

ЕНДОТОКСИКОЗ У ХВОРИХ З РІЗНИМИ ФОРМАМИ РОЗАЦЕА Й СУПУТНИМИ ПАРАЗИТОЗАМИ

М.Т. Ковальчук

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського

Резюме: *Обстеживши 315 хворих на розацеа та розацеа з супутніми лямбліозом та демодикозом, відмітили, що у випадку типових клінічних форм розацеа приєднання супутнього лямбліозу супроводжувалося наростанням показників ендогенної інтоксикації, а при нашаруванні обох паразитозів – поглиблення ступеня тяжкості ендотоксикозу.*

Ключові слова: *розацеа, лямбліоз, демодикоз, синдром ендогенної інтоксикації.*

ВСТУП

Розацеа — одна з важливих медико-соціальна проблем клінічної дерматології та косметології. Частіше на дане захворювання страждають жінки. Висипка локалізується переважно на обличчі, що веде розвитку невротичних і психоастенічних станів [8, 12, 14].

Ряд дослідників виділяють такі клініко-морфологічні форми: еритемну (судинну), папулопустульозну, інфільтративно-продуктивну та особливі форми, до яких належать офтальморозацеа, люпоїдна, стероїдна, конглобатна, блискавична, грамнегативна, персистуючий набряк обличчя [12].

Кожна з цих клініко-морфологічних форм має свої ланки патогенезу, які зумовлюють її основні клінічні прояви. За дослідженнями Crawford G. H. (2004), виділяють такі основні патогенетичні гіпотези розвитку розацеа: судинна дисфункція, дегенерація дермального матриксу, ендогенні й екзогенні чинники (в тому числі мікроорганізми *Demodex folliculorum* та *Helicobacter pylori*) [19].

Велике значення у розвитку та загостренні перебігу розацеа, окрім дисфункції ендокринної, нервової, імунної систем, мають порушення роботи шлунково-кишкового тракту [1, 3, 5, 8, 15]. Адже на тлі хронічних захворювань органів травлення у хворих проявляється дисбіоз кишківнику і, як наслідок, синдром ендогенної інтоксикації (ЕІ) [5, 15, 17].

У формуванні цього синдрому головну роль відіграють ендотоксини, які виникають під час порушення життєдіяльності клітини. Два головних чинники, а саме рівень ендотоксемії та

ступінь ендотоксикозу, який зумовлюється тяжкістю пошкодження біологічних мембран, складають патогенетичну основу ЕІ та ступінь її проявів [2, 9, 13].

Метою роботи було дослідити зміну рівня ендотоксикозу та ЦІК залежно від клінічної форми розацеа у хворих на розацеа із супутніми лямбліозом і демодикозом.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Під спостереженням було 315 хворих на розацеа, які перебували на амбулаторному лікуванні в Тернопільському обласному шкірвендиспансері. Серед них домінували жінки – 268 (85,0 %) проти 47 осіб чоловічої статі (15,0 %). Вік пацієнтів коливався від 19 до 55 років.

Діагноз демодикозу підтверджували за допомогою мікроскопічного дослідження патологічного матеріалу, взятого з уражених ділянок шкіри, та за умови виявлення на 1см² цих ділянок більше 5 особин кліщів-демоцид. Кліщі *Demodex folliculorum* знайшли у 136 (43,2 %) хворих на розацеа, що співпадало з даними літератури [8, 10].

Наявність супутнього лямбліозу у пацієнтів з розацеа підтверджували шляхом виявлення цистних форм лямблій при мікроскопічному дослідженні фекалій [2, 9, 11, 18]. У 246 хворих на розацеа (77,8 % обстежених) знайшли цисти лямблій.

Усіх пацієнтів з розацеа залежно від супутніх паразитозів поділили на 4 групи: з розацеа без супутніх паразитозів – 60 хворих, з розацеа й демодикозом – 6, з розацеа й лямбліозом – 119,

з розацеа, лямбліозом і демодекозом – 130 осіб. До групи контролю ввійшли 25 здорових людей, серед них було 15 (60,0 %) жінок і 10 (40,0 %) чоловіків.

