



<https://doi.org/10.34883/PI.2022.6.2.003>



Гасимова А.Р.

Азербайджанский государственный институт усовершенствования врачей имени
А. Алиева, Баку, Азербайджан

Гемограмма и морфологические типы анемии у пациентов с акантолитической пузырчаткой различной степени тяжести

Конфликт интересов: не заявлен.

Подана: 18.02.2022

Принята: 16.05.2022

Контакты: ayshen_1986@mail.ru

Резюме

Материалы и методы. Обследованы 21 пациент с акантолитической пузырчаткой и 15 практически здоровых лиц. Возраст пациентов составил $47,5 \pm 3,7$ года, мужчин – 11 (52,4%), женщин – 10 (47,6%). Оценка степени тяжести АП проведена по индексу V.K. Mahajan. В клиническом анализе крови определяли гемоглобин, гематокрит, количество эритроцитов и эритроцитарные индексы – MCV, MCH, MCHC.

Ключевые слова: акантолитическая пузырчатка, степень тяжести, морфологические типы анемий

Qasimova A.

Azerbaijan State Institute of Improvement of Doctors named after A. Aliyev, Baku,
Azerbaijan

Hemogram and Morphological Types of Anemia in Patients with Acantholytic Pemphigus of Varying Severity

Conflict of interest: nothing to declare.

Submitted: 18.02.2022

Accepted: 16.05.2022

Contacts: ayshen_1986@mail.ru

Abstract

Materials and methods. 21 patients with acantholytic pemphigus and 15 practically healthy individuals were examined. The age of the patients was 47.5 ± 3.7 years, men – 11 (52.4%), women – 10 (47.6%). Assessment of the severity of AP was carried out according to the V.K. Mahajan index. In a clinical blood test, hemoglobin, hematocrit, erythrocyte count and erythrocyte indices – MCV, MCH, MCHC were determined.

Keywords: acantholytic pemphigus, severity, morphological types of anemia

■ ВВЕДЕНИЕ

Акантолитическая пузырчатка (АП) является одним из наиболее тяжелых заболеваний как слизистой оболочки полости рта, так и кожи. Этиология данного заболевания остается до конца не выясненной.

Установлено, что в 70–80% случаев акантолитическая пузырчатка [1, 2] поражает слизистую оболочку полости рта, и отсутствие признаков поражения кожных покровов затрудняет диагностику данной патологии и приводит к диагностическим ошибкам [1–3]. Ошибки в диагностике АП приводят к ухудшению состояния пациента и распространению процесса.

В то же время прогноз заболевания ухудшает наличие имеющейся сопутствующей патологии у пациентов с пузырчаткой, которая относится к заболеваниям с высокой полиморбидностью, что обусловлено возрастом пациентов и назначением иммуносупрессивного лечения [4].

Литературные данные показывают, что с началом глюкокортикоидной терапии полиморбидная патология, в частности гипертоническая болезнь, сахарный диабет, переходит в декомпенсированное состояние и требует коррекции ранее проводимой терапии. Многие авторы обращают внимание на необходимость учитывать характер сопутствующей патологии при назначении медикаментозной терапии [3, 4].

Анемический синдром при АП исследован недостаточно. При диагностике анемии правильная интерпретация эритроцитарных индексов дает возможность получить дополнительную информацию о морфологических типах анемий. Эритроцитарный индекс – средний объем эритроцитов (MCV) ($HCT / RBC \times 10$) – это качественный показатель. Значение его ниже 80 фл оценивается как микроцитоз и встречается при железодефицитной анемии (ЖДА), талассемии, хронических заболеваниях, гипертиреозе. MCV более 95 фл оценивается как макроцитоз и наиболее часто наблюдается при анемии с дефицитом витамина B_{12} или фолиевой кислоты.

Нормальный объем эритроцитов имеют пациенты с анемиями хронических заболеваний, аутоиммунными гемолитическими заболеваниями [4].

Эритроцитарный индекс – средняя концентрация HGB в эритроците (MCH) – количественный показатель, который практически всегда коррелируется MCV. Изменения этих показателей тесно взаимосвязаны и часто меняются параллельно. MCH соответствует цветовому показателю (ЦП), поэтому гипо-, гипер- и нормохромные анемии связаны с MCH [4].

Показатель средней концентрации HGB в эритроцитах (MCHC) более объективно определяет концентрацию гемоглобина. Это жесткий параметр, имеющий небольшой разброс значений. Уменьшение MCHC встречается при ЖДА средней и тяжелой степени, увеличение – при наследственных гематологических заболеваниях.

