

УДК 6181-067-421

## ОСОБЕННОСТИ НЕКОТОРЫХ ФОРМ ДЕРМАТИТОВ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА НА ФОНЕ ЛЯМБЛИОЗА

<sup>1</sup>Балакишьева Ф.И., <sup>1</sup>Мамедова Г.С., <sup>1</sup>Мамедханова И.А., <sup>2</sup>Исмаилова М.Ю.

<sup>1</sup>*Азербайджанский медицинский университет, Баку, e-mail: khalafli@mail.ru;*

<sup>2</sup>*Азербайджанский государственный институт усовершенствования врачей им. А. Алиева, Баку*

Приведенными данными показаны особенности клинического течения аллергодерматозов на фоне лямблиозной инвазии: усиление зуда при аллергических дерматитах, преобладание зуда над высыпаниями, более частая хронизация аллергодерматозов. Для решения поставленных задач всем больным было проведено общеклиническое, аллергологическое и иммунологическое обследование. Базисная терапия аллергодерматозов, ассоциированных с лямблиозом, оказалась малоэффективной: удалось достичь частичного улучшения только у 18,9% лиц, в 45,3% – без существенной динамики, в 35,8% – ухудшение. По данным катамнеза, через 5–10 месяцев клиническая ремиссия сохранялась у 71,8% больных atopическим дерматитом на фоне лямблиоза против 35,7% – у пациентов с аналогичной патологией кожи без сопутствующих паразитозов. Разработанное комплексное лечение больных с atopическим дерматитом на фоне лямблиоза назначением протистостатического препарата «Орнидазола» обеспечило клиническое выздоровление от этих дерматозов у 88,6% больных против 18,9% – без такой терапии.

**Ключевые слова:** лямблиоз, аллергический дерматит, распространенность

## ESPECIALLY SOME FORMS OF DERMATITIS ALLERGIC GENESIS AMID GIARDIASIS

<sup>1</sup>Balakishieva F.I., <sup>1</sup>Mamedova G.S., <sup>1</sup>Mamedhanova I.A., <sup>2</sup>Ismailova M.Y.

<sup>1</sup>*Azerbaijan Medical University, Baku, e-mail: khalafli@mail.ru;*

<sup>2</sup>*Azerbaijan State Institute of improve-provement doctors im. A. Alieva, Baku*

Given data showing clinical features allergodermatosis on background giardiasis invasion: increased itching in allergic dermatitis, rashes on the prevalence of itching, more frequent allergic chronicity. To solve the problems, all the patients were conducted clinic parameter, allergy and immunological examination. Basis therapy of allergic associated with giardiasis, was non effective: a partial improvement was achieved in only 18,9% of those in the 45,3% – without substantially speakers, 35,8% – worse. According catamnesis, after 5–10 months of clinical remission was maintained in 71,8% of patients on the background of the giardiasis against 35,7% – in patients with similar pathology of the skin without concomitant parasitosis. Develop a comprehensive treatment of patients with on the background of giardiasis appointment protistostidic drug ornidazole provided clinical recovery from these dermatoses in 88,6% of patients versus 18,9% – without such therapy.

**Keywords:** giardiasis, allergic dermatitis, prevalence

Известно, что в патогенезе ряда паразитозов ведущую роль играют процессы, вызванные вторичными факторами и опосредуемые организмом хозяина. К таковым можно отнести токсико-аллергические и другие иммунопатологические реакции, ведущие к расстройству регулирующих систем организма, а также нарушение многих метаболических процессов [1, 2, 3]. Вызываемые паразитами в организме хозяина многообразные иммунные реакции, по своей природе и механизму весьма своеобразны, так как по строению и биохимизму паразитические организмы могут быть источником многочисленных антигенных раздражителей. Исследования последних лет указывают на важную роль в развитии аллергических заболеваний кожи вирусов, бактерий, паразитарных инвазий, в т.ч. лямблий [4, 5]. Лямблиозная инвазия, которая возникает на фоне иммунного дисбаланса в организме пациентов, углубляет патологические изменения клеточного и гуморального звеньев иммунитета, формируя синдром взаимного отягощения [6, 7].

