

ИЗМЕНЕНИЯ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КРОВИ У БОЛЬНЫХ С СЕБОРЕЙНЫМ КЕРАТОЗОМ

Е.И. Костенко, О.О. Русских

Челябинская государственная медицинская академия, г. Челябинск

Выявлены статистически достоверное увеличение иммуноглобулина М, активности и интенсивности фагоцитарной функции нейтрофилов, тенденция к незначительному повышению количества лейкоцитов и снижение количества лимфоцитов в периферической крови больных с себорейным кератозом. Можно предположить, что при себорейном кератозе происходит активация противинфекционного, а не противоопухолевого иммунитета.

Ключевые слова: себорейный кератоз, иммунологические показатели периферической крови.

Социальная значимость заболеваний кожи определяется высокой частотой распространения этого заболевания среди населения земного шара. По данным П. Бакстона, различными дерматозами страдает свыше 20 % людей, причем больные обращаются за медицинской помощью лишь в четверти случаев [1]. Это становится особенно актуальным у пациентов с различными новообразованиями кожи, так как многие из них являются прекарцинозами, либо маскируют собой злокачественную опухоль. К таким заболеваниям кожи можно отнести себорейный кератоз.

Себорейный кератоз – доброкачественная эпителиальная опухоль кожи, преимущественно встречающаяся у пациентов старшей возрастной группы. Самой частой локализацией себорейных кератом являются лицо и шея (до 70–75 % всех случаев заболевания), реже – туловище. Может появляться на других участках тела, исключение составляют поверхность ладоней и стоп, так как очаги поражения возникают исключительно на тех участках кожи, которые имеют волосистой покров [9–11].

К факторам, способствующим развитию себорейного кератоза относят длительную инсоляцию, пожилой возраст, воздействие химических реагентов. Важная роль в патогенезе заболевания отводится наследственной предрасположенности и иммунологическим нарушениям в организме пациента [1, 2, 4, 12].

Несмотря на разнообразие публикаций, касающихся проблемы себорейного кератоза, нет четких данных о результатах исследования изменений иммунного статуса у данной когорты больных, не изучена функция различных компонентов иммунитета в патогенезе заболевания, крайне недостаточно представлены сведения о показателях гуморального иммунного ответа.

Таким образом, целью данного исследования явилось изучение иммунологических показателей

периферической крови у пациентов с себорейным кератозом.

Исследуемая группа состояла из 43 пациентов с себорейным кератозом (средний возраст – $60,8 \pm 9,5$ лет). В контрольной группе были изучены аналогичные показатели крови у 30 практически здоровых пациентов без себорейного кератоза (средний возраст – $55,3 \pm 5,2$ года).

Исследование показателей иммунитета осуществлялось на базе лаборатории противинфекционного иммунитета и лаборатории диагностики иммунодефицитных состояний НИИ иммунологии и Центральной научно-исследовательской лаборатории ЧелГМА.

Результаты исследования иммунологического статуса пациентов с себорейным кератозом проанализированы с учетом стандартных методов вариационной медицинской статистики и непараметрического критерия Манна–Уитни. Статистическая обработка полученного материала осуществлялась с использованием пакета прикладных программ «Biostat».

Анализ результатов исследования иммунологических показателей периферической крови у пациентов с себорейным кератозом выявил тенденцию к незначительному повышению количества лейкоцитов и снижению количества лимфоцитов (в относительных и абсолютных числах) по сравнению с контрольной группой (табл. 1).

При изучении субпопуляционного состава лейкоцитов периферической крови у пациентов с себорейным кератозом и лиц контрольной группы, статистически достоверных различий найдено не было (табл. 2).

Нами были исследованы показатели функциональной активности нейтрофилов периферической крови пациентов с себорейным кератозом и контрольной группы. Как видно из табл. 3, у больных с себорейным кератозом имеет место факт усиления фагоцитоза нейтрофилов за счет его

Таблица 1

Содержание лимфоцитов в периферической крови у больных с себорейным кератозом (M ± m)

