

ПРИМЕНЕНИЕ НЕПРЯМОЙ РЕАКЦИИ ИММУНОФЛЮОРЕСЦЕНЦИИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ АУТОИММУННЫХ БУЛЛЕЗНЫХ ДЕРМАТОЗОВ

Колос Ю.В., Лукьянов А.М., Левченя М.В., Сикорская Т.А.

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»
РНПЦ «Микробиологии и эпидемиологии»,
г. Минск, Беларусь*

Актуальность проблемы. Одной из важных проблем современной дерматологии остаются вопросы дифференциальной диагностики аутоиммунных буллезных заболеваний кожи, а именно, акантолитической пузырчатки, буллезного и рубцующего пемфигоида, герпетиформного дерматоза Дюринга.

Эти заболевания представляют собой ургентную дерматологическую патологию с аутоиммунным генезом и сопровождаются выработкой аутоантител различных классов к определенным структурам кожи [1].

Без соответствующего иммуносупрессивного лечения дерматозы группы акантолитической пузырчатки имеют неуклонно прогрессирующее течение и заканчиваются летально вследствие генерализации процесса, массивной потери жидкости и белка, электролитных нарушений, присоединения вторичной инфекции [1, 2].

Группа пемфигоидов и герпетиформных дерматозов имеет более доброкачественное течение, однако значительно ухудшает качество жизни пациентов, часто приводит к их длительной нетрудоспособности и даже инвалидизации [2].

Тяжесть рассматриваемой патологии, возможные серьезные осложнения используемой иммуносупрессивной терапии (глюкокортикостероидов, цитостатиков, сульфоновых препаратов) требуют тщательного подхода к выбору адекватного терапевтического сопровождения пациентов. Схемы лечения, в том числе дозировки препаратов, значительно отличаются в

зависимости от конкретной нозологической формы [1, 2], в связи с чем необходима точная дифференциальная диагностика аутоиммунных буллезных дерматозов.

Используемые в Республике Беларусь рутинные методики обследования пациентов с пузырьными проявлениями на коже и слизистых, а именно: оценка клинических и анамнестических данных; определение симптома Никольского и его вариаций; анализ содержимого пузырей и мазков-отпечатков со дна эрозий на акантолитические клетки (метод Тцанка) – не гарантируют точную постановку диагноза, что может привести к диагностическим ошибкам, неправильному подбору лечения и, в конечном итоге, к провалу терапевтического сопровождения таких пациентов.

Традиционное гистологическое исследование с определением уровня образования пузыря позволяет провести дифференциальную диагностику между разными группами буллезных дерматозов (например, группой акантолитической пузырьчатки и пемфигоидами), но не специфично в плане диагностики конкретной нозологической формы [1, 3].

«Золотым» стандартом дифференциальной диагностики буллезных дерматозов является обнаружение аутоантител разных классов, направленных против определенных антигенных структур кожи. С этой целью используют: прямую и непрямую реакции иммунофлюоресценции (наиболее часто), иммуноферментный анализ (ИФА, ELISA), иммуноблоттинг, реакцию иммунопреципитации [1, 2, 3].

Цель работы состояла в изучении возможности использования непрямой реакции иммунофлюоресценции для диагностики акантолитической пузырьчатки и буллезного пемфигоида.

Материалы и методы. В качестве материала для исследования использовали сыворотки пациентов с клиническими диагнозами: вульгарная пузырьчатка (n=9), себорейная пузырьчатка

(n=5), буллезный пемфигоид (n=2); контролем служили сыворотки здоровых доноров (n=10).

Клинический диагноз выставляли на основании данных анамнеза, осмотра пациентов (в том числе определения симптомов Никольского и Асбо–Хансена), анализа содержимого пузырей и мазков-отпечатков на акантолитические клетки (метод Тцанка). Гистологическое исследование выполнялось троим пациентам с вульгарной пузырчаткой.

Непрямую реакцию иммунофлюоресценции проводили с использованием тест-системы IMMSO ImmuGlo Skin (IC/BMZ) Antibody (США). Оценку результатов реакции осуществляли с помощью люминесцентного микроскопа «ЛЮМАМ» (Россия). Характер и интенсивность флюоресценции оценивали визуально.

Результаты. Аутоантитела к компонентам десмосом в титре 1:40 и выше в межклеточных пространствах эпидермиса были выявлены в 64,2% сывороток пациентов с клиническим диагнозом вульгарной или себорейной пузырчатки (рис. 1). Свечение вдоль базальной мембраны при буллезном пемфигоиде выявлялось в 100% сывороток (рис. 2). В группе контрольных сывороток свечения не наблюдалось.

Рисунок 1 – Депозиты IgG в межклеточных пространствах эпителия в случае акантолитической пузырчатки

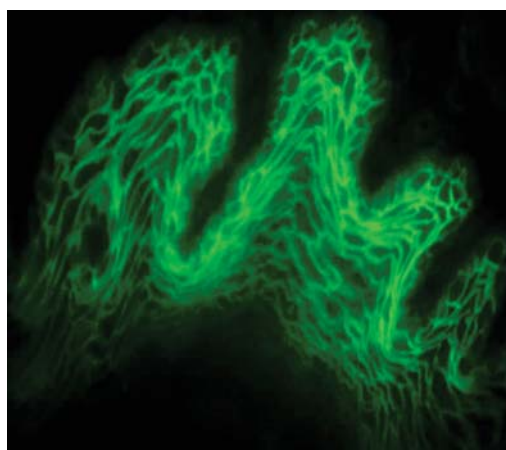
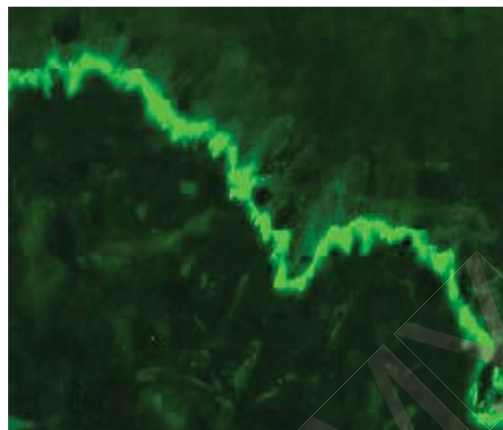


Рисунок 2 – Депозиты IgG вдоль базальной мембраны в случае буллезного пемфигоида



Заключение

1. Показана возможность использования непрямой реакции иммунофлюоресценции для диагностики акантолитической пузырчатки и буллезного пемфигоида.

2. Полученные данные могут свидетельствовать о возможной гипердиагностике акантолитической пузырчатки в случае постановки диагноза только на основании клинических и рутинных лабораторных данных (метод Тцанка).

3. Иммунологические методики должны быть обязательным этапом верификации диагноза аутоиммунного буллезного дерматоза как наиболее чувствительные и специфичные.

Литература

1. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine 2 volume set. / Klaus Wolff [et al.]; editors: Klaus Wolff [et al.]. 7th ed. McGraw-Hill Professional, 2007. 2402p.

2. Bologna Dermatology 2 volume set / Jean L Bologna [et al.]. editors: Jean L Bologna, Joseph L Jorizzo, Ronald P Rapini. 2nd ed. Elsevier Limited, 2008. 2500p.

3. Lever's Histopathology of Skin Diseases / David E. Elder [et al.]; editors: David E. Elder [et al.]. 9th ed. Lippincott Williams & Wilkins, 2004. 1219p.