Пацієнтів кожної групи розділили залежно від клініко-морфологічної форми. Серед хворих на розацеа без супутніх паразитозів переважали особи з еритемною (46), рідше виявляли з папулопустульозною (14); а з інфільтративно-продуктивною формою захворювання пацієнти взагалі не реєструвалися.

У хворих на розацеа і демодекоз виявляли лише еритемну форму розацеа (6 осіб).

У групі пацієнтів з розацеа й лямбліозом переважали хворі з еритемною (58) і папулопустульозною (54) формами та виявили 7 осіб з інфільтративно-продуктивною формою захворювання.

Серед хворих з розацеа, лямбліозом і демодекозом домінували пацієнти з папулопустульозною формою розацеа (81), менше було з еритемною (40) та з інфільтративно-продуктивною (9).

ЕІ оцінювали за рівнем МСМ у плазмі крові за методом Н.І. Габрієляна та співавт. [4, 7] і сорбційної здатності еритроцитів (СЗЕ) за методом А.А. Тогайбаєва (1981) [16]. Концентрацію циркулюючих імунних комплексів (ЦІК) визначали за методом преципітації у 3,5 % розчині поліетиленгліколю з наступним фотометричним вимірюванням за Хашковим [6].

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Порівнюючи показники МСМ₂₅₄, МСМ₂₈₀, СЗЕ, ЦІК у сироватці крові хворих з еритемною формою розацеа з супутніми паразитозами та без них із показниками контролю, відмітили, що у всіх досліджуваних групах вище вказані показники суттєво зростали ($p < 0,001$). Найвищі концентрації МСМ₂₅₄, МСМ₂₈₀, ЦІК та показник СЗЕ виявляли

у пацієнтів з еритемною формою розацеа та супутніми лямбліозом і демодекозом (табл. 1).

У хворих із усіма трьома формами розацеа й супутнім демодекозом (6 осіб), середні показники МСМ₂₅₄, МСМ₂₈₀, СЗЕ, ЦІК були вищими, ніж у групи здорових людей, проте суттєво не відрізнялися від результатів обстежень у пацієнтів з розацеа без супутніх паразитозів.

У випадку приєднання супутнього лямбліозу у хворих із еритемною формою розацеа спостерігали вірогідно вищі показники МСМ₂₅₄, МСМ₂₈₀, СЗЕ, ніж у пацієнтів 1-ї групи ($p < 0,05$ для усіх результатів обстежень), а також тенденцію до наростання рівня ЦІК ($p > 0,05$) (табл. 1).

У хворих з еритемною формою розацеа та супутнім лямбліозом і демодекозом відмічали значно вищі показники усіх досліджуваних параметрів не тільки порівняно з пацієнтами 1-ї групи ($p < 0,001$), але й представниками 2-ї групи ($p < 0,05$).

Отже, у хворих з еритемною формою розацеа приєднання лямбліозу супроводжувалося вираженим наростанням показників ендогенної інтоксикації та ЦІК, а нашарування обох паразитозів у цих пацієнтів зумовило максимальні дисметаболічні зміни. Це підтверджується даними літератури, які свідчать про наявність більш глибоких і структурних уражень організму у випадку поєднання декількох захворювань, особливо інфекційного (паразитарного) генезу – мікст-паразитозів [11, 12].

Аналізуючи показники ЕІ та ЦІК у сироватці крові пацієнтів з папулопустульозною формою розацеа усіх трьох досліджуваних груп із показниками контролю, встановили ще більше зростання МСМ₂₅₄, МСМ₂₈₀, СЗЕ та ЦІК ($p < 0,001$). (табл. 2).