Мы не встретили работ с данными об анемическом синдроме у пациентов с АП.

■ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Выявить частоту встречаемости различных морфологических типов и различных степеней тяжести анемий у пациентов с пузырчаткой.



■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследованы 21 пациент с акантолитической пузырчаткой и 15 практически здоровых лиц. Возраст пациентов составил $47,5 \pm 3,7$ года, мужчин – 11 (52,4%), женщин – 10 (47,6%).

У пациентов с пузырчаткой в клиническом анализе крови определяли гемоглобин (HGB), гематокрит (HCT), количество эритроцитов и эритроцитарные индексы: MCV, MCH, MCHC. Диагноз анемии устанавливали при уровне HGB менее 120 г/л (ВОЗ, 2001). В соответствии с имеющимися рекомендациями легкую степень анемии диагностировали при уровне HGB более 90 г/л (но менее 120 г/л), среднюю – при уровне HGB в пределах 70–90 г/л, тяжелую – при уровне HGB менее 70 г/л. Микроцитарную анемию считали при MCV менее 80 фл, нормоцитарной при MCV в пределах 80–95 фл, макроцитарной при MCV более 95 фл. Нормохромную анемию считали при MCH 27–31 пг, гипохромной при MCH менее 27 пг и гиперхромной при MCH более 31 пг.

Для выявления анемии у пациентов с пузырчаткой обследовали пациентов, находящихся на лечении. При оценке гематологических показателей у 21 пациента с пузырчаткой была выявлена анемия легкой степени. Возраст пациентов в среднем составил $47,5 \pm 3,7$ года (мин. – 21, макс. – 81), мужчин – 11 (52,3%), женщин – 10 (47,7%).

Пациенты предъявляли жалобы на болезненность при глотании, приеме пищи, разговоре и неприятный запах изо рта (табл. 1). Пациенты отмечали общую слабость и мышечные боли.

При осмотре объективно отмечалась гиперемия слизистой оболочки полости рта. У 10% пациентов обширные эрозии отмечались под языком, у 12% пациентов на нёбе, у 8% – эрозии отмечались по переходной складке. На красной кайме губ эрозии часто сливались между собой и были покрыты желтовато-белыми корками. При дотрагивании инструментом эрозии болезненны и кровоточат. Симптом Никольского положительный. Диагноз «пузырчатка» выставляли на основании цитологического исследования и обнаружения клеток Тцанка в мазках-отпечатках.

Степень тяжести пузырчатки определяли по индексу Mahajan. Индекс выделяет легкую степень пузырчатки, при которой поражается только слизистая щек и жевание и глотание не затруднены.

При средней степени тяжести поражается слизистая щек, десен, губ и затрудняется прием твердой пищи. При тяжелой степени отмечается обширное поражение слизистой оболочки рта, затрудняется прием полужидкой пищи. При очень тяжелой степени тяжести отмечаются обширное поражение СОПР и трудности при приеме жидкой пищи.

При оценке степени тяжести АП по индексу V.K. Mahajan преобладали пациенты со средней степенью тяжести. В группе женщин согласно индексу V.K. Mahajan преимущественно встречалась средняя и тяжелая степень АП, наблюдаемая в 7% случаев, в группе мужчин больше – у 8%.

Легкая степень выявлена у 6 (28,6%) пациентов, средняя степень у 10 (47,6%) и тяжелая у 5 (23,8%) пациентов. Средний возраст пациентов с легкой степенью АП составил $46,2 \pm 9,0$ года, мужчин – 3 (50%), женщин – 3 (50%). Возраст лиц со средней степенью тяжести АП составил $46,4 \pm 3,0$ года, мужчин – 6%, женщин – 4%. Возраст пациентов с тяжелой степенью АП в среднем составил $51,4 \pm 10,5$ года, мужчин – 2%, женщин – 3%.

Статистический анализ полученных результатов проводили с использованием пакета программ Excel, 2017. Были использованы структурные характеристики вариационного ряда (средняя, ошибка средней), а для оценки различий между выборками применяли непараметрический критерий Вилкоксона – Манна – Уитни. Статистически значимыми считали различия при значениях $p < 0,05$.

■ РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

При цитологическом исследовании в мазках-отпечатках, взятых со дна эрозий, обнаруживались акантолитические клетки.

Ядро акантолитических клеток увеличено, часто располагается по центру. В мазках-отпечатках выявляются нейтрофилы, иногда в большом количестве, что определяет воспалительный характер пузырчатки.

Результаты исследования гемограммы у пациентов с пузырчаткой представлены в табл. 1.

