

МЕТАБОЛІЧНІ ПОРУШЕННЯ ЛІПІДНОГО ОБМІНУ У ХВОРИХ НА ПОШИРЕНІ ДЕРМАТОЗИ

Е.М. Солошенко, Н.В. Жукова

ДУ «Інститут дерматології та венерології АМНУкраїни», м. Харків

Резюме. Представлено аналіз стану ліпідного обміну у 330 хворих на поширені дерматози, серед яких було 222 хворих на псоріаз, 38 – на лікарську хворобу, 60 – на хронічну істинну екзему в стадії загострення та 10 – на atopічний дерматит. Результати проведених досліджень свідчили про метаболічні порушення ліпідного обміну, що проявлялося вищезгаданим підвищенням вмісту загальних ліпідів, фосфоліпідів, первинних та вторинних продуктів метаболізму – дієнових кон'югатів та малонового діальдегіду, молекул середньої маси, інтенсивності біохемілюмінесценції та фосфоресценції

Ключові слова: поширені дерматози, метаболічні порушення, ліпідний обмін

ВСТУП

В патогенезі поширених дерматозів дотепер дискутується роль порушень ліпідного обміну, вклад якого має не останнє значення в метаболічних порушеннях, індивідуальних як метаболічний синдром (МС). Незважаючи на те, що в Україні відсутні статистичні дані щодо його розповсюдженості, в загальній популяції МС коливається від 20 до 32% [9]. Серед найважливіших факторів ризику МС відмічають не тільки надмірне харчування з високим вживанням жирів і вуглеводів, але й гіподинамію, що на тлі зниження енергетичних витрат, а також можливостей печінки і м'язів депонувати глюкозу у вигляді глікогену зумовлює гіперглікемію та стимулює процеси утворення жиру. Ці процеси, в свою чергу, призводять до збільшення загальної жирової маси тіла, яка активно впливає на гормональний баланс у організмі, а гормональні зміни сприяють посиленню інсулінорезистентності та порушенням метаболізму глюкози і ліпідів [10]. Ліпіди та фосфоліпіди є неодмінним компонентом клітинних елементів і виконують низку життєво важливих функцій в організмі, зокрема в енергозабезпеченні, активації імунних та ферментативних процесів, а перекисне окиснення ліпідів (ПОЛ) відіграє роль універсального механізму регуляції клітинного метаболізму. Сам процес ПОЛ, як окиснення ліпідів активними радикалами кисню, відбувається через стадію утворення пероксидів та гідропероксидів ліпідів, при цьому активні

радикали кисню залучаються в молекули ненасичених жирних кислот фосфоліпідів мембран, які є основним субстратом ПОЛ [4]. Враховуючи вищевикладене, метою нашої роботи стали комплексні дослідження ліпідного обміну.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

У хворих на поширені дерматози вимірювали артеріальний тиск у положенні сидячі через 5 хвилин після перебігу. У разі систолічного артеріального тиску вище 140 мм рт. ст. та діастолічного вище 90 мм рт. ст. продовжували вивчати інші клінічні критерії метаболічних порушень такі, як індекс маси тіла (ІМТ), існування вісцерального та абдомінального типів ожиріння (відкладання жиру переважно у сальнику та брижійці). Індекс маси тіла обчислювали за формулою – $ІМТ = \text{маса тіла (кг)} / \text{зріст (м)}^2$, котрий для чоловіків і жінок рахували нормальним при значеннях від 20 до 24, 9 кг/м². З метою оцінки абдомінального типу ожиріння заміряли коло талії (КТ, на рівні пупка) та коло стегнів (КС, за найбільшим колом – на рівні сідниць). Абдомінальний тип ожиріння встановлювали у тому разі, коли величина КТ/КС у чоловіків була більше 0,9, а у жінок – більше 0,8. Вісцеральний тип ожиріння виявляли простим антропометричним вимірюванням кола талії (КТ) і його діагностували у тому разі, коли коло талії у віці до 40 років равнялося 1 м і більше та 0,9 м і більше – у віці 41–60 років [5, 9].

Крім загальноклінічних та антропометричних досліджень, визначали вміст холестерину і тригліцеридів (ТГ) з використанням наборів реагентів фірми «Cone - Lab» (Фінляндія) та «Roche» (Швеція) на біохімічному автоматичному поліаналізаторі «Cobas mira» фірми «Гофман-Лярош» (Австрія, Швейцарія).