**Цель исследования:** выявить особенности некоторых форм дерматитов аллергического генеза на фоне лямблиоза в современных условиях.

### Материалы и методы исследования

В исследование были включены 117 больных с аллергическим дерматитом, в возрасте от 20 до 48 лет, обратившихся в Республиканский кожно-венерологический диспансер г. Баку с 2009 по 2013 гг. Среди обследованных пациентов было 66 женщин и 51 мужчин. Средний возраст больных составлял  $33,8 \pm 3,5$  лет. В основную группу вошли 85 больных с аллергическими дерматитами, у которых диагностирован лямблиоз как сопутствующее заболевание. Контрольную группу составили 32 пациента с аллергическими дерматитами без лямблиоза. Группы были сопоставимы по возрасту и полу.

Диагноз atopического дерматита (АД) ставился на основании клинической картины заболевания в соответствии с диагностическими критериями, предложенными Hanifin J.M., Rajka G. в 1980 г. и дополненными Hanifin J.M., Cooper K.D. в 1986 году.

Учитывая значительные сложности в объективизации оценки тяжести atopического дерматита, мы использовали балльную шкалу степени тяжести – SCORAD (scoring atopic dermatitis – шкала

атопического дерматита), которая была предложена в 1994 году Европейской рабочей группой по atopическому дерматиту. Степень тяжести определяли в период обострения, на момент поступления в отделение. Распространенность и тяжесть течения atopического дерматита оценивалась согласно рекомендации Российского национального согласительного документа по atopическому дерматиту «Атопический дерматит: рекомендации для практических врачей» (2002). Диагноз лямблиоза устанавливали на основании паразитологического исследования фекалий и дуоденального содержимого методом светооптической микроскопии. Суммарные антитела к лямблиям в сыворотке крови определяли методом иммуноферментного анализа с помощью тест-систем производства «Вектор-Бест» (Новосибирск, Россия).

Для решения поставленных задач всем больным было проведено общеклиническое, аллергологическое и иммунологическое обследование. Всем больным проводился сбор анамнеза, ежедневный клинический осмотр. Клиническое обследование включало клинический анализ крови; общий анализ мочи; кала на яйца гельминтов 3-кратно; анализ кала на дисбактериоз; биохимический анализ крови; анализ крови на лямблии и глистную инвазию; ультразвуковое исследование органов брюшной полости и забрюшинного пространства, электрокардиографию, дуоденальное зондирование по показаниям.

Аллергологическое исследование включало сбор аллергологического анамнеза, постановку кожных скарификационных проб с ингаляционными, бытовыми, пищевыми аллергенами, определение уровня специфических IgE в сыворотке крови.

Статистический анализ данных осуществлялся с помощью программы электронных таблиц Microsoft Excel, которые были сформированы в соответствии с запросами проводимого исследования.

### Результаты исследования и их обсуждение

По данным анамнеза провоцирующими факторами АД были: пищевые продукты – у 12,0% больных, химические вещества – у 8,5%, медикаменты – в 10,0%, косметические средства – в 6,5%, растения – у 2,5%,

контакт с металлами – в 1 (0,5%), в других 87 (60,0%) – не выяснено.

При дерматитах использовали баллы по характеру и сочетания первичных и вторичных элементов сыпи (0 баллов – отсутствие элементов: 1 – локальная эритема, 2 – эритема и папулы; 3 – эритема, папулы, мацерация, корочки, лихенификация; 4 – тотальное поражение кожи). Тяжесть болезни оценивали комплексно по сумме баллов: 2 балла – легкая степень, 3–4 – средне-тяжелое, 5 и выше – тяжелое. Распространенность процесса выражали в процентах от общей площади кожного покрова, пользуясь «правилом 9», где ладонь соответствует 1%, туловище – 18%; поражения до 10% считали ограниченным, 11–20% – умеренным, более 20% – распространенным.

При АД характер высыпания соответствовал 1 баллу в 45,2% основной группы и 40,0% – группы сравнения, 2 баллам – в 21,5 и 35,0% соответственно, 3 – в 33,3 и 25,0% с некоторым преобладанием тяжелых форм в основной группе. Выраженность зуда колебалась от 1 до 4 баллов и была больше при наличии сопутствующего лямблиоза, в т.ч. при АД: 1 балл – только в 30,0% пациентов первой группы сравнения, 2 балла – у 26,2 и 35,0% соответственно в основной и группе сравнения, 3 балла – у 66,7 и 35,0%, 4 балла – только в 7,1% основной группы.

