

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГІЯ

УДК 161.5-003.829.5-071.2-036.8

ДЕРМОСКОПИЧЕСКИЕ И ГИСТОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СОПОСТАВЛЕНИЯ ИЗМЕНЕНИЙ СОСУДОВ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ДЕРМАТОЗАХ

Гончарова Я.А., Суид К., Москалёва Т.В.

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького
Клиника эстетической медицины «Леге Артис», г. Донецк*

Резюме. В статье проведено сопоставление дермоскопических признаков сосудистого компонента при некоторых хронических воспалительных дерматозах (псориаз, экзема, красная волчанка, себорейный дерматит, красный плоский лишай) с их гистопатологической картиной с целью уточнения дермоскопической картины сосудистого компонента. Проанализированы типичные дермоскопические признаки сосудистого компонента и сопоставлены с диаметром и глубиной залегания капилляров дермы при указанных дерматозах. Установлено, что дермоскопический сосудистый рисунок являлся специфичным для псориаза (равномерно распределенные множественные красные точки и глобулы), красной волчанки (постоянный сосудистый компонент в виде капиллярной сетки различной степени ретикуляции), красного плоского лишая (запятые и клубочки, окружающие белые линии), и был менее специфичным при экземе и себорейном дерматите.

Ключевые слова: хронические воспалительные дерматозы, дермоскопия

Эритемато-папуло-сквамозные дерматозы характеризуются хроническим рецидивирующим течением и имеют сложный патогенез развития и сходную клиническую картину. Общие черты патогенеза, а именно закономерности развития воспаления, как общего патологического процесса, дали основание объединить их в группу «воспалительных дерматозов» [1]. К таким дерматозам относят папулосквамозные дерматозы (псориаз, красный плоский лишай, себорейный дерматит), заболевания соединительной ткани с кожными проявлениями (красная волчанка), алергодерматозы (экзема, атопический дерматит). Данные заболевания отличаются высокой частотой встречаемости. Так, например, экзема по данным разных авторов встречается у 10-25% населения мировой популяции, кожные формы красной волчанки составляют 0,25–1%, псориаз – 2-3%, себорейный дерматит – 2%. [2].

Проблемы дифференциального диагноза хронических воспалительных дерматозов (ХВД) обусловлены общностью морфологических элементов сыпи – эритемато-сквамозные пятна и папулы. Гистологическое исследование значительно облегчает дифференциальную диагностику, однако не во всех случаях диагностическая биопсия кожи возможна технически. Препятствием для проведения биопсии может быть возраст больного, наличие аллергии на анестетики, локализация высыпаний на эстетически значимых участках и т.д.

В последние годы активно предпринимаются попытки улучшить дифференциальную диагностику ХВД с помощью различных неинвазивных методов, в частности – дермоскопии. Данный инструментальный метод дополнительной диагностики хорошо себя зарекомендовал в дифференциальной диагностике новообразований меланоцитарного и немеланоцитарного генеза, а также в наблюдении за меланоцитарными невусами.

Дермоскопическая диагностика ХВД основывается на анализе фолликулярно-рогового, меланинового и сосудистого компонентов [3]. Как было показано, наиболее значимым в дермоскопическом дифференциальном диагнозе ХВД является сосудистый компонент [4].

В данной работе проведено сопоставление дермоскопических признаков сосудистого компонента при различных ХВД с их гистопатологической картиной с целью уточнения дермоскопической картины сосудистого компонента.

Материал и методы

Материалом для исследования были 172 пациента (84 женщины и 88 мужчин) в возрасте от 14 до 75 лет, страдающие псориазом, экземой, красной волчанкой (КВ), себорейным дерматитом (СД), красным плоским лишаем (КПЛ). Средний возраст пациентов составил $41,10 \pm 20,31$ год. Из 172 больных у 36 (20,9%) наблюдался псориаз, у 30 (17,4%) – экзема, у 48 (27,9%) – КВ, 24 (13,9%) – СД, 34 (19,9%) – КПЛ.

Клиническое исследование больных включало изучение жалоб, анамнестических данных и данных объективного осмотра кожи (распределение высыпаний на коже, морфологический тип элементов, особенности их локализации), а также течение кожного процесса (стадия заболевания, сезонность проявлений, наличие спонтанных ремиссий).

Всем 172 больным была проведена дермоскопия с целью определения основных дермоскопических признаков.

