

## ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА

### ПОКАЗАТЕЛИ МЕСТНОГО ИММУНИТЕТА КИШЕЧНИКА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ДЕРМАТОЗАМИ

*О. А. Белых, Н. А. Герасимова, Ю. В. Кениксфест  
Уральский НИИ дерматовенерологии и иммунопатологии,  
г. Екатеринбург*

Актуальной проблемой в современной дерматологии является вопрос этиологии и патогенеза некоторых дерматозов. Формирование патологических изменений в коже – процесс сложный, многофакторный, зависящий от функционального состояния многих систем организма, таких, как нейро-эндокринная, иммунная, пищеварительная и др. (Кунгуров Н. В. и др, 2004, 2008; Торопова Н. П., 2005). Известно, что различные эндогенные аллергены способны запускать в коже иммунопатологические процессы, приводить к несостоятельности иммунной системы, способствуя тяжелому течению дерматозов. В связи с этим представляет интерес изучение некоторых параметров местного иммунитета кишечника больных, страдающих различными дерматозами.

Цель исследования – выявление связи содержания иммуноглобулинов в кишечнике с тяжестью дерматологического заболевания.

Нами было обследовано 150 пациентов дерматологического отделения УрНИИДВиИ, больных псориазом (42 человека), атопическим дерматитом (55 человек), крапивницей (12 человек), экземой (15 человек), акне (15 человек), красным плоским лишаем (11 человек). Изучали уровень иммуноглобулинов класса E (IgE) в копрофильtrate и в сыворотке крови и секреторный иммуноглобулин класса A (sIgA) в копрофильtrate. Исследования проводили методом иммуноферментного анализа с использованием тест-систем производства фирм ЗАО «Вектор-Бест», Новосибирск (sIgA) и «Алкор-Био», Санкт-Петербург (IgE).

Уровень IgE в сыворотке крови у пациентов, страдающих различными хроническими дерматозами, был достоверно выше, чем в контрольной группе (без кожной патологии) ( $269,33 \pm 22,32$  и  $38,19 \pm 7,95$  МЕ/мл соответственно,  $p < 0,01$ ), что объясняется участием данного иммуноглобулина в иммунопатогенезе многих дерматологических заболеваний. Содержание IgE в кишечнике у больных в 1,7 раза выше, чем в контрольной группе ( $1,58 \pm 0,23$  против  $0,91 \pm 0,41$  МЕ/г), а уровень секреторного иммуноглобулина A выше в 2,5 раза ( $544,16 \pm 44,49$  и  $216,68 \pm 100,71$  мкг/г соответственно,  $p < 0,01$ ).

При анализе изучаемых показателей у пациентов, страдающих различными дерматологическими заболеваниями, выявили достоверно больший IgE в сыворотке крови у больных атопическим дерматитом ( $335,04 \pm 43,83$  МЕ/мл),

чем у больных красным плоским лишаем ( $132,19 \pm 66,48$  МЕ/мл,  $p < 0,02$ ) или акне ( $163,36 \pm 61,44$  МЕ/мл,  $p < 0,05$ ). Значимых различий в содержании иммуноглобулинов IgE и sIgA в копрофильtrate обнаружено не было.

Наблюдалась тенденция к повышению содержания сывороточного IgE при увеличении площади поражения кожи, а также при осложнении вторичной пиодермией у больных atopическим дерматитом (с  $294,77 \pm 45,19$  до  $569,66 \pm 141,76$  МЕ/мл), или эритродермией, и/или артропатией у больных псориазом (с  $237,04 \pm 42,92$  до  $324,23 \pm 91,35$  МЕ/мл). Изменение параметров местного иммунитета в кишечнике у данных групп больных было разнонаправленным: у пациентов с atopическим дерматитом при увеличении распространенности и тяжести кожного процесса IgE уменьшался (с  $1,49 \pm 0,39$  до  $1,00 \pm 0,86$  МЕ/г), sIgA повышался (с  $504,91 \pm 92,16$  до  $549,38 \pm 213,30$  мкг/г), а у больных псориазом, наоборот, IgE повышался (с  $0,91 \pm 0,42$  до  $1,17 \pm 0,51$  МЕ/г), а sIgA снижался (с  $635,18 \pm 111,89$  до  $322,95 \pm 121,20$  мкг/г).

У пациентов с хронической рецидивирующей крапивницей по сравнению с больными острой крапивницей содержание сывороточного IgE было в 2,3 раза выше ( $384,97 \pm 144,31$  и  $170,16 \pm 94,74$  МЕ/мл соответственно), а иммуноглобулинов в кишечнике – ниже: уровень IgE в 5,7 раза меньше ( $0,63 \pm 0,63$  и  $3,60 \pm 1,67$  МЕ/г соответственно), sIgA – в 2,9 раза ( $246,00 \pm 155,48$  и  $711,32 \pm 415,53$  мкг/г соответственно).