Также установлено (табл. 1), что в основной группе зуд был интенсивный и преобладал над высыпаниями как при острых, так и при хронических формах АД ( $p < 0,05$ ). Сохранялось различие по интенсивности зуда между группами при наличии лямблиоза и без него – с преобладанием в основной группе ( $p < 0,05$ ) этого симптома. Существенной разницы по интенсивности высыпания и зудом при острых и хронических формах АД не обнаружено.

Таблица 1

Соотношение основных проявлений аллергических дерматитов (интенсивности зуда и сыпи) у больных с сопутствующим лямблиозом и без него ( $M \pm m$ ), баллы

Симптом	Аллергические дерматиты			
	острые ( $n = 42$ )		хронические ( $n = 75$ )	
	основная группа ( $n = 30$ )	группа сравнения ( $n = 12$ )	Основная группа ( $n = 52$ )	группа сравнения ( $n = 20$ )
Зуд	2,75 ± 0,14 *	1,07 ± 0,10**	2,84 ± 0,10 *	1,76 ± 0,10 **
Высыпания	1,75 ± 0,22	1,02 ± 0,21	1,96 ± 0,17	1,06 ± 0,10

Примечания:

- 1) n – количество больных;
- 2) \* – достоверность отклонений ( $p < 0,05$ ) показателей у лиц одной группы (зуд – высыпания);
- 3) \*\* – вероятность отклонений ( $p < 0,01$ ) показателей у лиц разных групп (зуд – зуд).

Клинические проявления АД на фоне лямблиоза в сравнении с АД без него характеризовались усилением зуда (соответственно 54,8 против 10,0%,  $p < 0,001$ ), что, вероятно, было обусловлено сопутствующим лямблиозом. При АД тяжесть болезни соответствовала легкой степени только у пациентов группы сравнения – в 40,0%, среднем – в 26,2% пациентов с сопутствующим лямблиозом и 30,0% больных группы сравнения, тяжелом – у 73,8; 3; 40,0% человек соответственно. Средний балл тяжести составил соответственно по группам  $4,69 \pm 0,18$  и  $3,90 \pm 0,33$  ( $p < 0,01$ ), т.е. существенно преобладал у больных с сопутствующим лямблиозом. Несмотря на сумму баллов 4, которая должна соответствовать средней степени тяжести, в 30,9% больных основной группы и 150% – I группы сравнения ( $p < 0,05$ ) оценку тяжести состояния пациентов повышен на 1 уровень через выразительность зуда.

Диспепсические явления отмечены у 36,6% больных АД на фоне лямблиоза (основная группа), у пациентов с АД без сопутствующего паразитозов (группа сравнения) – только в 14,6%,  $p < 0,05$ ; нарушения сна и депрессивное состояние (соответственно в 51,5 против 25,0%,  $p < 0,05$ ).

Базовую терапию больным АД назначали согласно действующим стандартам и протоколам: гипоаллергенная диета, антигистаминные препараты, гипосенсибилизувальни и дезинтоксикационные средства, при тяжелых формах – системные глюкокортикоиды, местная терапия – в зависимости от характера сыпи.

Из 32 больных АД без сопутствующего лямблиоза после базовой терапии клиническое выздоровление достигнуто у 62,5%, значительное улучшение – у 10,4%, ча-

стичное улучшение – у 6,3%, без изменений – у 12,5%, ухудшение – в 8,3%. Из 85 пациентов с сопутствующим лямблиозом удалось достичь частичного улучшения у 18,9% лиц, в 45,3% – без существенной динамики, в 35,8% – ухудшение, при условии выявления лямблиоза побудило к включению в комплексную терапию препаратов антипаразитарного действия.