Эпилюминисцентную поверхностную микроскопию (дермоскопию) пораженной кожи у больных проводили с помощью дермоскопа Heine Delta 20 (K-256.27.376, Heine Optotechnik, Германия). Кожу предварительно обрабатывали иммерсионным маслом или иной вязкой жидкостью (ультразвуковой гель, оливковое масло, вода, глицерин). Фотографии во время дермоскопии выполняли с помощью цифрового фотоаппарата Canon 450D EOS, который соединялся с дерматоскопом переходным кольцом и фотоадаптером HEINE DELTA 20/Canon 450D EOS (K-00.34.185, Heine Optotechnik, Германия). Контактная плата после обследования каждого пациента отсоединялась от дермоскопа и дезинфицировалась по стандартной методике.

Забор материала для гистологического исследования осуществлялся хирургическим путем под местной анестезией 2% раствором лидокаина с предварительно полученным согласием пациента на проведение процедуры.

В процессе гистологического исследования были изучены 74 биоптата кожи, взятых у 58 больных (36 женщин, 22 мужчины в возрасте от 18 до 70 лет) с различными ХД (23 больных КВ, 17 – псориазом, 11 – КПЛ, 15 – экземой, 8 – СД). Клинические диагнозы во всех случаях были подтверждены гистологически.

Все гистологические препараты анализировались при стандартном окрашивании гематоксилин-эозином. При анализе 25 биоптатов из 58 отобранных случайным образом использовались иммуногистохимическими методики. Материал был взят у 15 больных со следующими гистологическими диагнозами: КВ (5 больных), псориаз (8 больных), КПЛ (5 больных) экзема (5 больных), СД (2 больных). Использовались маркеры наиболее подходящие для визуализации капилляров: CD34 (QVend10, Mu10) и альфа-гладкомышечный актин (α ГА) (DEKA), позволяющие оценить состояние сосудов микроциркуляторного русла (МКЦР).

Был проведен качественный и количественный анализ сосудов МКЦР при иммуногистохимической окраске. Количественный анализ проводился с вычислением среднего диаметра капилляров. Полученные данные сравнивали с нормой [5].

Визуализация изображений осуществлялась с помощью компьютерной микроскопической видеосистемы “Quantimet 550IW” фирмы “Leica” (Англия) с встроенным пакетом статистических морфометрических программ “Q_win”, для цифрового анализа патоморфологического материала с камерой высокого разрешения,

позволяющей проводить количественный анализ изображения по реальным цветам.

Контролем служила кожа практически здоровых людей.

Просмотр и цифровые фотографии микропрепаратов осуществляли с помощью микроскопа «Olympus CX-41». Статистическая обработка результатов исследования проводилась на персональном компьютере с помощью пакета статистических программ Microsoft Excel 2007.

Результаты и их обсуждение

Значения среднего диаметра поверхностных и глубоких капилляров дермы в зависимости от дерматоза представлены в таблице 1.

Из таблицы видно, что диаметр поверхностных капилляров был больше по сравнению с нормой при всех изученных ХВД.

Анализ по каждой из нозологий показал существование статистически достоверных различий между средним диаметром поверхностно и глубоко расположенных капилляров у больных псориазом ($19,44 \pm 4,58$ и $13,42 \pm 2,25$, $p < 0,01$).

Сравнение среднего диаметра поверхностных и глубоких капилляров при других нозологиях не выявил статистически различий ($p > 0,01$).

Примечательным было то, что при СД средний диаметр капилляров сосочкового слоя дермы и глубже расположенных капилляров практически не отличался ($p > 0,01$), хотя и был выше нормы ($p < 0,01$).

Полученные данные были основанием для сопоставления гистопатологической и дермоскопической картины сосудистого компонента.