Исследование показателей гемограммы в группе всех пациентов ($n=21$) позволило обнаружить снижение уровня HGB на 21,4% до $104,7 \pm 1,6$ г/л (у здоровых $133,2 \pm 1,8$ г/л). Число эритроцитов RBC в среднем в группе пациентов составило $4,3 \pm 0,07 \times 10^{12}/л$, и при этом снижение эритроцитов (на 20,9%) было статистически достоверным ($p < 0,05$). Среднее значение гематокрита составило $31 \pm 0,5\%$ vs $39,8 \pm 0,5$ ($p < 0,001$) и было снижено на 22,1%.

Изучение эритроцитарных индексов показало, что средний объем эритроцитов MCV составил $88,9 \pm 1,3$ фл, что было на 3,4% ниже, чем в контроле. Среднее содержание HGB в эритроците (MCH) статистически достоверно не отличалось от показателя в контрольной группе. Средняя концентрация HGB в эритроцитах (MCHC) изменялась статистически недостоверно.

Таблица 1
Гемограмма у пациентов с пузырчаткой ($M \pm m$)
Table 1
Haemogram in patients with pemphigus ($M \pm m$)

Параметры		Практически здоровые ($n=15$)	Все пациенты с АП ($n=21$)	Легкая ст. тяжести АП ($n=6$)	Средняя ст. тяжести АП ($n=10$)	Тяжелая форма АП ($n=5$)
HGB, г/л	Гемоглобин	$133,2 \pm 1,8$	$104,7 \pm 1,6$	$103,3 \pm 3,8$	$105,6 \pm 2,0$	$104,4 \pm 3,8$
RBC $\times 10^{12}/л$	Количество эритроцитов	$4,3 \pm 0,07$	$3,4 \pm 0,03$	$3,3 \pm 0,05$	$3,6 \pm 0,05$	$3,4 \pm 0,07$
HCT, %	Гематокрит	$39,8 \pm 0,07$	$31 \pm 0,5$	$30,8 \pm 1,2$	$31,1 \pm 0,6$	$31 \pm 1,1$
ЦП	Цветной показатель	$0,92 \pm 0,006$	$0,86 \pm 0,04$	$0,9 \pm 0,03$	$0,8 \pm 0,08$	$0,9 \pm 0,02$
MCV, фл	Средний объем эритроцитов	$91,9 \pm 0,6$	$88,9 \pm 1,3$	$91,8 \pm 3,2$	$86,8 \pm 1,4$	$89,8 \pm 2,3$
MCH, пг	Среднее содержание HGB в эритроц.	$30,8 \pm 0,2$	$30,0 \pm 0,4$	$30,9 \pm 1,1$	$29,3 \pm 0,4$	$30,4 \pm 0,8$
MCHC, г/дл	Средняя концентрация HGB в эритроц.	$33,4 \pm 0,04$	$33,6 \pm 0,0$	$33,5 \pm 0,1$	$33,6 \pm 0,1$	$33,7 \pm 0,1$

Примечание: * статистическая достоверность различий относительно данных у практически здоровых.

**Таблица 2****Матрица коэффициентов корреляции у пациентов с легкой, средней и тяжелой степенью АП****Table 2****Matrix of correlation coefficients in patients with mild, moderate and severe AP**

Показатели	Все пациенты (n=21) HGB	Легкая степень АП (n=6) HGB	Средняя степень АП (n=10) HGB	Тяжелая степень АП (n=5) HGB
RBC	0,5	0,4	0,56	0,67
HCT	0,9	0,9	0,8	0,5
MCV	0,69	0,9	0,7	0,6
MCH	0,7	0,9	0,6	0,6
MCHC	0,1	-0,002	-0,2	-0,2

Как показывают результаты табл. 1, изменение гемограммы пациентов с АП не было связано со степенью тяжести АП. Между группами пациентов с различной степенью тяжести АП статистически значимых различий выявлено не было.

Корреляционный анализ между показателями гемограммы у пациентов с АП легкой, средней и тяжелой степени тяжести представлен в табл. 2.

Корреляционный анализ по шкале Чеддока при легкой степени тяжести АП показал положительную умеренную связь между показателями HGB и эритроцитов ($r=0,4$), положительную высокую между HGB и MCV ($r=0,9$) и между HGB и MCH ($r=0,9$). Корреляционные связи при средней степени тяжести АП показали положительную умеренную связь между HGB и RBC, высокую связь между HGB и HCT ($r=0,8$) и заметную связь между HGB и MCV ($r=0,7$), HGB и MCH ($r=0,6$). Между HGB и MCHC значимые связи не выявлялись при всех степенях тяжести АП. Корреляционные связи при тяжелой степени АП были менее выражены.

