

ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

паразитологічні дослідження виявились позитивними також у 4 осіб, у тому числі у 2 – без клінічного рецидиву.

Повторно лямблії в 1-й групі виявлено в 40,0 % хворих, у 2-й групі – в 33,3 %, у 3-й групі – в 17,4 %.

Абстракт

1. Стандартна терапія алергодерматозів з використанням антигістамінних препаратів (супрастин, телфаст), дезінтоксикаційних засобів (реосорбілакт, ентеросорбенти), глюкокортикоїдів загальної і місцевої дії (дипроспан, глюкокортикоїдні мазі) на тлі лямбліозної інвазії є недостатньо ефективною.

2. За наявності супутнього лямбліозу комплексне лікування хворих на алергодерматози треба доповнити протистозидним препаратом.

3. Найкращі результати лікування алергодерматозів на тлі супутньої лямбліозної інвазії досягнуті при застосуванні мератину з урахуванням хронобіоритму збудника у поєднанні з ентеросорбентом (полісорб), жовчогінним засобом (алохол) та пробіотиком (хілак).

Ключові слова

1. Белый Л.И. Опыт лечения больных алергодерматозами с использованием природных факторов озера Солёный лиман // Журнал дерматовенерологии и косметологии им. Н.А. Торсуева – 2006. – № 1-2 (12). – С. 167-170.

2. Бездетко Т.В. Использование препарата «Эриус» в лечении острой и хронической крапивницы // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол. – 2007. – № 2 (25). – С. 26-29.

3. Куимова И.В. Клинико-патогенетические аспекты патологии органов пищеварения и алергодерматозов у детей с лямблиозной инвазией: Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. – М., 2003. – 40 с.

4. Mahmoud M.S., Salem A.A., Rifaat M.M. Human giardiasis as an etiology of skin allergy: the role of adhesion molecules and interleukin-6 // J. Egypt. Soc. Parasitol. – 2004. – V. 34, N 3. – P. 723-737.

5. Bulut B.U., Giilnar S.B., Aysev D. Alternative treatment protocols in giardiasis: a pilot study // Scand. J. Infect. Dis. – 1996. – V. 28, N 5. – P. 493-495.

6. Профилактика лямблиоза: Методические указания / Цыбина Т.Н., Сыскова Т.Г. – М., 2004. – 40 с.

7. Hermida R.C., Ayala D.E., Arroyave R.J. Circannual Incidence of Giardia Lamblia in Mexico // Chronobiology International. – 1990. – V. 7, N 4. – P. 329-340.

APPLICATION OF MERATINE IN COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS WITH ALLERGODERMATOSES AND CONTAMINANT LAMBLIASIS

N.A. Vasylyeva, M.I. Shkilna

SUMMARY. Various schedules of complex treatment of allergodermatoses against a background lamblious invasion with application of antistocidial drugs were tested. The best results of treatment were achieved at meratine application taking into account pathogene chronobiorithm (1/4 of daily dose in the morning and 3/4 – for night) in combination with enterosorbents, bile-expelling drugs, probiotics.

Key words: allergodermatoses, lamblias, treatment, meratine.

© Ковальчук М.Т., 2009

УДК 616.511.4/5+616.99]-06:616-097

М.Т. Ковальчук

НОВАЇ 2Ї ОЇ І І - НЕНОВАЇ È İ ĐÈ ĐÎ ÇÀÖÅÀ Í À ÒË² İ ÅÐÀÇÈÒÎ Ç²Å

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського

Шляхом обстеження хворих на розацеа і паразитози встановлено, що їх імунний статус при супутньому демодекозі й лямбліозі зазнає суттєвих змін: статистично достовірно знижується порівняно зі здоровими людьми рівень загальних Т-лімфоцитів і

Т-супресорів, а також зростає концентрація IgM та IgE. Супутній демодекоз супроводжується ще й значним зниженням рівня Т-хелперів.

Ключові слова: розацеа, лямбліоз, демодекоз, імунний статус.

ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

Розацеа залишається однією з важливих проблем клінічної дерматології та косметології. Актуальність хвороби визначається значним розповсюдженням, стійкою тенденцією до збільшення частоти, особливо тяжких форм, що супроводжуються набряком, пустульозними висипаннями, розростанням сполучної тканини та гіперплазією сальних залоз, які спотворюють обличчя, що призводить до обмеження соціальної, психологічної та фізичної активності хворих [1, 2]. Частота розацеа серед усіх хронічних дерматозів складає 5 % [3].