Ліпіди загальні, ліпіди дуже низької, низької (ХЛПНЦ) та високої (ХЛПВЦ) щільності, фосфоліпіди, а також ненасичені естерифіковані жирні кислоти (НЕЖК) виявляли традиційними методами [3, 6, 7, 8].

Про інтенсивність ПОЛ судили за вмістом в сироватці крові його первинних продуктів – дієнових кон'югатів, вторинних продуктів – малонового діальдегіду (МДА), а також молекул середньої маси [2, 4]. Для вивчення антирадикального захисту досліджували активність каталази, вміст вітамінів А, Е [1].

Статистична обробка результатів дослідження виконували за допомогою пакетів прикладних програм STATISTIKA 6.0 та SPSS 7.5.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Під наглядом було 222 хворих на псоріаз, 38 – на лікарську хворобу, 60 – на хронічну істинну

екзему в стадії загострення, 10 – на atopічний дерматит, усього 330 хворих на поширені дерматози (табл.1). аналіз хворих за статтю показав, що на псоріаз і екзему хворіють однаково як чоловіки (відповідно 34,85% і 8,79%), так і жінки (відповідно 32,42% і 9,39%), в той час як на лікарську хворобу і atopічний дерматит – переважно жінки (відповідно 8,48% і 2,42%) (табл.1).

Давність захворювання на поширені дерматози коливалась від 1 місяця до 10 років і більше, при цьому серед хворих на псоріаз переважали особи, у яких давність захворювання була понад 10 років (51,92%) та в інтервалах від 2,1 – 5 років (18,27%) і від 5,1 – 10 років (12,5%). За соціальним статусом на поширені дерматози в рівному ступені хворіли робітники (23,72%), домогосподарки (23,72%), учні та студенти (23,72%), а також службовці (20,33%).

Аналіз хворих на псоріаз за віком свідчив, що серед обстежених переважали хворі, які відносились до градації 41-50 років (20,72%) та градацій до 20 років (17,57%) і 21 – 30 років (17,12%). Найменше серед обстежених було хворих у віці 60 і більше років (11,71%) (табл.2).

Серед 222 хворих на псоріаз у 203 (91,44%) обстежених була діагностована прогресивна стадія, а у 19 (8,56%) – стаціонарна стадія (табл. 2).

Таблиця 1

Розподіл хворих на поширені дерматози за статтю

Групи обстежених	Стать				Усього хворих	
	Чоловіки		Жінки			
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс.число	%
Хворі на псоріаз	115	34,85	107	32,42	222	67,27
Хворі на лікарську хворобу	10	3,03	28	8,48	38	11,52
Хворі на екзему	29	8,79	31	9,39	60	18,18
Хворі на atopічний дерматит	2	0,61	8	2,42	10	3,03
Усього хворих	156	47,27	174	52,73	330	100,0

Таблиця 2

Розподіл хворих на псоріаз залежно від віку та стадії перебігу

Вік	Групи обстежених					
	Хворі на прогресивну стадію		Хворі на стаціонарну стадію		Усього хворих	
	Абс. Число	%	Абс. Число	%		
До 20	31	13,96	8	3,60	39	17,57
21-30	37	16,67	1	0,45	38	17,12
31-40	33	14,86	4	1,80	37	16,67
41-50	43	19,37	3	1,35	46	20,72
51-60	33	14,86	3	1,35	36	16,22
60 і більше	26	11,71	0	0,00	26	11,71
Усього хворих	203	91,44	19	8,56	222	100

Серед клінічних варіантів переважали хворі з бляшковим псоріазом (86,95%), в той час як великобляшковий та ексудативний псоріаз реєстрували відповідно у 4,95% та у 4,05% хворих (табл. 3).

Серед обстежених на псоріаз найчастіше реєстрували хворих з втратою сезонності (51,80%) та за зимовим типом (36,94%) (табл. 4).

Серед обстежених на лікарську хворобу переважали хворі у віці 21-30 років (26,32%) та у віці 41-50 років (23,68%) (табл. 5).

