

Канина А.Д., Смирнова И.О., Петунова Я.Г.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПЕРВИЧНЫХ РУБЦОВЫХ АЛОПЕЦИЙ

Санкт-Петербургский государственный университет, 199034, г. Санкт-Петербург, Россия

Первичные рубцовые алопеции являются гетерогенной группой заболеваний. Их основными клиническими чертами является облитерация устьев волосяных фолликулов в результате воспаления и формирование стойкого облысения в результате воспаления. Как следствие возникает разрушение эпителия волосяных фолликулов и связанных с ними адвентициальных структур, при этом межфолликулярный сетчатый слой дермы вовлекается минимально.

По составу воспалительного инфильтрата первичные рубцовые алопеции классифицируют на неопределенные, нейтрофильные, смешанные и лимфоцитарные, которые встречаются чаще всего. К ним относятся дискоидная красная волчанка (ДКВ), красный плоский лишай (КПЛ) с его вариантами – фронтальной фиброзирующей алопецией (ФФА) и синдромом Гэхема–Литтла, псевдопеллада Брока, центральная центробежная рубцовая алопеция, фолликулярный муциноз и фолликулярный декальвирующий кератоз. Декальвирующий фолликулит (ДФ) входит в группу нейтрофильных рубцовых алопеций. Дифференциальная диагностика данных заболеваний затруднена, вследствие чего целесообразно использовать гистологическую верификацию диагноза.

Цель исследования – разработка диагностических критериев наиболее часто встречающихся вариантов первичной рубцовой алопеции на основании изучения морфологических признаков.

Задача исследования – проведение сравнительной оценки морфологических характеристик при наиболее часто встречающихся первичных рубцовых алопециях.

Материал и методы. Морфологическое исследование было проведено 8 больным КПЛ, 4 больным ДКВ, 1 больному ДФ. Признаки были разбиты на группы изменений в эпидермисе, дерме и придатках кожи. Изменения в эпидермисе включали в себя гиперкератоз, ортокератоз, гранулез очагового характера, утолщение базальной мембраны, нечеткое дермо-эпидермальное соединение, атрофию шиповатого слоя эпидермиса равномерного характера и с заостренными эпидермальными отростками по типу зубчатой пилы, вакуолизацию клеток базального слоя – очаговую и с формированием субэпидермальных щелей. Изменения в дерме: полосовидный инфильтрат, лишающий отчетливости дермо-эпидермальное соединение, периваскулярный инфильтрат: очаговый, полосовидный; состав клеточного инфильтрата: лейкоцитарный, эозинофильные и нейтрофильные гранулоциты, плазматические клетки, лимфогистиоцитарный; наличие субэпидермальных щелей, муцин в ретикулярной дерме. Симптомы, связанные с волосяными фолликулами описывали роговые пробки в устьях волосяных фолликулов: перифолликулярный инфильтрат (лимфоцитарный, плазматические клетки, нейтрофилы, гистиоциты, гранулоциты); трихомалацию, расширенные сосуды сосочков волоса; явления

фолликулита: гипергранулез инфундибулярного эпидермиса, вакуолизацию клеток базального слоя фолликулов, перифолликулярный фиброз, фиброзные тяжи.