Показатели	Себорейный кератоз	Контрольная группа
Лейкоциты, 10 ⁹ /л	7,33 ± 2,40	6,72 ± 1,53
Эозинофилы, %	2,95 ± 2,22	2,80 ± 2,16
Палочкоядерные нейтрофилы, %	2,92 ± 2,62	2,60 ± 2,18
Сегментоядерные нейтрофилы, %	61,84 ± 8,5	60,07 ± 6,87
Моноциты, %	8,66 ± 3,43	8,20 ± 2,54
Абсолютное число моноцитов, 10 ⁹ /л	0,62 ± 0,30	0,58 ± 0,25
Лимфоциты, %	23,16 ± 8,20	26,37 ± 6,68
Абсолютное число лимфоцитов, 10 ⁹ /л	1,68 ± 0,78	1,74 ± 0,56
Нейтрофилы, %	64,76 ± 9,10	62,43 ± 6,13
Абсолютное число нейтрофилов, 10 ⁹ /л	4,76 ± 2,02	4,12 ± 1,00
Базофилы, %	0,62 ± 0,30	0,58 ± 0,25

Таблица 2

Субпопуляционный состав лейкоцитов периферической крови у больных с себорейным кератозом (M ± m)

Показатели	Себорейный кератоз	Контрольная группа
CD3+CD19-, %	72,75 ± 6,48	74,65 ± 7,59
CD3+CD19-, 10 ⁹ /л	1457,03 ± 430,00	1537,13 ± 567,54
CD3+CD4+, %	45,01 ± 6,62	45,25 ± 9,56
CD3+CD4+, 10 ⁹ /л	900,06 ± 265,46	924,17 ± 350,07
CD3+CD8+, %	24,04 ± 6,56	25,71 ± 8,84
CD3+CD8+, 10 ⁹ /л	484,60 ± 207,03	542,47 ± 348,15
CD4+/ CD8+, %	2,06 ± 0,73	1,97 ± 0,85
CD4+/ CD8+, 10 ⁹ /л	2,41 ± 2,20	1,78 ± 0,8
TNK, %	3,52 ± 2,35	3,91 ± 3,98
TNK, 10 ⁹ /л	72,41 ± 55,20	78,17 ± 88,66
CD3-CD16+CD56+, %	11,26 ± 4,91	10,14 ± 4,73
CD3-CD16+CD56+, 10 ⁹ /л	218,71 ± 106,41	242,03 ± 191,76
CD3-CD19+, %	10,77 ± 3,52	9,73 ± 4,03
CD3-CD19+, 10 ⁹ /л	211,30 ± 77,12	195,43 ± 99,34
Sum T lymph, %	68,10 ± 9,04	70,93 ± 9,36
Sum T lymph, 10 ⁹ /л	1321,30 ± 391,85	1450,41 ± 619,37
Sum lymph T+B+NK, %	94,77 ± 3,86	94,47 ± 4,09
Sum lymph T+B+NK, 10 ⁹ /л	1854,87 ± 500,57	1905,65 ± 746,43
T lymph active, %	2,86 ± 1,93	2,46 ± 1,58
T lymph active, 10 ⁹ /л	57,68 ± 49,32	52,77 ± 43,53
T lymph late, %	1,62 ± 1,27	1,69 ± 1,25
T lymph late, 10 ⁹ /л	33,15 ± 31,14	35,83 ± 34,75

активности (52,34 ± 9,34 %) и интенсивности (1,54 ± 0,87 усл. ед.) (p < 0,05). Такая особенность функционирования нейтрофилов периферической крови у пациентов с себорейным кератозом может указывать на наличие определенного возбудителя данного заболевания, вероятно с внеклеточным циклом жизнедеятельности.

Изучение показателей гуморального иммунитета у пациентов с себорейным кератозом и группы контроля позволило установить статистически достоверное увеличение содержания иммуноглобулина М в группе больных себорейным кера-

тозом (1,3 ± 0,38 г/л) (p < 0,05). В исследовании интерферонового ряда достоверных различий не найдено (табл. 4).

