ДОБРОЯКІСНИЙ РЕТИКУЛЬОЗ У ДІАГНОСТИЦІ АКНЕ

Мінухін В. В., Моісеєнко Т. М., Торяник І. І., Кононенко Н. М., Довга І. М., Іваннік В. Ю., Остапець М. О., Гнатюк В. В., Казмірчук В. В., Меркулова Н. Ф.

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна
Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків, Україна
ДУ «Інститут мікробіології та імунології ім. І.І. Мечникова НАМН», м. Харків, Україна
Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

На тепер фахівцями з галузі дерматології, інфекційних хвороб та імунології проявляється певна зацікавленість доброякісною формою ретикульозу. Диференційна діагностика останнього викликає певні утруднення з окремими шкірними хворобами, інфекційними, імунними розладами. Доволі спірними залишаються питання патогенезу цієї хвороби. Клінічний перебіг ретикульозу орієнтований на формування первинного вогнища, переважно на шкірі, а маніфестація хвороби, як і структурні зміни, відбувається переважним чином у лімфатичних вузлах. З огляду на зазначені факти, вивчення доброякісного ретикульозу, на наш погляд, є цікавим питанням, що стосується широкого кола медичних спеціалістів.

Збудником зазначеного захворювання у переважній мірі вважали і вважають хламідії, що відомі своєю тропністю до клітин епітеліальної тканини та макрофагів. Хоча у разі трахоми відмічене інтенсивне руйнування хламідій гістіоцитами. Передача збудника здійснюється представниками родини кошачих у разі безпосереднього контакту (останнім часом спостерігається захворювання у власників приватних звіринців, великих диких котів, рідкісних тварин, навіть занесених до Червоної книги). Найчастіше хворіють люди, які нехтують правилами безпеки та вимогами епізоотичного нагляду над тваринами.

Вхідними воротами для збудників є первинне вогнище, що локалізоване на шкірі (кисті рук, гомілка, стегно, плече, тощо) поверхнево та представлене виразкою, папулою або пустулою. Зазначене утворення існує нетривалий час, загоюється, частіше без рубців. Однак основні зміни відбуваються у периферичних лімфатичних вузлах, де за даними «випадкових» пункцій, тканинний субстрат органів виглядає порохнявим, крихкотливим. У пунктаті містяться збудники (за рахунок інтенсивного розмноження), що візуалізуються за рахунок ШИК-реакції та є грамнегативними.

За результатами мікроскопічних досліджень встановлено наявність вузликів, що складаються із ретикулоцитів з розташованими по центру нейтрофілами. По периферії вузликів відбувається проліферація ретикулоцитів з багатоядерними гігантськими клітинами та еозинофільними лейкоцитами. Згадана тенденція сприяє диференційній діагностиці ретикульозу, у тому числі з акне. Великою мірою цьому сприяють співвідношення клітин – візитівок хвороби та їхнє розташування (епітеліоїдні форми та нейтрофільні лейкоцити. Формування камедонів у разі ретикульозу не спостерігається.