В процессе лечения больные АД с сопутствующим лямблиозом разделены на 3 группы, которым назначали различные схемы терапии: 1-я группа – 28 больных, получавших орнидазол по 0,5 г дважды в день в течение 10 дней, вторая группа – 25 человек, которым для устранения неблагоприятного эффекта противопаразитарной терапии одновременно с орнидазолом применяли полисорб, 3-я группа – 32 пациента, получавших орнидазол по такой схеме: утром 1/4 дозы (0,25 г) и на ночь 3/4 дозы (0,75 г), учитывая установленное нами преобладание клинических проявлений болезни в ночное время. В комплексную терапию всех пациентов также включали желчегонное средство (аллохол) и пробиотик (хилак-капли).

У больных 1-й группы (табл. 2) клиническое выздоровление отмечали в 39,3%, значительное улучшение – у 32,1%, улучшение – у 7,1%, отсутствие эффекта – в 14,4%, ухудшение – у 2,9% человек. Однако у отдельных пациентов в первые 2–3 дня лечения отмечено временное ухудшение состояния (увеличение количества элементов, интенсивности зуда и, как следствие, рост активности процесса на 1–2 балла), что, вероятно, связано с гибелью паразита и накоплением продуктов его распада. У всех пациентов 1-й группы с отсутствием эффекта лечения наблюдали тяжелое течение дерматоза.

Таблица 2

Результаты лечения больных аллергическими дерматитами на фоне лямблиоза с применением орнидазола ( $M \pm m$ )

Результат лечения	Больные АД на фоне лямблиоза (n = 85)					
	1 группа (n = 28)		2 группа (n = 25)		3 группа (n = 32)	
	n	%	n	%	n	%
Клиническое выздоровление	11	39,3	14	56,0	27	84,4
Значительное улучшение	9	32,1	3	12,0	3	9,4
Улучшение	2	7,1	5	20,0	–	–
Отсутствие эффекта	4	14,4	3	12,0	2	6,2
Ухудшение	2,9	7,1	–	–	–	–

Примечания:

1) n – абсолютное число наблюдений;

2) \* – вероятность отклонений ( $p < 0,05$ ) между 1-й и 3-й группами больных.

У больных 2-й группы клиническое выздоровление отмечали в 56,0%, значительное улучшение в 12,0%, улучшение состояния в 20,0%, отсутствие эффекта у 12,0% человек. Итак, в целом терапевтический эффект лечения АД у больных 2-й группы не превышал результатов 1-й. Среди больных 3-й группы, которым применяли лечение орнидазолом – 1/4 суточной дозы утром и 3/4 на ночь, клиническое выздоровление достигнуто в 84,4%, значительное улучшение – в 9,4%, не было эффекта – в 6,2% пациентов (с тяжелыми формами дерматозов). В процессе лечения больных АД всех трех групп констатировано уменьшение активности патологического процесса по сумме баллов, однако наиболее существенное в 3-й группе – с  $5,42 \pm 0,33$  и  $5,11 \pm 0,12$  соответственно до  $0,19 \pm 0,14$  и  $0,22 \pm 0,07$  ( $p < 0,001$  по 1-й и 2-й группам).

### Заключение

Приведенными данными показаны особенности клинического течения аллергодерматозов на фоне лямблиозной инвазии: усиление зуда при аллергических дерматитах, преобладание зуда над высыпаниями, более частая хронизация аллергодерматозов. Базисная терапия аллергодерматозов, ассоциированных с лямблиозом, оказалась малоэффективной: удалось достичь частичного улучшения только у 18,9% лиц, в 45,3% – без существенной динамики, в 35,8% – ухудшение. Резистентность к базисной терапии, особенно в случаях выраженной хронозависимости аллергодерматоза, послужила показанием для дополнительного обследования больных на наличие сопутствующего лямблиоза. Лямблиоз подтверждали паразитологическим исследованием фекалий, по показаниям желчи. По данным катмнеза, через 5–10 месяцев клиническая ремиссия сохранялась в 71,8% больных АКД на фоне лямблиоза против 35,7% – у пациентов с аналогичной патологией кожи без сопутствующего паразитозов ( $p < 0,05$ ). Разработанное комплексное лечение больных с АД на фоне лямблиоза назначением протистоцидного препарата «Орнидазола» обеспечило клиническое выздоровление от этих дерматозов у 88,6% больных против 18,9% – без такой терапии ( $p < 0,001$ ).