Известно, что иммуноглобулин М отвечает за первичный иммунный ответ при различных инфекциях, играет важную роль в активации фагоцитоза и элиминации возбудителя заболевания. Наше исследование выявило: статистически достоверное увеличение иммуноглобулина М, активности и интенсивности фагоцитарной функции нейтрофилов, тенденцию к незначительному повышению количества лейкоцитов и тенденцию снижения

Таблица 3

Показатели функциональной активности нейтрофилов периферической крови пациентов с себорейным кератозом (M ± m)

Показатели		Себорейный кератоз	Контрольная группа
Фагоцитоз нейтрофилов	Активность, %	52,34 ± 9,34*	45,23 ± 8,09
	Интенсивность, усл. ед.	1,54 ± 0,87*	1,2 ± 0,25
	Фагоцитарное число, усл. ед.	2,92 ± 0,87	2,72 ± 0,72
НСТ-тест нейтрофилов спонтанный	Активность, %	23,24 ± 12,66	18,25 ± 7,0
	Интенсивность, усл. ед.	0,4 ± 0,3	0,3 ± 0,1
НСТ-тест нейтрофилов индуцированный	Активность, %	33,58 ± 8,97	32,8 ± 11,48
	Интенсивность, усл. ед.	0,55 ± 0,18	0,49 ± 0,17
Лизосомальная активность нейтрофилов, усл. ед.		267,03 ± 36,67	267,0 ± 40,57

Примечание. Здесь и в табл. 4 * – значимость различий при сравнении группы с себорейным кератозом и контрольной группы (p < 0,05).

Таблица 4

Показатели гуморального иммунитета у пациентов с себорейным кератозом (M ± m)

Показатели	Себорейный кератоз	Контрольная группа
ЦИК, усл. ед.	85,90 ± 42,50	94,33 ± 37,39
СН50, усл. ед.	52,30 ± 4,97	58,86 ± 5,54
Jg A, г/л	1,93 ± 0,78	1,82 ± 0,62
Jg M, г/л	1,30 ± 0,38*	1,08 ± 0,32
Jg G, г/л	10,35 ± 1,11	10,34 ± 1,2
Интерферон α	12,13 ± 15,13	18,1 ± 24,11
Интерферон γ	5,25 ± 2,35	4,47 ± 2,2

количества лимфоцитов в периферической крови больных с себорейным кератозом. Таким образом, можно говорить о том, что активация противоинфекционного иммунитета в виде усиления фагоцитарной функции нейтрофилов и увеличения выработки иммуноглобулина М косвенно свидетельствует о наличии инфекционного агента в организме пациентов с себорейным кератозом.

Литература

1. Бакстон, П.К. Дерматология / П.К. Бакстон. – М.: Бином, 2006. – 176 с.
2. Вульф, К. Дерматология по Томасу Фицпатрику / К. Вульф, Р. Джонсон, Д. Сюрмонд. – М.: Практика, 2007. – 1248 с.
3. Ершов, Ф.И. Интерфероны и их индукторы / Ф.И. Ершов. – М.: Гэотар-Медиа, 2005. – 368 с.
4. Ключаева, С.В. Эпителиальные новообразования и факультативные преанцирозозы кожи: эпидемиология, клиника, дифференциальная диагностика и лечение высокочастотным лазерным излучением: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / С.В. Ключаева. – СПб., 2007. – 47 с.
5. Никулин, Б.А. Оценка и коррекция иммунного статуса / Б.А. Никулин. – М.: Гэотар-Мед, 2008. – 376 с.
6. Поздеев, О.К. Медицинская микробиология / О.К. Поздеев, В.И. Покровский. – М.: Гэотар-Мед, 2001. – 765 с.
7. Скрипкин, Ю.К. Кожные и венерические болезни: в 2 т. / Ю.К. Скрипкин, В.Н. Мордовцев. – М., 1996. – Т. 2. – 880 с.
8. Хаитов, Р.М. Руководство по клинической иммунологии / Р.М. Хаитов, Б.В. Пинегин, А.А. Ярулин. – М.: Гэотар-мед, 2009. – 352 с.
9. Acanolytic variant of seborrheic keratosis / M. Chen, H. Shinmori, M. Takemiya et al. // J. Cutaneous Pathol. – 2006. – Vol. 17, № 1. – P. 27–31.
10. Fitzpatrick's dermatology in general medicine / K. Wolff, A. Lowell, A. Goldsmith et al. – 7 eds. – Washington: The McGraw-Hill Companies, 2008. – 1197 p.
11. Habif, T.P. Clinical dermatology. A color guide to diagnosis and therapy / T.P. Habif. – 4 eds. – Philadelphia: Mosby, 2004. – 1024 p.
12. Hafner, C. Seborrheic keratosis / C. Hafner, T. Vogt // J. Dtsch. Dermatol. Gesellschaft. – 2008. – Vol. 6, № 8. – P. 664–677.

Поступила в редакцию 26 июля 2011 г.