У больных хронической экземой в стадии обострения с присоединением пиогенной инфекции или осложненной эритродермией уровень иммуноглобулинов в кишечнике повышался по сравнению с неосложненными формами (IgE с  $2,38 \pm 1,57$  до  $5,00 \pm 3,06$  МЕ/г, sIgA с  $535,56 \pm 164,83$  до  $658,56 \pm 198,14$  мкг/г). Уровень сывороточного иммуноглобулина E также увеличивался (с  $289,63 \pm 82,24$  до  $528,88 \pm 222,49$  МЕ/мл).

При анализе изучаемых показателей иммунитета у пациентов с угревой болезнью было показано, что IgE в сыворотке крови так же, как и при других дерматологических заболеваниях, повышался (с  $138,21 \pm 68,54$  до  $278,45 \pm 259,49$  МЕ/мл), содержание sIgA также незначительно увеличивалось (с  $670,83 \pm 107,64$  до  $672,50 \pm 247,50$  мкг/г). Иммуноглобулин класса E в копрофильtrate у больных акне был  $1,88 \pm 1,02$  МЕ/г, при тяжелых формах был ниже уровня чувствительности используемого метода.

Параметры местного иммунитета кишечника у больных красным плоским лишаем также меняются в зависимости от тяжести процесса, уровень IgE снижается с развитием тяжелых форм (с  $2,58 \pm 1,47$  до  $1,67 \pm 1,01$  МЕ/г), sIgA значительно повышается (с  $573,33 \pm 256,21$  до  $1116,67 \pm 287,26$  мкг/г).

Таким образом, данных, подтверждающих связь уровня IgE и sIgA с тяжестью дерматологического заболевания и развитием осложнений, получено не было в связи с тем, что параметры иммунитета в кишечнике у больных хроническими дерматозами изменялись в больших пределах. Необходим дальнейший анализ полученных данных с учетом сопутствующих заболеваний,

в частности патологии желудочно-кишечного тракта. sIgA является показателем физиологического состояния организма и определяет степень отклонения естественной резистентности организма от индивидуальной физиологической нормы; его низкий уровень в кишечнике может наблюдаться при недостаточности развития секреции на фоне местных воспалительных процессов и изменения проницаемости сосудистой стенки, при инактивации sIgA некоторыми микробными агентами. На состояние слизистой оболочки кишечника и секрецию иммуноглобулинов могут оказывать влияние паразитарные инвазии и изменение спектра кишечной микрофлоры, что требует более пристального изучения данного контингента больных.

## ЭНТЕРОБИОЗ У БОЛЬНЫХ С ДЕРМАТОЗАМИ

Н. А. Герасимова

Уральский НИИ дерматовенерологии и иммунопатологии,  
г. Екатеринбург

Энтеробиоз – широко распространенная инвазия, вызываемая паразитированием в организме человека нематоды *Enterobius vermicularis*. Острицы – эволюционно наиболее прогрессивный вид геогельминтов; их жизненный цикл укорочен до минимума, чем и обусловлены успешная циркуляция и распространение гельминтоза в популяции людей.

Широкое распространение энтеробиоза среди детского населения связано не только с нарушениями санитарно-гигиенических правил. Наиболее подвержены заражению дети с патологией развития: токсикоз матери второй половины беременности, патологическое течение антенатального периода, наличие малых аномалий развития детей, ранний перевод детей на искусственное вскармливание. Изучение ущерба, наносимого здоровью детей острицами, показало, что зараженные дети отстают в нервно-психическом развитии, у них происходит подавление неспецифического иммунитета. Установлено, что энтеробиоз вызывает достоверное снижение активности лизоцима слюны (в 1,5 раза) и содержания  $\alpha$ -интерферона (до уровня менее 2 ед/мл). На фоне энтеробиоза у детей в 5,7 раза чаще возникают острые кишечные инфекции (Макарова М. Г., 1992).

Частота фоновой патологии у детей с энтеробиозом выше, чем в контрольной группе. При этом среди фоновых заболеваний наиболее часто выявляются инфекции мочеполовой системы, атопический дерматит, анемия, синдром вегетативной дистонии, заболевания желудочно-кишечного тракта (Прокашева М. Н. и др., 2005). Острицы подавляют развитие поствакцинального иммунитета. Доказана этиологическая связь энтеробиоза с вульвовагинитами, эффективность традиционного лечения которых повышается при включе-