Результаты. В ходе исследования было выявлено, что гиперкератоз характерен для всех заболеваний: КПЛ (75%), ДКВ (50%), ДФ (100%). Ортокератоз был выявлен у 37,5% больных КПЛ, у 25% больных ДКВ, у 100% больных ДФ. Гранулез очагового характера и утолщение базальной мембраны определялись только при КПЛ (12,5%). Атрофия шиповатого слоя эпидермиса равномерного характера была выявлена у 25% больных ДКВ и у 100% больных ДФ, атрофия с заостренными эпидермальными отростками по типу зубчатой пилы определялась у 37,5% больных КПЛ и у 25% больных ДКВ. Очаговая вакуолизация клеток базального слоя у 100% больных ДФ, у 25% больных КПЛ и ДКВ. Вакуолизация с формированием субэпидермальных щелей была определена только при ДКВ (50%). Дермальные характеристики гистологического материала включали в себя полосовидный инфильтрат, лишающий отчетливости дермо-эпидермальное соединение, – у 25% больных КПЛ и ДКВ. Очаговый периваскулярный инфильтрат определялся у 50% больных КПЛ и у 25% больных ДКВ. Полосовидный периваскулярный инфильтрат был характерен для 100% больных ДФ. Лейкоцитарный состав клеточного инфильтрата был обнаружен у 75% больных ДКВ. Лимфогистиоцитарный клеточный инфильтрат был выявлен у 75% больных КПЛ, у 50% больных ДКВ, у 100% больных ДФ. Субэпидермальные щели были характерны для 25% больных КПЛ и ДКВ.

Из изменений волосяных фолликулов были выявлены роговые пробки в устьях ВФ у 37,5% больных КПЛ. Лимфоцитарный перифолликулярный инфильтрат был определен у 37,5% больных КПЛ, у 25% больных ДКВ, у 100% больных ДФ. Гистиоциты были видны только в 12,5% образцах биопсий, взятых у больных КПЛ. Трихомалация выявлена у 100% больных ДФ.

Из явлений фолликулита при КПЛ и ДКВ были обнаружены вакуолизация клеток базального слоя фолликулов (у 12,5 и 50% соответственно). Перифолликулярный фиброз выявлен у 12,5% больных КПЛ. Фиброзные тяжи были характерны для 37,5% больных КПЛ и 100% больных ДФ; у 75% больных КПЛ и у 50% больных ДКВ зафиксированы гиперкератоз в прилегающем эпителии и лимфогистиоцитарный периваскулярный инфильтрат. Характерными только для ДКВ признаками являлись вакуолизация клеток базального слоя с формированием субэпидермальных щелей и лейкоцитарный периваскулярный инфильтрат.

Таким образом, в ходе анализа данных было установлено, что при КПЛ чаще, чем при ДКВ, встречаются ортокератоз в прилегающем эпителии (75%), атрофия шиповатого слоя с заостренными эпидермальными отростками по типу зубчатой пилы (37,5%) и очаговый

перваскулярный инфильтрат (50%), лимфогистиоцитарный состав клеточного инфильтрата (75%), фиброзные тяжи (37,5%). Характерными только для КПЛ являются роговые пробки в устьях волосяных фолликулов и перифолликулярный фиброз. В 100% при декальвирующем фолликулите выявляются следующие признаки: среди эпидермальных симптомов – гиперкератоз, ортокератоз, атрофия шиповатого слоя равномерного характера, очаговая вакуолизация клеток базального слоя; среди изменений в дерме – периваскулярный полосовидный инфильтрат, лимфогистиоцитарный состав клеточного инфильтрата; изменения, связанные с волосяными фолликулами, – лимфоцитарный пери-

васкулярный инфильтрат, трихомалиция; из явлений фолликулита отмечаются только фиброзные тяжи. Характерными только для ДФ признаками по результатам исследования являются трихомалиция, атрофия шиповатого слоя эпидермиса равномерного характера. Статистически достоверные различия наблюдаются по признаку лейкоцитарного инфильтрата у КПЛ и ДКВ ($p < 0,05$). При сравнении частот проявления других особенностей статистически значимые результаты не выявлены. Для получения более точных выводов, подкрепленных результатами статистического анализа, требуется большая выборка.

Колова И.С., Смирнова И.О., Теличко И.Н., Ильина В.

СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИОЛОГИИ ГЕНИТАЛЬНОГО ГЕРПЕСА

Санкт-Петербургский государственный университет, 199034, г. Санкт-Петербург, Россия;
СПБ ГБУЗ «Кожно-венерологический диспансер № 4», 197349, г. Санкт-Петербург, Россия

Заболеваемость генитальным герпесом (ГГ) остается на довольно высоком уровне. Известно, что ГГ в первую очередь ассоциирован с вирусом простого герпеса 2-го типа (ВПГ-2). Однако исследования последних лет указывают на то, что число случаев ГГ, вызванного вирусом простого герпеса 1-го типа (ВПГ-1), имеет тенденцию к росту во многих странах. Особенно эта тенденция характерна для пациентов молодого возраста, в первую очередь женщин. В нашей стране подобные исследования единичны.