Нашарування лише супутнього лямбліозу у хворих із папулопустульозною формою розацеа зумовило появу вірогідно вищих показників СЗЕ та ЦІК, ніж у пацієнтів 1-ї групи ($p < 0,01$).

Таблиця 1

Показники ендотоксикозу і ЦІК у пацієнтів з еритемною формою розацеа та супутніми паразитозами (М±m)

Показник, одиниця виміру	Здорові особи (n = 25)	Хворі на		
		розацеа (1-а група, n = 46)	розацеа й лямбліоз (2-а група, n = 58)	розацеа, лямбліоз і демодекоз (3-я група, n = 40)
МСМ ₂₅₄ , ум. од.	334,1±2,6	419,3±14,7*	462,1±12,7*, ¹	516,1±19,1*, ^{1,2}
МСМ ₂₈₀ , ум. од.	147,5±1,2	177,6±6,9*	201,0±5,8*, ¹	231,4±9,7*, ^{1,2}
СЗЕ, %	27,3±1,3	42,2±0,8*	54,6±1,4*, ¹	62,4±1,6*, ^{1,2}
ЦІК, ум.од.	60,9±1,5	159,5±20,1*	191,4±11,2*	278,1±20,4*, ^{1,2}

Примітки: 1. * – відмінність вірогідна порівняно з контролем; ¹ – порівняно з групою хворих на розацеа;

² – порівняно з групою пацієнтів з розацеа і лямбліозом. 2. Наведені відмінності вірогідності становлять $< 0,05$.

Приєднання обох супутніх паразитозів у хворих з папулопустульозною формою розацеа супроводжувалося значним зростанням усіх досліджуваних показників порівняно з пацієнтами 1-ї групи ($p < 0,01$), а з представниками 2-ї групи – лише показників MCM_{254} , MCM_{280} ($p < 0,001$).

Отже, у випадку папулопустульозної форми розацеа зміни показників ендогенної інтоксикації були більш вираженими, ніж при еритемній формі захворювання, що корелювало з тяжкістю клінічних проявів. Очевидно, саме тому нашарування паразитозів на папулопустульозну форму розацеа не зумовило настільки значного підвищення індексів інтоксикації, як при поєднанні цих паразитозів у хворих з еритемною формою хвороби (табл. 2).

У хворих з інфільтративно-продуктивною формою розацеа і супутнім лямбліозом та лямбліозом й демодикозом виявили різке наростання усіх досліджуваних показників ендогенної інтоксикації порівняно зі здоровими особами ($p < 0,001$). Проте (можливо, через невелику кількість пацієнтів з інфільтративно-продуктивною формою розацеа, $n = 16$), різниця між показниками інтоксикації у підгрупах не була достовірною, за винятком MCM_{280} ($p < 0,05$) (табл. 3).

Таким чином, еритемна, папулопустульозна, інфільтративно-продуктивна форми розацеа

супроводжувалися наростанням показників ендотоксикозу. Цей процес підсилювали супутні паразитози (лямбліоз й демодикоз). Разом з тим відомо, що ЕІ, з одного боку, свідчить про порушення метаболізму [13], а з іншого, про тяжкість захворювання і можливість затяжного перебігу та несприятливих наслідків [15, 17].

ВИСНОВКИ

1. У хворих на розацеа з супутніми паразитозами та без них значно зростали показники ендогенної інтоксикації та ЦІК при всіх формах захворювання ($p < 0,001$).

2. У випадку еритемної форми розацеа приєднання супутнього лямбліозу супроводжувалося наростанням концентрацій MCM_{254} , MCM_{280} , СЗЕ ($p < 0,05$), а при нашаруванні обох паразитозів – ще й вмісту ЦІК ($p < 0,001$).

3. У пацієнтів із папулопустульозною формою розацеа виявляли вищі, ніж при еритемній формі показники ендотоксикозу. Нашарування мікст-паразитозу на папулопустульозну форму розацеа зумовило достовірне зростання показників ендогенної інтоксикації та ЦІК порівняно з хворими лише на папулопустульозну форму розацеа без супутніх паразитозів ($p < 0,001$).