### Список литературы

1. Демьяненко В. Лямблиоз: оценка методов диагностики лямблиозной инвазии // Вестник научных исследований. – 2007. – № 3 (48). – С. 2123.

2. Карташова Н.К., Платонова М.А., Пинчук С.А., Потемкина О.К. Гельминтозы в практике врача-аллерголога // Современные технологии в педиатрии и детской хирургии. – М., 2004. – С. 30.

3. Мерзлова Н.Б., Романенко НА, Бабурина Л.В., Фукалова В. Н. Распространенность и клинико-лабораторная характеристика лямблиозной инвазии в Пермском регионе // Медицинская паразитология и паразитарные болезни. – 2004. – № 2. – С. 24–27.

4. Школьная М.И. Клинические проявления лямблиоза и современные методы диагностики // Диагностика и терапия сопряженных болезней органов пищеварения: материалы мизжобл. науч.-практ. конф., 22–23 ноября 2007 г. – Тернополь: ТГМУ, Укрмедкнига, 2007. – С. 64–65.

5. Ясинский А.А., Сысоева Т.Г., Чителкина Т.В. Состояние паразитарной заболеваемости в Российской Федерации в 2001 году // Информационный сборник статистических и аналитических материалов. – М., 2002. – разд. 3.2. – С. 67.

6. Cifuentes E., Gomez M., Blumenthal U., Tellez-Rojo M.M. Risk factors for Giardia intestinalis infection in agricultural villages practicing wastewater irrigation in Mexico // Am. J. Trop. Med. Hyg., 2007. Mar., – Vol. 62 (3). – P. 388–392.

7. Rivera M., De La Parte M.A., Hurtado P., Intestinal giardiasis // Mini-review Article in Spanish Invest. Clin. J. 2002. – Jun. – Vol. 43 (2). – P. 119–128.

### References

1. Dem'janenko V. Ljamblioz: ocenka metodov diagnostiki ljamblioznoj invazii // Vest-nik nauchnyh issledovanij. 2007. no. 3 (48). pp. 2123.

2. Kartashova N.K., Platonova M.A., Pinchuk S.A., Potemkina O.K. Gel'mintozy v praktike vracha-allergologa // Sovremennye tehnologii v pediatrii i detskoj hi-rurgii. Moskva. 2004. pp. 30.

3. Merzlova N.B., Romanenko NA, Baburina L.V., Fukalova V. N. Rasprostrannost' i kliniko-laboratornaja harakteristika ljamblioznoj invazii v Permskom regione // Medicinskaja parazitologija i parazitarnye bolezni. 2004. no. 2. pp. 24–27.

4. Shkol'naja M. I. Klinicheskie pojavlenija ljambliozia i sovremennye metody diagno-stiki // Diagnostika i terapija soprjazhennyh boleznej organov pishhevarenija: mate-rialy mizhobl. nauch.-prakt.konf., 22–23 nojabrja 2007 g. Ternopol': TGMU, Ukrmed-kniga, 2007. pp. 64–65/

5. Jasinskij A. A., Sysoeva T.G., Chitelkina T.V. Sostojanie parazitarnoj zaboлеваemo-sti v Rossijskoj Federacii v 2001 godu // Informacionnyj sbornik statistiche-skih i analiticheskikh materialov. Moskva, 2002. razdel 3.2. pp. 67.

6. Cifuentes E., Gomez M., Blumenthal U., Tellez-Rojo M.M. Risk factors for Giardia intesti-nalis infection in agricultural villages practicing wastewater irrigation in Mexico // Am. J. Trop. Med. Hyg., 2007. Mar. Vol. 62 (3). pp. 388–392.

7. Rivera M., De La Parte M.A., Hurtado P., Intestinal giardiasis // Mini-review Article in Spanish Invest. Clin. J. 2002. Jun. Vol. 43 (2). pp. 119–128.

### Рецензенты:

Агаев И.А., д.м.н., профессор, заслуженный деятель науки, заведующий кафедрой эпидемиологии Азербайджанского медицинского университета, г. Баку;

Нифтуллаев М.З., д.м.н., профессор кафедры эпидемиологии Азербайджанского медицинского университета, г. Баку.

Работа поступила в редакцию 26.02.2014.