

3. Отмечены характерные изменения функции левого желудочка. При прогрессирующей стенокардии – диастолическая дисфункция (тип замедленной релаксации); при стенокардии покоя – диастолическая (тип замедленной релаксации и псевдонормальный) и систолическая дисфункция. У пациентов с впервые возникшей стенокардией структурно-функциональные изменения мало выражены.

Литература

1. *Алехин М.Н., Б.А. Сидоренко Б.А.* Современные подходы к эхокардиографической оценке диастолической функции левого желудочка сердца // Кардиология. №1. 2010. С. 72–77.
2. *Беленков Ю.Н.* Дисфункция левого желудочка у больных ИБС: современные методы диагностики, медикаментозной и немедикаментозной коррекции / Русский медицинский журнал. 2008. Т. 8. №17. С. 685–693.
3. *Беленков Ю.Н., Оганов Р.Г.* Кардиология. Национальное руководство. М. 2007. С. 1231.
4. *Боева О.И.* Клинико-генетическая модель двухлетнего прогноза у больных, перенесших эпизод обострения ишемической болезни сердца / Вестник новых медицинских технологий. 2008. Т. XV, №2. С. 68–70.
5. *Ибрагимова С.С., Хачиров Дж.Г., Хасаев А.Ш.* Смертность и относительный риск умереть от инфаркта миокарда в сельской местности Республики Дагестан // Вестник новых медицинских технологий. 2007. Т. XIV, №4. С. 186–188.
6. *Кухарчук В.В., Бубнова М.Г., Л.И. Кательницкая и др.* Эффективность и безопасность симвастина у пациентов с гиперхолестеринемией (результаты многоцентрового клинического исследования) / Кардиология. №5. 2003. С. 42–47.
7. *Латфуллин И.А., Ким З.Ф.* Острый коронарный синдром с депрессией сегмента ST на ЭКГ: новый взгляд на старую проблему // Кардиология. №1. 2010. С. 51–61.
8. *Ощепкова Е.В.* Смертность населения от сердечно-сосудистых заболеваний в Российской Федерации в 2001–2006 гг. и пути по ее снижению // Кардиология. №2. 2009. С. 67–72.
9. *Прибылов С.А., Бойкова И.О., Овсянников А.Г., Курбаков Н.Н.* Эндотелиальная дисфункция и липидный спектр крови у женщин в постменопаузе после инфаркта миокарда в зависимости от наличия артериальной гипертензии // Вестник новых медицинских технологий. 2007. Т. XIV, №4. С. 69–72.
10. *Сусеков А.В., Горнякова Н.Б., Зубарева М.Ю. с соавт.* Двойное ингибирование холестерина – новый подход к эффективному контролю гиперлипидемии и атеросклероза // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2009. №8. С. 98–110.
11. *Чернов С.А.* Нестабильная стенокардия: особенности патогенеза и лечения // Российский кардиологический журнал. №1. 2002. С. 4–9.

STRUCTURALLY FUNCTIONAL REMODELING OF THE LEFT VENTRICLE AT PATIENT WITH UNSTABLE ANGINA AGAINST THE BACKGROUND OF ALTERNATIONS OF THE LIPIDS BLOOD

Z.M. AGMADOVA, A.N. KALLAEVA

Dagestan state medical academy

Patients with an unstable angina are a heterogeneous group with different forms of illness. It represents practical interest to research of structurally functional indicators of the myocardium and lipids blood at this contingent of patients. 83 patients with various forms of an unstable angina are examined. Measurements were spent by means of an echocardiography and biochemistry analysis of lipids blood, indicators were standardized. The most expressed structurally functional changes (with development dilatation of the left ventricle, infringement of systolic and its diastolic function) were observed in group of patients with a stenocardia of rest. Smaller (infringement of diastolic function and a tendency to dilatation of the left ventricle) – at patients with a progressing stenocardia. Expressiveness of structurally functional changes was correlated with the raised level of lipids blood.

Key words: unstable angina, structurally functional indicators of the myocardium, lipids blood.

УДК: 616.5-002.525.4-08

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ С ФОСФОГЛИВОМ ГРУППЕ БОЛЬНЫХ ЭРИТЕМАТОЗНО-ПАПУЛЕЗНОЙ ФОРМОЙ РОЗАЦЕА

О.В. КОБЦЕВА*, Л.В. СИЛИНА*, С.М. ЯЦУН**, Н.Г. ФИЛИППЕНКО*, А.Е. ПУЛИКОВ*

Под нашим наблюдением находилось 110 человек, больных розацеа. У больных была отмечена трансформация качества жизни, оцененная специальными шкалами, опросниками, анкетами и индексами. Нами было выявлено значительное снижение составляющих цифровое значение показателя качества жизни у больных розацеа. Применение балльной оценки в настоящем исследовании выявило психоэмоциональные нарушения у больных розацеа, наиболее часто встречаемые в практике. Проведение анализа полученных результатов используемой методики опроса как одного из компонентов многостороннего обследования респондентов, показало, что комплексная методика с применением фосфоглива более эффективна, чем лечение по традиционной схеме.