Таблиця 2

Показники ендотоксикозу і ЦІК у пацієнтів із папулопустульозною формою розацеа та супутніми паразитозами ($M \pm m$)

Показник, одиниця виміру	Здорові особи ($n = 25$)	Хворі на		
		розацеа (1-а група, $n = 14$)	розацеа й лямбліоз (2-а група, $n = 54$)	розацеа, лямбліоз і демодикоз (3-я група, $n = 81$)
MCM_{254} ум. од.	$334,1 \pm 2,6$	$459,1 \pm 24,0^*$	$503,7 \pm 14,4^*$	$577,0 \pm 14,7^{*,1,2}$
MCM_{280} ум. од.	$147,5 \pm 1,2$	$218,6 \pm 12,8^*$	$222,2 \pm 8,8^*$	$265,1 \pm 9,2^{*,1,2}$
СЗЕ, %	$27,3 \pm 1,3$	$55,3 \pm 2,2^*$	$63,1 \pm 1,6^{*,1}$	$65,7 \pm 1,3^{*,1}$
ЦІК, ум.од.	$60,9 \pm 1,5$	$169,5 \pm 15,6^*$	$242,2 \pm 16,6^{*,1}$	$276,5 \pm 13,3^{*,1}$

Примітки: 1. * – відмінність достовірна порівняно із контролем; ¹ – порівняно з групою хворих на розацеа; ² – порівняно з групою пацієнтів з розацеа і лямбліозом. 2. Наведені відмінності достовірності становлять $< 0,05$.

Таблиця 3

Показники ендотоксикозу та ЦІК у пацієнтів із інфільтративно-продуктивною формою розацеа та супутніми паразитозами ($M \pm m$)

Показники, одиниці виміру	Здорові особи ($n = 25$)	Хворі на	
		розацеа й лямбліоз (1-а група, $n = 7$)	розацеа, лямбліоз і демодикоз (2-а група, $n = 9$)
$СМІ_{254}$ ум. од.	$334,1 \pm 2,6$	$488,5 \pm 38,8^*$	$613,8 \pm 55,6^*$
$СМІ_{280}$ ум. од.	$147,5 \pm 1,2$	$199,4 \pm 15,7^*$	$340,0 \pm 63,1^{*,1}$
СЗЕ, %	$27,3 \pm 1,3$	$66,4 \pm 3,0^*$	$64,6 \pm 3,5^*$
ЦІК, ум.од.	$60,9 \pm 1,5$	$243,0 \pm 20,5^*$	$268,0 \pm 34,6^*$

Примітки: 1. * – відмінність достовірна порівняно з контролем; ¹ – порівняно з групою хворих на розацеа й лямбліоз. 2. Наведені відмінності достовірності становлять (не менше) $\leq 0,05$.