Таблица 1. Значения среднего диаметра поверхностных и глубоких капилляров дермы в зависимости от дерматоза

Дерматозы	Средний диаметр капилляров, мкм			
	поверхностные	норма	глубокие	норма
Псориаз	$19,44 \pm 4,58$	$9,32 \pm 1,39$	$13,42 \pm 2,25$	$9,42 \pm 1,87$
Экзема	$19,11 \pm 4,38$	$9,32 \pm 1,39$	$17,31 \pm 3,36$	$9,42 \pm 1,87$
КПЛ	$16,53 \pm 1,28$	$9,32 \pm 1,39$	$12,43 \pm 3,95$	$9,42 \pm 1,87$
СД	$17,89 \pm 2,98$	$9,32 \pm 1,39$	$16,31 \pm 3,01$	$9,42 \pm 1,87$
КВ	$15,65 \pm 3,42$	$9,32 \pm 1,39$	$12,01 \pm 1,54$	$9,42 \pm 1,87$

Сопоставление дермоскопических признаков сосудистого компонента (точки, глобулы, линии, клубочки и запятые) с глубиной расположения капилляров (по данным анализа гистологических

препаратов, окрашенных с использованием иммуногистохимических методик) и значением среднего диаметра сосудов представлено в таблице 2.

Таблица 2. Гистопатологическое и дермоскопическое соотношение конфигурации, глубины залегания и среднего диаметра сосудов дермы

Дермоскопическая структура		Гистопатологические параметры	
		Уровень расположения сосудов в сосочковом слое дермы	Средний диаметр капилляров, мкм
Линии		Поверхностный	18,23±1,54
Клубочки		Поверхностный	17,74±3,01
Запятыя		Поверхностный	17,19±5,41
Глобулы		Поверхностный	15,78±2,11
Точки		Глубокий	12,80±3,53

Из приведенной таблицы видно, что такие дермоскопические признаки как линии, клубочки, запятыя и глобулы характеризовали поверхностно расположенные сосуды, тогда как глубоко расположенные сосуды имели вид точек. Различия в среднем диаметре капилляров, дермоскопически соответствующих точкам по сравнению с поверхностно расположенными капиллярами, соответствующими дермоскопически линиям, клубочками и запятым, были статистически достоверными ($p < 0,01$).

Различия между значениями среднего диаметра капилляров, дермоскопически соответствовавших точкам и глобулам, были статистически недостоверными ($p > 0,01$).

Проведенные гистологические и дермоскопические сопоставления позволили нам схематически представить дермоскопическую картину сосудистого компонента при каждом из изученных дерматозов.

Так сосудистый компонент при типичных высыпаниях псориаза имел вид точек и глобул, расположенных равномерно, которые становились менее заметными при удалении от центра к периферии

очага (рис. 1). Гистопатологически такая картина соответствовала расширению капилляров сосочковой части дермы, расположенных сразу под эпидермисом (глобулы дермоскопически) в центре очага и расширенным капиллярам сетчатой дермы, расположенным преимущественно по краю очага (точки). Примечательным было то, что по мере перехода от прогрессирующей стадии псориаза к стационарной и регрессирующей, количество глобул уменьшалось, и в большей степени наблюдались точки.

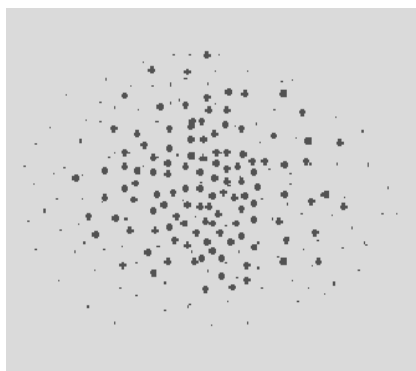


Рис. 1. Схема дермоскопии очага поражения при псориазе

При СД чешуйки (шелушение) в отличие от псориатических очагов, были прозрачны, т.е. пропускали преломляющийся свет, поэтому сосудистый компонент достаточно хорошо просматривался. Особенностью капиллярного компонента было сосредоточение неравномерно расположенных красных линий и клубочков вокруг волосяных фолликулов (рис. 2). Гистологически наблюдались множественные расширенные капилляры различных конфигураций, расположенные непосредственно под эпидермисом и сосредоточенные вокруг сально-волосяных фолликулов.

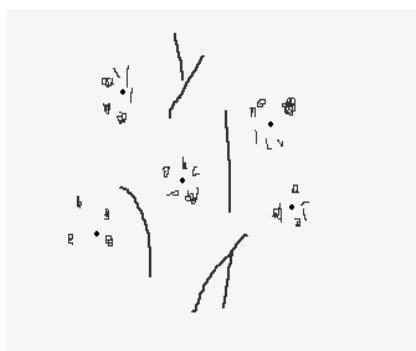


Рис. 2. Схема дермоскопии очага поражения при СД

При экземе на общем розовом фоне отмечались единичные красные точки и красные линии (рис. 3). Гистопатологически в острой стадии экземы большинство капилляров были расположены ниже дермальных сосочков и соответствовали точкам дермоскопически.