Серед хворих на лікарську хворобу (ЛХ) 21 (55,26%) обстежений був з клінічними її проявами, а у 17 (44,74%) ЛХ була в анамнезі (табл. 6). За клінічними проявами ЛХ найчастіше про-

Таблиця 3

Клінічні варіанти перебігу псоріазу

Клінічні варіанти	Групи обстежених					
	Хворі на прогресивну стадію		Хворі на стаціонарну стадію		Усього хворих	
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
Бляшковий псоріаз	180	81,08	13	5,86	193	86,95
Великобляшковий псоріаз	8	3,60	3	1,35	11	4,95
Бляшковий + псоріатична артропатія	4	1,80	0	0,00	4	1,80
Ексудативний псоріаз	7	3,16	2	0,90	9	4,05
Краплевидний псоріаз	4	1,80	0	0,00	4	1,80
Пустулезний псоріаз	0	0,00	1	0,45	1	0,45
Усього хворих	203	91,44	19	8,56	222	100

Таблиця 4

Розподіл хворих на псоріаз за сезонністю захворювання

Сезонність захворювання хворих на псоріаз	Групи обстежених					
	Хворі на прогресивну стадію		Хворі на стаціонарну стадію		Усього хворих	
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
Зимовий тип	74	33,33	8	3,60	82	36,94
Літній тип	19	8,56	6	2,70	25	11,26
Втрата сезонності	110	49,55	5	2,25	115	51,80
Усього хворих	203	91,44	19	8,56	222	100

Таблиця 5

Розподіл хворих на лікарську хворобу (ЛХ) за віком

Вік	Групи обстежених хворих на ЛХ					
	Хворі з клінічними проявами ЛХ		Хворі з ЛХ в анамнезі		Усього хворих на ЛХ	
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
До 20	3	7,89	2	5,26	5	13,16
21-30	4	10,53	6	15,79	10	26,32
31-40	4	10,53	1	2,63	5	13,16
41-50	7	18,42	2	5,26	9	23,68
	2	5,26	3	7,89	5	13,16
60 і більше	2	5,26	2	5,26	4	10,53
Усього хворих	22	57,89	16	42,11	38	100

Таблиця 6

Клінічні варіанти перебігу лікарської хвороби

Клінічні варіанти	Групи обстежених					
	Хворі з клінічними проявами ЛХ		Хворі з ЛХ в анамнезі		Усього хворих	
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
За типом екземи	4	10,53	10	26,32	14	36,84
За типом васкуліту	1	2,63	2	5,26	3	7,89
За типом фіксованої еритеми	2	5,26	1	2,63	3	7,89
За типом екзантеми	1	2,63	1	2,63	2	5,26
За типом алергічного дерматиту	4	10,53	1	2,63	5	13,16
За типом кропив'янки	9	23,68	2	5,26	11	28,95
Усього хворих	21	55,26	17	44,74	38	100

тікала по типу екземи (14 хворих, 36,84%) та кропив'янки (11 хворих, 28,95%) (табл. 6).

Серед обстежених на хронічну істинну екзему в стадії загострення переважали хворі у віці 41-50 років (30,0%) та у віці 51-60 років (25,0%) (табл. 7).

Серед усіх обстежених на екзему була виявлена істинна екзема, яка у 45 (75%) хворих перебігала як гострий процес, а у 15 (25%) – як рецидив хронічної екземи (табл. 7). За клінічними проявами хворі на екзему розподілялися на хворих з ліхеноїдною формою (33,4%) і дисгідротичною формою (66,6%).

Надмірна маса тіла була виявлена практично у всіх хворих. При визначенні рівня глюкози в крові натще гіперглікемія виявлена у 33,3% обстежених, а у 50% – зниження толерантності до глюкози (за даними глюкозо толерантного тесту).

Дослідження жирового обміну у хворих на псоріаз як в прогресивну, так і в стаціонарну стадії виявило вірогідні зміни у бік підвищення загальних ліпідів у хворих лише на прогресивну стадію у порівнянні з відповідними показниками осіб контрольної групи. Реєструвався також підвищений вміст фосфоліпідів у хворих на прогресивну і стаціонарну стадії. Підвищений вміст холестерину встановлено лише у 12% хворих (табл. 8).