Етіологія та патогенез захворювання до кінця не з'ясовані. Кожна клінічна форма має свої патогенетичні особливості, які визначають клінічну картину розацеа. До ендогенних чинників її розвитку належать захворювання органів травного каналу та печінки, наявність гелікобактерної інфекції [4, 5], психо-вегетативні порушення [6], дисфункція імунної системи [7, 8], ендокринні зрушення, зокрема статевих залоз [2, 6], порушення функції шкіри та зміна складу шкірного сала [9], судинні захворювання та розлади в системі гемоциркуляції [10-12]. До екзогенних чинників відносять вживання гарячої їжі та напоїв, несприятливі метеорологічні умови, гіперінсоляцію, стрес, неадекватне застосування місцевої терапії, яка має подразнюючу дію [4-6, 9, 12]. Активно ведеться дискусія стосовно ролі кліщів *Demodex folliculorum*, *Demodex brevis* у розвитку розацеа [13].

Метою роботи було дослідити показники клітинного і гуморального імунітету у хворих на розацеа в поєднанні зі супровідними демодекозом і лямбліозом.

І ації і де і і аї де

Під спостереженням було 124 хворих віком від 19 до 55 років, які перебували на амбулаторному та стаціонарному лікуванні в Тернопільському обласному шкірвендиспансері. Жінок було 108, чоловіків – 16.

У всіх пацієнтів визначали субпопуляції Т-і В-лімфоцитів, використовуючи еритроцитарні діагностикуми ТОВ НВЛ «Гранум» (м. Харків), а імуноглобуліни сироватки крові – за допомогою біохімічного методу.

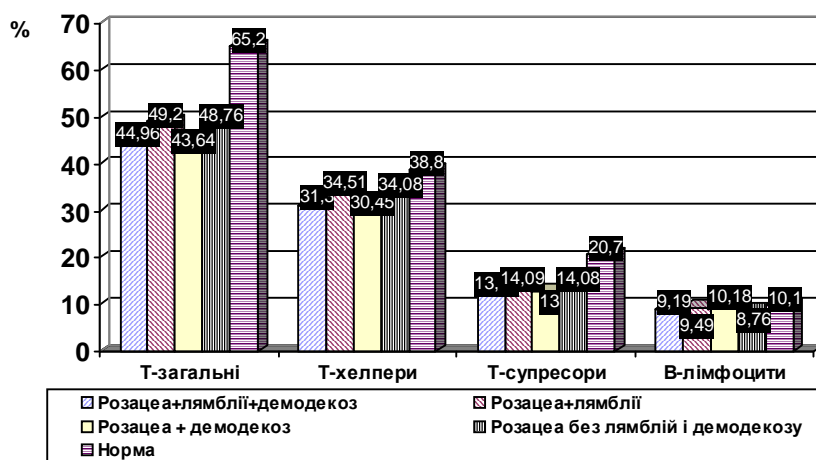
Хворих було поділено на 4 групи, з них 1-а група – 27 пацієнтів з розацеа, 2-а група (11 хворих) – з розацеа і демодекозом, 3-я група (58 хворих) – з розацеа і лямбліозом, 4-а група (28) – з розацеа, демодекозом і лямбліозом. Контрольну групу склали 25 здорових людей.

Наявність *Demodex folliculorum*, *Demodex brevis* виявляли шляхом мікроскопічного дослідження патологічного матеріалу, взятого з уражених ділянок шкіри. Діагноз демодекоз встановлювали за умови знаходження більше 5 особин кліщів-демоцид на 1 см² ураженої ділянки.

Діагностика дії і де і і аї де

У всіх пацієнтів було досліджено імунний статус до лікування. Встановлено, що рівень загальних Т-лімфоцитів і Т-супресорів нижчий ($p < 0,05$) у всіх досліджуваних групах порівняно зі здоровими. Вміст Т-хелперів нижчий ($p < 0,05$) у 2-й ($30,45 \pm 0,77$) % та 4-й ($31,30 \pm 0,50$) % групах. Достовірних змін рівня В-лімфоцитів не виявлено (мал. 1).

У гуморальній відповіді організму виявлено підвищення рівня IgM у всіх групах та IgE у хворих 1-ї ($95,80 \pm 12,56$) та 3-ї груп ($101,54 \pm 10,99$) г/л ($p < 0,05$). Варто зазначити, що рівень IgM в пацієнтів із розацеа і лямбліозом – ($3,38 \pm 0,25$) г/л був вищий, ніж у хворих із розацеа без цієї інвазії ($2,62 \pm 0,23$) г/л ($p < 0,05$).



Мал. 1. Показники клітинного імунітету у хворих на розацеа із супутніми демодекозом і лямбліозом.

ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

Таблиця 1

Показники гуморального імунітету у хворих на розацеа із супутніми демодекозом і лямбліозом (M±m)

Хвороба	n	IgE, г/л	IgG, г/л	IgA, г/л	IgM, г/л
Розацеа	27	95,80±12,56*	9,44±0,26*	1,62±0,14	2,62±0,23*
Розацеа + демодекозом	11	80,45±14,55	9,61±0,81	1,87±0,34	2,91±0,45*
Розацеа+лямблії	58	101,54±10,99*	9,59±0,20	2,11±0,16	3,38±0,25***
Розацеа+лямблії+демодекоз	28	91,67±15,94	10,04±0,34	2,32±0,18*	3,14±0,21*
Норма	25	65,35±4,85	10,30±0,37	1,83±0,37	1,46±0,08

Примітки. * – p<0,05 порівняно з нормою; ** – p<0,05 порівняно з 1-ю та 3-ю групою.

За даними літератури, в розвитку розацеа певну роль відіграють порушення імунітету [14], припускають значення змін у вродженому імунітеті [15]. У хворих на розацеа та демодекоз у поєднанні було встановлено зростання абсолютно числа розеткоутворюючих клітин та Т-хелперів і зменшення рівня цитотоксичних лімфоцитів [16]. В іншій роботі відмічене суттєве зниження Т-лімфоцитів у хворих за наявності папуло-пустульозної та пустульозно-вузлуватої стадії розацеа порівняно зі здоровими людьми, причому у пацієнтів з демодекозом при папульозній, пустульозній і комбінованих клінічних стадіях були суттєво знижені показники Т-хелперів [17].

Спостерігалися зміни й у гуморальній відповіді організму, а саме зростання рівня усіх трьох класів імуноглобулінів – М, G, А, хоча не було кореляції між рівнем імуноглобулінів та клінічною стадією дерматозу [14, 17, 18].

Даних літератури про імунологічну відповідь у хворих з розацеа на тлі лямбліозу нами не знайдено.

Аєñí î ví ê

1. Імунний статус хворих на розацеа із супутнім лямбліозом зазнає суттєвих змін: статистично достовірно знижується порівняно зі здоровими людьми рівень загальних Т-лімфоцитів і Т-супресорів, а також зростає концентрація IgM та IgE.

2. Супутній демодекоз супроводжується подібними змінами й значним зниженням рівня Т-хелперів.

Ëìðàðàðòðà

1. Gupta A.K., Chaundry M. Rosacea and its management: an overview // J. Eur. Acad. Dermatol. Venerol. – 2005. – V. 19, N 3. – P. 768-770.

2. Шармазан С.И. Комплексное лечение больных розацеа женщин климактерического периода с применением заместительной гормональной терапии // Дерматовенерология, косметология, сексопатология. – 2000. – № 2 (3). – С. 57-62.

3. Потекаев Н.Н. Розацеа, этиология, клиника, терапия. – Москва, 2000. – 143 с.

4. Абрагамович Л.Е., Лаврик А.У., Комар В.С. Состояние органов пищеварения при розацеа и аллергических дерматозах // Использование бальнео-курортных и преформированных физических факторов в терапии и реабилитации больных дерматозами: Тез. докл. межрегион. конф. дерматол. и курортол. (2-3 июля 1989 г. Львов). – Львов, 1989. – С. 11-12.

5. Абрагамович Л.Е. Новый способ лечения инфекции Helicobacter pylori у пациентов с розацеазной хворобою та деякими видами системного і алергійного дерматозів // Укр. журн. дерматології, венерології, косметології. – 2005. – №3 (18). – С. 161.

6. Rebora A. Rosacea // J. Invest. Derm. – 1987. – V. 88, N 3. – P. 56-60.

7. Коган Б.Г. Клинико-иммунологические особенности, диагностика и лечение демодекоза: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Киев, 1995. – 23 с.

8. Черкасова М.В. Новые аспекты патогенеза и лечения розацеа (клинико-эпидемиологическое и иммунологическое исследование): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Москва, 1997. – 18 с.

9. Адаскевич В.П. Акне вульгарные и розовые. – Москва: Медицинская книга, Н. Новгород: НГМА, 2003. – 160 с.

10. Рознатовский К.И., Алиев Ф.А. Оценка показателей микроциркуляции в области лица у женщин с розацеа // Тез. науч. раб. IX Всерос. съезда дерматовенерол. – Москва, 2005. – Т. 1. – С. 96.

11. Возианова С.В. Современный взгляд на систему микроциркуляторного русла кожи и его изменения при розацеа // Дерматология і венерология. – 2004. – № 4 (26). – С. 43-47.

12. Возианова С.В. Клініко-патогенетичні особливості формування та перебігу розацеа у жінок та чоловіків, їх порівняльна характеристика та розробка диференційного алгоритму лікування: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. – Харків, 2008. – 39 с.