ЛІТЕРАТУРА

1. Абрагамович Л.Є. Розацеазна хвороба: стан гепатобіліарної системи та її роль в етіології й патогенезі, принципи лікування / Л.Є. Абрагамович // Практична медицина. — 2003. — Т. 2, № 2 — С. 88-96.
2. Возіанова Ж.І. Інфекційні хвороби: В 3 т. — К.: Здоров'я, 2000. — Т. 1. — 896 с.
3. Возіанова С.В. Сучасні аспекти етіопатогенезу розацеа / С.В. Возіанова // Український журнал дерматол., венерол., косметол.: тези допов. I (VIII) з'їзду Української асоціації лікарів-дерматовенерологів і косметологів, 23 вересня 2005 р., Київ. — 2005. — № 3 — С. 165-169.
4. Габриэлян Н.Н., Липатова В.И. Опыт использования показателя средних молекул в крови для диагностики нефрологических заболеваний у детей // Лабор. Дело. — 1984. — № 3. — С. 138-140.
5. Глухенький Б.Т. Функциональное состояние печени у больных розацеа по данным радионуклидных исследований / Б.Т. Глухенький, Е.А. Чопик, О.В. Сницаренко // Вестник дерматологии и венерологии. — 1986. — № 7. — С. 38-40.
6. Гриневич Ю.А. Определение иммунных комплексов в крови онкологического больного / Ю.А. Гриневич, А.Н. Алферов // Лабор. дело. — 1981. — № 8. — С. 493-495.
7. Значение средних молекул в оценке уровня эндогенной интоксикации / Кишун А.А., Кудрина А.С., Офитова А.Д., Мишурина Р.Б. // Воен.-мед. журн. — 1990. — № 2. — С. 41-44.
8. Калюжна Л.Д. Основні аспекти етіопатогенезу, клініки і лікування розацеа: методичні рекомендації / уклад. С.В. Возіанова, Л.Д. Калюжна, О.Г. Черкасова [та інш.]; Міністерство охорони здоров'я країни, Академія медичних наук України. — К.: [б. в.], 2005. — 42 с.
9. Класифікація інфекційних і паразитарних хвороб / М.А. Андрейчин, А.О. Руденко, О.Л. Івахів, М.Д. Чемич. — Тернопіль: Укрмедкнига, 2002. — 143 с.
10. Коган Б.Г. Діагностика і терапія розацеа, демодикозу, дерматиту периорального з урахуванням спільних чинників виникнення, патогенезу та особливостей клінічного перебігу дерматозів: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня докт. мед. наук: спец. 14.01.20 «Шкірні та венеричні хвороби» / Б.Г. Коган. — Київ, 2006. — 44 с.
11. Крамарев С.А. Лямблиз. Диагностика, клиника, лечение : метод. рекомендации / С.А. Крамарев. — Киев, 2005. — 22 с.
12. Мавров І.І., Болотна Л.А., Сербіна І.М. Основы диагностики и лечения в дерматологии та венерологии: Посібник для лікарів, інтернів і студентів / І.І. Мавров, Л.А. Болотна, І.М. Сербіна. — Х.: Факт, 2007. — 792 с.
13. Методи дослідження ендогенної інтоксикації організму: методичні рекомендації / уклад. Андрейчин М.А., Бех М.Д., Дем'яненко В.В. [та інш.]. — Київ, 1998. — 31 с.
14. Потекаев Н.Н. Акне и розацеа / Под ред. проф. Н. Н. Потекаева. — М.: БИНОМ, 2007. — 231 с.
15. Слесарева Д.А. Клинический полиморфизм демодикоза в зависимости от выраженности эндоинтоксикационного синдрома / Д.А. Слесарева // Дерматология та венерология. — 2008. — № 1 (39). — С. 62-65.
16. Тогабаев А.А. Эндогенная интоксикация в жидкостях / А.А. Тогабаев // Лабор. дело. — 1988. — № 9. — С. 75-78.
17. Чубар О.В. Клініко-патогенетичне обґрунтування нових підходів до комплексного лікування хворих на рожеві вугри: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : спец. 14.01.20 «Шкірні та венеричні хвороби» / О.В. Чубар. — Харків, 2006. — 20 с.
18. Шкільна М.І. Сучасні методи діагностики лямбліозу у вивченні епідеміології збудника / М.І. Шкільна, О.Є. Авсюкевич // Паразитарні інвазії та їх профілактика : матеріали наук.-практ. семінару, 2–3 липня 2009 р., Харків. — Міжнарод. мед. журн. — 2009. — Спецвипуск. — С. 112–115.
19. Crawford G.H. Etiology, pathogenesis and subtype classification / G.H. Crawford, M. T. Pelle, W.D. James // J.Am. Acad. Dermatol. — 2004. — Vol. 51. — P. 327-341.