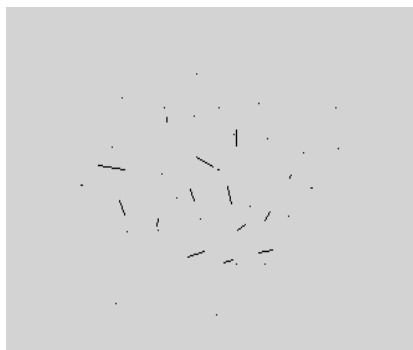


Рис. 3. Схема дермоскопии очага поражения при экземе

Постоянным дермоскопическим признаком КВ была фрагментированная капиллярная сетка (ретикулярный аспект), которая визуализировалась отдельными фокусами и чередовалась с зонами депигментации с нечеткими границами (рис. 4). Гистопатологические изменения и морфология капилляров и их расположение зависели преимущественно от формы КВ (дискоидная, эритемато-телеангиэктатическая, алопеция). Поверхностные капилляры были равномерно расширены, фрагментацию линий и сетки капилляров можно было объяснить выраженным отеком дермы, который местами способствовал сужению просветов капилляров внешним отеком и компенсаторно еще большему расширению капилляров в местах с менее выраженным отеком.



Рис. 4. Схема дермоскопии очага поражения при КВ

Сосудистый компонент при КПЛ носил специфичный характер и был представлен запятыми и клубочками (расширенные капилляры верхней части дермы на гистологии), окружающими белые линии (дерматоскопический эквивалент сетки Уикхема) (рис. 5). Гистопатологически отмечались атрофия эпидермиса, хаотичная пролиферация щелевидных капилляров с утолщенным эндотелием в верхней части дермы.

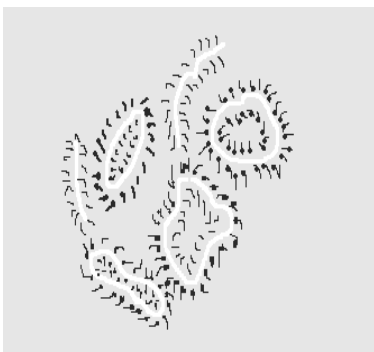


Рис. 5. Схема дермоскопии очага поражения при КПЛ

Выводы

Таким образом, дерматоскопические признаки в виде линий, клубочков, запятых и глобул гистопатологически соответствовали поверхностно расположенным капиллярам сосочков дермы, в то время как точки характеризовали более глубоко залегающие капилляры. Дерматоскопический сосудистый рисунок являлся специфичным для псориаза (равномерно распределенные множественные красные точки и глобулы), КВ (постоянный сосудистый компонент в виде капиллярной сетки различной степени ретикуляции), КПЛ (запятые и клубочки, окружающие белые линии), и был менее специфичным при экземе и СД.

ЛИТЕРАТУРА

1. College des enseignants en dermatologie de France / В. Dreno // Ann. Dermatol. Venereol. – 2008. – Vol. 135, № 11. – P. 71–127.
2. Мавров И. И. Основы диагностики и лечения в дерматологии и венерологии : [пособие для врачей, интернов и студентов] / И. И. Мавров, Л. А. Болотная, И. М. Сербина. – Харьков : Факт, 2007. – 792 с.
3. Souid K. Diagnostic différentiel des dermatoses inflammatoires: place de la dermatoscopie / К. Souid // Ann. Dermatol. Venereol. – 2011. – Vol 138. – № 6 – P. 141–142.
4. Суид К. Капиллярный рисунок как основной признак дерматоскопической диагностики воспалительных дерматозов / К. Суид // Університетська клініка. – 2011. – № 2. – С. 185–187.

5. Цогцэцэг А. Эффективность лечения хронических дерматозов на курорте Аварга-Тосон / А. Цогцэцэг, Н. П. Кузнецова // Сибирский журн. дерматологии и венерологии. – 2008. – № 9. – С. 23–26.

ДЕРМОСКОПІЧНІ ТА ГІСТОПАТОЛОГІЧНІ ЗІСТАВЛЕННЯ ЗМІН СУДИН МІКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА ПРИ ХРОНІЧНИХ ЗАПАЛЬНИХ ДЕРМАТОЗАХ

Гончарова Я.А., Суїд К., Москальова Т.В.