Результати дослідження стану переокисного окислення ліпідів представлено в табл. 9. Як свідчать дані табл. 9, при розповсюджені псоріазі тільки в прогресивну стадію збільшується інтенсивність біохемілюмінесценції та фосфоресценції, вміст проміжних і кінцевих продуктів метаболізму – дієнових кон'югатів та малонового діальдегіду, а також вміст молекул середньої маси (MCM).

Таблиця 7

Розподіл хворих на екзему за віком

Вік	Групи обстежених хворих на екзему					
	Хворі на гостру екзему		Хворі на хронічну екзему		Усього хворих	
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
До 20	4	6,67	0	0,00	4	6,67
21-30	3	5,00	3	5,00	6	10,00
31-40	4	6,67	2	3,33	6	10,00
41-50	14	23,33	4	6,67	18	30,00
51-60	14	23,33	1	1,67	15	25,00
60 і більше	6	10,00	5	8,33	11	18,33
Усього хворих	45	75,00	15	25,00	60	100

Таблиця 8

Показники жирового метаболізму у хворих на псоріаз

Показники	Прогресивна стадія		Стаціонарна стадія		Контрольна група	
	К-ть хворих		К-ть хворих		К-ть хворих	
Ліпіди загальні (ммоль/л)	82	6,49±1,08 ³	14	5,96±1,18	24	4,72±0,76 ¹
Ліпіди дуже низької щільності (ммоль/л)	44	0,45±0,13	9	0,41±0,12	24	0,65±0,56
Ліпіди низької щільності (ммоль/л)	44	2,95±0,81	9	2,82±0,94	24	2,85±0,35
Ліпіди високої щільності (ммоль/л)	44	1,39±0,87	9	1,14±0,85	24	1,4±0,7
Фосфоліпіди (ммоль/л)	39	2,93±1,22 ³	5	3,03±1,47 ³	18	0,71±0,11 ¹²
Тригліцериди (ммоль/л)	44	1,01±0,28	9	0,92±0,27	24	1,08±0,74
Холестерин (ммоль/л)	83	5,36±0,89	14	5,02±1,05	24	4,55±0,92

Примітка: 1 – вірогідно відрізняється від показників хворих на прогресивну стадію, 2 – вірогідно відрізняється від показників хворих на стаціонарну стадію, 3 – вірогідно відрізняється від показників контрольної групи.

Таблиця 9

Стан перекисного окислення ліпідів (ПОЛ) у хворих на розповсюджений псоріаз, прогресивну стадію

Показники	Хворі на прогресивну стадію розповсюдженого псоріазу		Контрольна група		
	Кіл-ть хв.		Кіл-ть хв.		P
ІБХЛ (імп/с)	16	1435,13±24,94	11	843,91±15,59	<0,05
МДА (мкм/л)	16	4,16±0,20	11	2,78±0,08	<0,05
Дієни (мкм/л)	16	28,04±1,65	11	13,35±0,70	<0,05
2,4 ДНФ-А Y320	16	47,06±1,92	11	29,88±1,03	<0,05
2,4 ДНФ-К Y380	16	65,32±2,29	11	26,53±0,76	<0,05
МСМ (усл.од)	16	0,71±0,95	11	0,18±0,01	<0,05
ЛП	16	3,71±0,19	11	1,12±0,05	<0,05
Фосфоресценція (імп/с)	16	2099,25±71,07	11	1171,82±26,82	<0,05

Результати досліджень системи антиоксидантного захисту представлені в таблиці 10. Як свідчать дані таблиці 10, у хворих на псоріаз як в прогресивну стадію, так і в стаціонарну реєструються підвищеними активність каталази, вміст

гаптоглобіна, вітаміна Е та сульфгідрильних груп на фоні низьких показників вітаміну А у порівнянні з відповідними показниками практично здорових осіб.

Таблиця 10

Показники антиоксидантного захисту у хворих на розповсюджений псоріаз

Показники	Прогресивна стадія		Стаціонарна стадія		Контрольна група	
	К-ть хворих		К-ть хворих		К-ть хворих	
Каталаза (мкат/л)	41	9,2±1,30	5	6,41±1,12	17	5,34±1,28
Гаптоглобін (г/л)	41	2,7±0,05	5	1,8±0,04	17	0,56±0,08
Вітамін Е (мкм/л)	39	64,29±5,76 ³	14	68,65±5,95 ³	26	7,01±0,97 ¹²
Вітамін А (мкм/л)	39	3,46±0,91 ³	14	3,67±1,25 ³	18	81,17±3,43 ¹²
Сульфгідрильні групи (мкм/л)	41	0,32±0,02	7	0,23±0,03	17	0,11±0,05

Примітка: 1 – вірогідно відрізняється від показників хворих на прогресивну стадію, 2 – вірогідно відрізняється від показників хворих на стаціонарну стадію, 3 – вірогідно відрізняється від показників контрольної групи.