**ЕНДОТОКСИКОЗ У БОЛЬНЫХ
С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ
РОЗАЦЕА И СОПУТСТВУЮЩИМИ
ПАЗИТОЗАМИ**

М.Т. Ковальчук

Резюме: Обследовав 315 больных с розацеа и розацеа с сопутствующими лямблиозом и демодикозом, отметили, что в случае типичных клинических форм розацеа присоединения сопутствующего лямблиоза сопровождалось нарастанием

**THE ENDOTOXICOSIS AT PATIENTS
WITH DIFFERENT FORMS
OF ROSACEA AND COMBINED
PARASITOSE**

М.Т. Kovalchuk

Resume. Inspecting 315 patients with rosacea and rosacea with concomitant lambliosis and demodocosis, marked, that in the case typical clinical form rosacea joining of concomitant lambliosis accompanied growth of indexes of endogenous

показателей эндогенной интоксикации, а при наложении обоих паразитозов – усиление степени тяжести эндотоксикоза.

intoxication, and at stratification both parasitoses – deepening of degree of heavy stage of endotoxycosis.

Ключевые слова: розацеа, лямблиоз, демодекоз, синдром эндогенной интоксикации.

Keywords: rosacea, lambliosis, demodocosis, syndrome of endogenous intoxication.

Новини медицини

20 отличий женщин от мужчин

1. Среднестатистический рост мужчин в мире – 176 см.
2. Мужское сердце сокращается в среднем 70 раз в минуту, женское – 80.
3. Мужчины дышат животом, женщины – грудью.
4. В мужском теле в 1,5 раза больше потовых желез.
5. Среди сильного пола в 2 раза больше левшей.
6. У сильного пола иммунитет слабее. Аутоиммунные болезни типа рассеянного склероза встречаются в 3 раза чаще.
7. Температура мужского тела в среднем на 0,2 градуса выше.
8. У наших мачо сильнее развито левое полушарие, отвечающее за логическое мышление, у девушек же – правое, отвечающее за эмоции и творчество.
9. Примерно семь процентов мужчин страдают кластерными («пучковыми») головными болями. Вообще кластерными болями страдает только сильный пол, они связаны с эндокринными проблемами.
10. Язвы желудка мужчины зарабатывают в 2 раза чаще женщин.
11. Цирроз печени среди сильного пола встречается в 4-5 раз чаще.
12. У мужчин в 3 раза чаще случаются инфаркты и инсульты, особенно в возрасте до 60 лет.
13. Шизофреников среди женщин и мужчин примерно поровну, но мужчин чуть-чуть больше.
14. Мужчины тяжелее переживают стресс и чаще страдают болезнями внутренних органов на нервной почве, потому что не отрабатывают стресс словесно, а загоняют его в себя.
15. Мужчины – более «стайные животные», склонны к объединению для реализации каких-то действий: починить машину, попить пива, сходить на охоту. Женщины же индивидуалистки, «сбиваются в стаю» только чтобы посплетничать.
16. Кровь у мужчин в среднем на 10% гуще, что вызывает большую склонность к образованию тромбов.
17. У мужчин гипоталамус (часть мозга, отвечающая в числе прочего за сексуальность) в 1,3 раза крупнее. И половой гормон тестостерон у мужчин вырабатывается в большем объеме. Потому в сексе мужчины более активны и даже агрессивны.
18. Партнершу мужчины выбирают действительно глазами. Слуховые и обонятельные анализаторы у мужчин развиты слабее.
19. Пик сексуальности у мужчин приходится на 19-30 лет. Зато способность стать отцом может сохраняться до самой глубокой старости.
20. Если бы мужчина родил, он бы умер от болевого шока! У мужчин более низкий болевой порог, нервные окончания их внутренних органов в 1,3 раза чувствительнее. Потому внутренние болезни (например, приступ гастрита или стенокардию), инфекции, простуды мужчины переносят тяжелее. Мужской «обезболиватель» – адреналин.