13. Коган Б.Г. Диагностика і терапія розацеа, демодекозу, дерматиту періорального з урахуванням спільних чинників виникнення, патогенезу та особливостей клінічного перебігу дерматозів: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. – Київ, 2006. – 44 с.

14. Цыганкова С.Т., Громова С.А., Акимова Н.И. К состоянию клеточного и гуморального иммунитета у больных периоральным дерматитом и розацеа // VI Всерос. съезд дерматол. и венерол.: тез. докл. – Челябинск, 1989. – С. 400-402.

ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

15. Bevins P., Charles L. Rosacea: skin innate immunity gone awry? // Nature Medicine. – 2007. – V. 13, N 8. – P. 904-906.

16. Темников В.Е., Ометов В.К. Клиническое значение иммунных нарушений при розовых угрях // Тез. науч. работ VI Росс. съезда дерматовенерол. – Казань, 1996. – Ч. 1. – С. 141.

17. Коган Б.Г., Степаненко В.І. Порушення імунного статусу організму хворих на розацеа, демодекоз і періоральний дерматит, з урахуванням патогенетичного значення інвазії шкіри кліщами демоцидами // Укр. журн. дерматології, венерології, косметології. – 2005. – №2 (17). – С. 20-25.

18. Громова С.А., Владимиров В.В., Курьянова О.Н. Содержание сывороточных иммуноглобулинов А, М, G, E у больных периоральным дерматитом и розацеа // Тез. докл. VI Всерос. съезда дерматол. и венерол. – 1989. – Ч. 2. – С. 369-370.

STATUS OF IMMUNE SYSTEM AT ROSACEA AGAINST A BACKGROUND OF PARASITOSSES

M.T. Kovalchuk

SUMMARY. By means of examination of patients with rosacea and parasitoses it was revealed that their immune status at contaminant lambliasis is changes considerably: the level of general T-lymphocytes and T-suppressors decreases reliably as compared to healthy people and concentration of IgM and IgE increases. Contaminant demodocosis is also accompanied with significant decrease of level of T-helpers.

Key words: rosacea, lambliasis, demodocosis, immune status.

© Журило О.А., Ліскіна І.В., Барбова А.І., 2009
УДК 616.24-002.5-089.091.8-093/-098

О.А. Журило, І.В. Ліскіна, А.І. Барбова

ЇЌ×ÀÑÍ² Ì Î ÐŌÎ ÊÎ ã²×Í² ÒÀ Ì²ÊĐÎ Á²Î ËÎ ã²×Í²
Î ÑÎ ÁËËÁÎ ÑÒ² ÒŌÁÁĐÊŌËÛÎ ÇŌ ËÁÁÁÍ Û, ÒËËË Ì Î ÒĐÁÁŌ^а
Ō²ĐŌĐã²×Í Î ãÎ Ë²ÊŌÁÁÍ Í Ò

Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського

Проведено аналіз даних морфологічного дослідження резектованих фрагментів легень з приводу не ефективно лікованого легеневого туберкульозу та сучасного мікробіологічного вивчення клінічного матеріалу цих же хворих. Визначено гістоморфологічні особливості та клініко-морфологічні форми легеневого туберкульозу, які потребують хірургічного втручання, а також результативність мікробіологічних досліджень і структуру медикаментозної резистентності штамів мікобактерій туберкульозу (МБТ). З'ясовані вірогідні взаємозв'язки між деякими морфологічними характеристиками та даними мікробіологічного дослідження, висунуті можливі припущення щодо природи їх виникнення.

Ключові слова: туберкульоз легень, хірургічне лікування, морфологічні та мікробіологічні особливості.

Відомо, що з середини 90-х років минулого сторіччя і до теперішнього часу реєструється стабільне зростання захворюваності та смертності від

туберкульозу в більшості країн світу. Зростає кількість осіб із розповсюдженими, тяжкими та гостро-прогресуючими формами деструктивного туберкульозу органів дихання, для яких сучасні схеми хіміотерапії виявляються недостатньо ефективними. Водночас відмічається зростання кількості хворих, які виділяють хіміорезистентні штами *M. tuberculosis*, останні негативно впливають на дієвість комплексного застосування сучасних протитуберкульозних засобів та призводять до зростання різних ускладнень [1]. Ось чому на теперішній час у рекомендаціях ВООЗ та розроблених в Україні документах державного рівня щодо медичного ведення хворих на туберкульоз [2, 3] є чіткий перелік рекомендацій та вказівок стосовно доцільності проведення хірургічного лікування такого контингенту хворих.

Слід зазначити, що в літературі представлені лише поодинокі повідомлення щодо вивчення власне активності та перебігу туберкульозного