Щодо хворих на екзему та лікарську хворобу (ЛХ), то у них також, як і у хворих на псоріаз, спостерігається значне збільшення вмісту продуктів ПОЛ, рівня первинних та вторинних продуктів, який підвищувався в 1,5 рази, в той час як вміст МДА лише на 25 %. Одержані данні свідчать про те, що у хворих на екзему та лікарську хворобу значно прискорюються початкові стадії ПОЛ (утворення ДК), а реакції трансформації поліненасичених жирних кислот до діальдегідних продуктів (МДА) менш інтенсивні, про що свідчить рівень МДА в сироватці крові (табл. 11).

Відомо, що антиоксидантна система (АОС) забезпечує контроль за накопиченням продуктів ПОЛ. Каталаза і церулоплазмін є ферментами антиперексидного захисту, які приймають участь в утилізації перекису водню шляхом блокування дії активних форм кисню на стадії ініціації вільнорадикального окислення. Встановлено, що у хворих на екзему та лікарську хворобу спостерігається активація каталази та підвищений рівень церулоплазміну (табл. 12), загальна ж антиоксидантна активність плазми крові залишається на рівні контрольних значень.

Можна припустити, що активація антиоксидантних ферментів у хворих на екзему та ЛХ є одним із молекулярних адаптаційних механізмів екстренної детоксикації, яка спрямована на зв'язування токсичних продуктів ПОЛ в крові.

ВИСНОВКИ

Таким чином, дослідження ліпідного обміну у хворих на поширені дерматози виявили порушення ліпідного обміну. Так, у хворих на псоріаз виявило вірогідні зміни у бік підвищення загальних ліпідів лише у хворих на прогресивну стадію, а також підвищений вміст фосфоліпідів у хворих як на прогресивну, так і стаціонарну стадії. При дослідженні стану ПОЛ у хворих на псоріаз лише в прогресивну стадію встановлено збільшення інтенсивності біохемілюмінесценції та фосфоресценції, вмісту первинних та вторинних продуктів метаболізму – дієнових кон'югатів та малонового діальдегіду, а також вмісту молекул середньої маси. Дослідження системи антиоксидантного захисту свідчать про підвищення активності каталази, вмісту гаптоглобіну, вітаміну Е та сульфгідрильних груп на фоні низьких показників вітаміну А.

У хворих на екзему та лікарську хворобу спостерігається підвищення в 1.5 рази рівня первинних та вторинних продуктів ПОЛ, в той час як підвищення вмісту МДА лише на 25 %, що вказує на значне прискорення початкових стадій ПОЛ на фоні менш інтенсивного перебігу реакцій трансформації поліненасичених жирних кислот до діальдегідних продуктів. Підвищення вмісту антиоксидантних ферментів (активація каталази та підвищення рівня церулоплазміну) у хворих на екзему свідчать про активацію молекулярних адаптаційних механізмів екстренної детоксикації, яка спрямована на зв'язування токсичних продуктів ПОЛ в крові.

Таблиця 11

Вміст молекулярних продуктів пероксидації ліпідів в сироватці крові практично здорових донорів та хворих на екзему

Обстежені групи	ДК, Е/мл	ТК, Е/мл	ОДК, Е/мл	МДА, ммоль/мл
Практично здорові донори	N = 23 35,68 ± 1,49	n = 23 10,81 ± 0,5	n = 22 9,16 ± 0,41	n = 47 0,74 ± 0,03
Хворі на екзему	N = 27 50,67 ± 1,44*	n = 26 15,88 ± 0,62*	n = 26 13,54 ± 0,56*	n = 48 0,93 ± 0,02**

Примітка: р – дано відносно до групи практично здорових донорів: * – P<0,01; ** – P<0,05.