В табл. 3 представлены морфологические типы анемий у пациентов с АП различной степени тяжести.

Полученные результаты исследований свидетельствуют о наличии нарушений в гемограмме пациентов с АП. По объему эритроцитов (MCV) среди всех пациентов анемия распределялась следующим образом: микроцитарный тип анемии диагностирован у 2 (9,5%), нормоцитарный тип анемии выявлен у 21 (71,4%) пациента и макроцитарный у 4 (19,1%). У пациентов с АП легкой степени макроцитарный тип анемии определялся у половины обследованных, а нормоцитарный – у 33,3%.

Таблица 3**Морфологические типы анемий у пациентов с АП различной степени тяжести****Table 3****Morphological types of anemia in patients with various degrees of AP**

Морфологический тип анемии	Все пациенты (n=21)	Легкая степень АП (n=6)	Средняя степень АП (n=10)	Тяжелая степень АП (n=5)
Микроцитарный	2 (9,5%)	1 (16,7%)	1 (10%)	–
Нормоцитарный	15 (71,4%)	2 (33,3%)	9 (90%)	4 (80%)
Макроцитарный	4 (19,1%)	3 (50%)	–	1 (20%)
Нормохромный	12 (57,2%)	2 (33,3%)	8 (80%)	2 (40%)
Гипохромный	2 (9,5%)	1 (16,7%)	1 (10%)	–
Гиперхромный	7 (33,3%)	3 (50%)	1 (10%)	3 (60%)

У пациентов с АП средней степени тяжести макроцитарный тип анемии не выявлен, но у большинства пациентов отмечался нормоцитарный тип анемии – 9 (90%). При тяжелой степени тяжести АП нормоцитарный тип анемии отмечался у большинства пациентов (80%).

Гипохромный тип анемии (по индексу МСН) в группе всех пациентов отмечен у 2 (9,5%), а у большей части пациентов (12 (57,2%)) диагностирован нормохромный тип анемии. При АП средней степени тяжести та же тенденция сохранялась и нормохромия эритроцитов определялась у 8 (80%) пациентов.

Таким образом, у пациентов с АП в основном определялась анемия легкой степени тяжести. При этом чаще отмечались нормоцитарный (71,4%) и нормохромный (57,2%) тип анемии. При АП средней степени тяжести отмечалась наибольшая частота встречаемости нормоцитарного (90%) и нормохромного типов анемии. Выявленное увеличение частоты нормоцитарного и нормохромного типа анемии обусловлено развитием анемии хронических заболеваний.

При оценке степени тяжести АП по индексу V.K. Mahajan легкая степень выявлена у 28,6%, средняя степень – 47,6% и тяжелая у 23,8%. При оценке гематологических показателей у пациентов с АП выявлена анемия легкой степени тяжести. В большом проценте случаев гематологические нарушения характеризовались нормоцитарным (71,4%) и нормохромным (57,2%) типами анемии, характерными для анемии хронических заболеваний.

■ ВЫВОДЫ

1. Гемограмма у пациентов с АП характеризовалась развитием анемии легкой степени тяжести.
2. В большем проценте случаев гематологические нарушения характеризовались нормоцитарным (71,4%) и нормохромным (57,2%) типами анемий.

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Sirak S., Kopylova I., Chebotarev V. The use of multicomponent adhesive ointment in combination with immunomodulatory preparation in the complex therapy of vesicles. *Periodontology*. 2012;17(2):62–65. (in Russian)
2. Chebotarev V., Sirak A., Al'-Asfari F. Common vesicular disease: peculiarities of therapy in the oral cavity. *Medical Bulletin of the North Caucasus*. 2014;9(3):215–2127. (in Russian)
3. Gurkovskaya E. *Dispensary supervision of patients with autoimmune bullous dermatoses taking into account polymorbid pathology* (PhD Thesis), Ekaterinburg. 2019; 22 p. (in Russian)
4. Tagizade R., Quliyeva Z. *Klinik laborator hematoloji tədqiqat metodları*. Bakı. "Bəxtiyar-4". İstehsal kommersiya firması, 2020; 322 səh. (in Russian)
5. Shirinskij V., Shirinskij I. Comorbid diseases – an urgent problem of clinical medicine. *Siberian Medical Journal*. 2014;29(1):7–12. (in Russian)
6. Truhacheva N. *Mathematical statistics in biomedical research using the Statistica package*. MOSCOW: GEOTAR. Media. 2012; 384 p. (in Russian)