluten-free diet // *J. Am. Acad. Dermatol.* – 2009. – №61. – P. 39-43.

22. Sapone A. Spectrum of gluten-related disorders: consensus on new nomenclature and classification / A.Sapone, J.C.Bai, C.Ciacci [et al.] // *BMC Med.* – 2012.– №7. – P. 10 - 13.

**ОСОБЛИВОСТІ
ЕКСПРЕСІЇ CD8
Т-ЛІМФОЦИТІВ В ШКІРІ
І СЛИЗОВІЙ ОБОЛОНЦІ
12-ПАЛОЇ КИШКИ
У ХВОРИХ НА ПСОРИАЗ,
ЯКИЙ АСОЦІЙОВАНИЙ
З ГЛЮТЕНОВОЮ
ЕНТЕРОПАТІЄЮ**

**Яссер Халед Абдель
Карім Масадех,
Притуло О.О.,
Філоненко Т.Г.**

*ДУ «Кримський державний медичний
університет ім. С.І. Георгієвського»*

Резюме. *Обстежено 36 хворих на псоріаз з індексом PASI від 3 до 27 балів, у яких була позитивна реакція при визначенні титру антитіл до ендомізію (ЕМА) клас IGA. При ендоскопічному і гістологічному аналізі*

**PECULIARITIES OF
EXPRESSION OF CD8
T-CELL IN A SKIN
AND DUODENUM
AT PATIENTS
BY PSORIASIS
ASSOCIATED
WITH GLUTEN
ENTEROPATHY**

**Yasser Khaled Abdel
Karim Masadeh,
Pritulo O.A.,
Filonenko T.G.**

*SI «Crimea State Medical University
named after S.I. Georgievsky»*

Abstract. *36 is inspected patients by psoriasis with the index of PASI from 3 to 27 marks which had a positive reaction at determination of title of antibodies to endomisium (EMA) class of IGA. At the endoscopic and histological analysis*

слизової оболонки 12-палої кишки виділено 3 групи хворих на псоріаз і целиацію залежно від стадії целиації: 1 група (n = 17) - інфільтративна стадія, 2 група (n = 12) - гіперпластична. 3 група (n = 7) – атрофічна стадія. Збільшення кількості CD8+ T-лімфоцитів у запальному інфільтраті слизової оболонки 12-палої кишки і шкірі залежно від стадії є важливим моментом розуміння патогенезу аутоімунного процесу при псоріазі, який асоційований з глютенною ентеропатією. Наявність міжепідермальних CD8+ T-лімфоцитів є гістологічною особливістю псоріатичного ураження шкіри хворих з глютенною ентеропатією.

Ключові слова: псоріаз, целиація, лімфоцити, імуногістохімія

Об авторах:

Яссер Халед Абдель Карим Масадех – аспірант кафедри кожних и венерических болезней, ГУ «Крымский медицинский университет им. С.И. Георгиевского»; e-mail: dr.yasermasadeh@yahoo.com

Притуло Ольга Александровна – доктор мед. наук, профессор, зав.кафедрой кожних и венерических болезней, ГУ «Крымский медицинский университет им. С.И. Георгиевского»; e-mail: pritulo@csmu.strace.net

Филоненко Татьяна Григорьевна – канд. мед. наук, доцент кафедры патологической анатомии с секционным курсом, ГУ «Крымский медицинский университет им. С.И. Георгиевского»; e-mail: tanya_fil@mail.ru

of duodenum mucous membrane are selected 3 groups of patients by psoriasis and celiac disease depending of stage of celiac disease; 1 group (n = 17) is the infiltrative stage, 2 group (n = 12) - hyperplastic. 3 group (n = 7) is the atrophy stage. Increase of amount of CD8+ T-cell in inflammatory infiltration of duodenum mucous membrane and a skin is an important moment in understanding of pathogeny of autoimmune process at psoriasis associated with gluten enteropathy. A presence of interepidermal CD8+ T-cell is the histological feature of psoriasis defeat of skin at patients with gluten enteropathy.

Keywords: psoriasis, celiac disease, lymphocytes, immunohistochemistry