Таблиця 12

Стан показників антиоксидантної системи крові у хворих на екзему та практично здорових донорів

Обстежені групи	Антиокислювальна активність плазми крові, %	Рівень церулоплазміна в плазмі крові, мг/л	Активність каталази в еритроцитах, у.е.	Рівень перекисного гемолізу еритроцитів, %
Практично здорові донори	n = 25 48,39 ± 1,54	n = 49 265,26 ± 11,8	n = 20 0,089 ± 0,005	n = 10 9,25 ± 1,38
Хворі на екзему	n = 109 47,85 ± 1,02	n = 73 299,33 ± 10,61*	n = 87 0,120 ± 0,006*	n = 73 11,68 ± 2,85*

Примітка: р – дано відносно до групи практично здорових донорів, * – P<0,01.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бурнусус З.И., Сурай П.Ф., Бурнусус К.Г. Определение α -токоферола в сыворотке крови // Лаб. дело. – 1991. – № 4. – С. 49-51.
2. Габриэлян Н.Н., Липатова В.И. Опыт использования показателей средних молекул для диагностики нефрологических заболеваний у детей // Лаб. дело. – 1984. – № 3. – С. 138-140.
3. Горячковский А.М. Клиническая биохимия в лабораторной диагностике. – Одесса: Экология, 2005. – 607 с.
4. Лемко І.С., Андрашко Ю.В., Габор М.Л., Небесник О.І. Роль показників перекисного окиснення ліпідів та ферментів антиоксидантного захисту у формуванні оксидантного стресу у хворих на псоріаз // Український журнал дерматології, венерології, косметології. – 2008. – №3. – С. 5-8.
5. Лишневская В.Ю. Метаболический синдром в клинике врача общей практики // Кровообіг та гемостаз. – 2005. – № 2. – С. 18-28.
6. Методы биохимических исследований /Под ред. проф. М.И. Прохоровой. – Ленинград: Изд-во Ленингр. ун-та, 1982. – 270 с.
7. Практикум по биохимии / Под ред. С.Е. Северина, Т.А. Соловьевой. – М.: Изд-во МГУ, 1989. – С. 160-161.
8. Руководство к лабораторным работам по биологической химии / Под ред. Т.Т.Березова. – М.: Медицина, 1976. – С. 118-256.
9. Томашевська О.Я., Дзись Є.І. Сучасні погляди на метаболічний синдром як на постпрандіальну хворобу // Кровообіг та гемостаз. – 2005. – № 2. – С. 57-63.
10. Харченко Н.В., Анохіна С.В., Бойко С.В. Нові підходи до корекції порушень ліпідного обміну у хворих з метаболічним синдромом //Сучасна гастроентерологія. – 2006. – № 1 (27). – С. 36-39.

**МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ
ЛИПИДНОГО ОБМЕНА
У БОЛЬНЫХ РАСПРОСТРАНЕННЫМИ
ДЕРМАТОЗАМИ**

Э.Н. Солошенко, Н.В. Жукова

Резюме. Представлен анализ состояния липидного обмена у 330 больных распространенными дерматозами, среди которых было 222 больных псоріазом, 38 – лекарственной болезнью, 60 – хронической истинной экземой в стадии обострения, 10 – атопическим дерматитом. Результаты проведенных исследований свидетельствовали о метаболических нарушениях липидного обмена, что проявлялось достоверным повышением содержания общих липидов, фосфолипидов, первичных и вторичных продуктов метаболизма – диеновых конюгатов и малонового диальдегида, молекул средней массы, интенсивности биохемилюминесценции и фосфоресценции сыворотки крови.

Ключевые слова: распространенные дерматозы, метаболические нарушения, липидный обмен.

**LIPID METABOLISM
DISORDERS IN PATIENTS
WITH SPREAD
DERMATOSES**

E.M. Soloshenko, N.V. Zhukova

Resume. The analysis of lipid metabolism status in 330 patients with spread dermatoses such as psoriasis (222 patients), drug disease (38 ones) and chronic true eczema in acute stage (60 ones) as well as atopic dermatitis (10 persons) is presented. The results of the investigations are to testify lipid metabolism disorders revealed in reliable increase of level of general lipids, phospholipids, primary and secondary metabolites of diene conjugates and malone dialdehyde, medium weight molecules as well as serum biochemical luminescence and phosphorescence intensity increase.

Keywords: spread dermatoses, metabolic disorders, lipid metabolism.