Резюме. У статті проведено зіставлення дермоскопічних ознак судинного компонента при деяких хронічних запальних дерматозах (псоріаз, екзема, червоний вовчак, себорейний дерматит, червоний плоский лишай) з їх гістопатологічною картиною з метою уточнення дермоскопічної картини судинного компонента. Проаналізовані типові дермоскопічні ознаки судинного компонента і зіставлені з діаметром і глибиною залягання капілярів дерми при зазначених дерматозах. Встановлено, що дермоскопічний судинний малюнок був специфічним для псоріазу (рівномірно розподілені багаточисленні червоні крапки та глобули), червоного вовчака (постійний судинний компонент у вигляді капілярної сітки різного ступеня ретикуляції), червоного плоского лишая (коми і клубочки, навколишні білі смужки), і був менш специфічним при екземі і себорейному дерматиті.

Ключові слова: хронічні запальні дерматози, дермоскопія

DERMOSCOPIIC AND HISTOPATHOLOGICAL COMPARISON OF MICROVASCULAR CHANGES IN CHRONIC INFLAMMATORY DERMATOSES

Goncharova Ya.A., Souid K., Moskaleva T.V.

Summary. The dermoscopic signs of vascular component in certain chronic inflammatory dermatoses (psoriasis, eczema, lupus erythematosus, seborrheic dermatitis, and lichen planus) and their histopathologic picture are compared. We analyzed typical dermoscopic signs of vascular component and confronted with the diameter and depth of the capillaries in the dermis. Dermoscopic vascular pattern was specific for psoriasis (regular distribution of multiple red dots and globules), lupus erythematosus (permanent vascular component in the form of a capillary network of varying degree of reticulation), lichen planus (commas and tangles surrounding the white lines), and was less specific for eczema and seborrheic dermatitis.

Key words: chronic inflammatory dermatosis, dermoscopy

Отримано до редакції 10.04.2013 р.

УДК 615.838.03:616.5

ВЛИЯНИЕ УЗКОПОЛОСНОЙ ФОТОТЕРАПИИ НА СОСТОЯНИЕ КОЖИ БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ И ПСОРИАЗОМ

Проценко О.А., Черновол А.С., Костюкова А.Г.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

***Резюме.** Представлен опыт применения и обсуждается эффективность применения узкополосной фототерапии в комплексном лечении больных atopическим дерматитом и псориазом.*

***Ключевые слова:** atopический дерматит, псориаз, узкополосная фототерапия, состояние кожи*

Узкополосная фототерапия с длиной волны 311 нм в настоящее время является одним из основных физиотерапевтических воздействий, входящих в стандарты лечения больных atopическим дерматитом, псориазом, витилиго и др. [4]. UVB-311 нм в последние годы активно используют в Украине, однако многие аспекты терапевтического действия этих лучей остаются недостаточно изученными [5].

В связи с этим, целью нашей работы было изучить влияние узкополосной фототерапии (UVB 311нм) на состояние кожи больных atopическим дерматитом и псориазом в процессе комплексной терапии.

Материал и методы

Под наблюдением находилось 60 больных, в т.ч. 30 больных с бляшечным псориазом (13 женщин и 17 мужчин) и 30 больных atopическим дерматитом (19 женщин и 11 мужчин). При анализе возрастного распределения в наших наблюдениях бляшечный псориаз у детей до 18 лет был у 3 больных, в возрасте с 18 до 30 лет – 17 больных, старше 30 лет – 10 больных. Среди больных atopическим дерматитом в возрасте до 3-х лет – 10 больных, с 3-х до 16 лет – 10 больных, с 16 до 55 лет – 10 больных.

Узкополосную фототерапию проводили с использованием аппарата «GH-8ST» (Германия), в режиме 3-4 процедуры в неделю, на курс 18-24 процедур. Мощность воздействия: стартовая доза – 0.231 Дж/см², каждая последующая процедура сопровождалась увеличением дозы на 0,2-0,4 до суммарной дозы – 1.367 Дж/см². Комплексная терапия проводилась в зависимости от вида дерматоза и стадии активности процесса в соответствии с приказом МЗ Украины. Все пациенты в процессе лечения пользовались увлажняющими