Факторы риска ГГ известны, однако значимость каждого из них существенно варьирует в зависимости от страны, изучаемой популяции и типа вируса. Особенности факторов риска ГГ, ассоциированного с ВПГ-1, в нашей стране также не изучались.

Цель исследования – оценить частоту ГГ, вызванного ВПГ-1, а также проанализировать особенности его факторов риска.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 40 больных ГГ (средний возраст 38 ± 2 года). 24 пациента обследованы методом ПЦР на ВПГ-1 и ВПГ-2 отдельно. Вирус выделен у 14 (58,3%) больных.

Для анализа факторов риска ГГ в зависимости от типа вируса было проведено анонимное анкетирование пациентов. Оценивали социально-демографические (возраст, пол, семейное положение) и поведенческие (наличие/отсутствие постоянного полового партнера, случайные половые связи, статус по герпесу партнера, восприятие ГГ как заболевания) показатели.

Результаты. Удельный вес ГГ, вызванного ВПГ-1 типа, составил 21,4% (3 пациента из 14, основная группа наблюдения). При этом он был выше среди женщин – 40%, по сравнению с 11% у мужчин. У 2 больных этой группы ГГ возник впервые в жизни (66,7%), у 1 (33,3%) – рецидивирует на протяжении нескольких лет с частотой 2 раза в год. ВПГ-2 выделен у 11 (78,6%) пациентов (группа сравнения). У 36,4% пациентов данной группы отмечался первичный эпизод. Остальные указывали на рецидивирующий характер течения заболевания,

у 18,2% больных ГГ рецидивировал менее 2 раз в год, у 45,4% 3–6 раз в год.

В ходе сравнительного анализа социально-демографических показателей среди пациентов основной группы преобладали женщины – 2 (66,7%), в то время как в группе сравнения – мужчины – 8 (72,7%). Существенных различий возрастного состава пациентов между группами не выявлено (средний возраст пациентов основной группы 29 ± 2 года, в группе сравнения 39 ± 3 года).

В ходе анализа особенностей факторов риска ГГ было установлено, что пациенты основной группы реже состояли в браке (33,3% по сравнению с 63,6% в контроле), чаще имели случайные половые связи (66,7% по сравнению с 27,3% в контроле), реже имели постоянного полового партнера более 2,5 года (33,3% по сравнению с 63,6% группы сравнения).

Группы не различались по фактору наличия в анамнезе других инфекций, передающихся половым путем (ИППП), – не было указано ни в одном случае. Статус партнера по герпесу неизвестен 100% пациентов основной группы по сравнению с 45,5% из группы сравнения.

Пациенты основной группы реже (36,3% по сравнению с 63,7% группы сравнения) придают значение наличию данного заболевания, реже ощущают дискомфорт при рецидивах и желают добиться их предотвращения (33,3% по сравнению с 45% в контроле).

Таким образом, в настоящее время отмечается тенденция к формированию когорты пациентов (21,4%), у которых ГГ ассоциирован с ВПГ-1, среди них доминируют женщины (40% по сравнению с 11% у мужчин). В ходе анализа факторов риска ГГ в зависимости от типа вируса установлено, что пациенты, у которых ГГ вызван ВПГ-1, реже находятся в браке, чаще имеют случайные половые связи, реже находятся в долговременных отношениях (более 2,5 года) с постоянным половым партнером. Однако для получения достоверных данных о распространенности ГГ, ассоциированного с ВПГ-1 и ВПГ-2, а также о значимости факторов риска в зависимости от типа вируса необходимо большее количество наблюдений. Продолжается обследование пациентов.