Ключевые слова: розацеа, розовые угри, фосфоглив, психоэмоциональные нарушения.

Розацеа (розовые угри) – это неинфекционное, хроническое воспалительное заболевание кожи лица, имеющее полиэтиологическую природу и характеризующееся стадийностью клинических проявлений, частым покраснением, телеангиэктазиями, персистирующей эритемой, с эпизодами воспаления, появлением пустул, папул и редко узлов. В более тяжелых случаях может развиваться гипертрофия. Данный дерматоз относится к заболеваниям лиц среднего возрастного периода – периода максимальной социальной и физической активности [1,2]. Первые признаки розацеа могут отмечаться в возрасте 25-35 лет и достигать яркой клинической выраженности к 40-55 годам жизни. По данным разных авторов считается, что чаще розацеа страдают женщины, что может отчасти объясняться более пристальным вниманием женщин к своей внешности, ранней их обращаемостью к специалисту-дерматологу, причем на разных стадиях заболевания [3,4]. Мужчины же, как правило, обращаются к врачу на поздних стадиях развития болезни, с выраженной клинической симптоматикой, трудно поддающейся терапии – с пустулезно-кистозной формой, ринофимой, солидным отеком лица.

Этот патологический процесс характеризуется хроническим, рецидивирующим течением, часто принимает персистирующий, устойчивый к проводимой терапии характер. При розацеа, в отличие от многих других кожных заболеваний, поражается кожа лица. Лицо является одним из главных и основных звеньев межличностной и социальной коммуникации. Именно поэтому, данное заболевание существенно влияет на психоэмоциональное состояние пациентов и их отношением к окружающей жизни. Больные находятся в состоянии хронического стресса и социальной дезадаптации, а также имеют различные психовегетативные нарушения, наличие косметического дефекта на коже лица поддерживает психотравмирующую ситуацию и вызывает целый ряд проблем, которые максимально утяжеляют межличностные и психо-социальные отношения, способствуют снижению качества жизни у больных розацеа [2,4].

В настоящее время известно, что Устав Всемирной организации здравоохранения характеризует здоровье человека как состояние полного физического и социального благополучия, а не только как отсутствие болезней и физических недостатков. Поэтому положительный результат от проведения терапии возможен не только за счет улучшения или полного восстановления физического статуса индивидуума, но и с учетом его воздействия на психо-социальное состояние. Качество жизни – это степень комфортности человека как внутри себя, так и в рамках своего социального общества, где личность находится. Это комплексное понятие, обобщающее в себе экономические, психосоциальные и медицинские аспекты. В медицинской практике однозначно признается негативное влияние именно кожной патологии на качество жизни человека. Большое количество исследований качества жизни в группах больных папулезными и зудящими дерматозами с хроническим, часто рецидивирующим течением выявили серьезные проблемные трансформации, включающие в себя такие параметры, как-то: изменение эмоциональной реактивности и социальную изоляцию, нарушение аппетита, сна, работоспособности, проблемы общения личности как в рабочем коллективе, так и в семье. Эти изменения

* Курский государственный медицинский университет.

** Курский государственный университет.

связаны как с самим заболеванием и его патологическим влиянием, так и с различными видами проводимого лечения.

Трансформация качества жизни предполагает оценку самостоятельную респондентом своего физического, психического, социального и экономического благополучия. В настоящее время существует большое количество шкал, опросников, анкет и индексов, которые подразделяют на специфические – характеризующие изменения по названным позициям применительно к одному заболеванию / одной нозологической форме болезни и неспецифическое – не зависящие от конкретной клинической формы болезни. В практике широко используется индекс ДИКЖ (дерматологический индекс качества жизни) Finley в модификации Н.Г.Кочергина. В настоящем исследовании нами был использован адаптированный специфический опросник – метод анкетирования С.И. Довжанского (2001), используемый для оценки качества жизни с учетом особенностей влияния хронического поражения кожи на показатели психоэмоциональной сферы, работоспособности, медико-социальные и различные другие аспекты жизни больного. Ранее нами этот опросник был успешно использован для оценки качества жизни больных акне. Поэтому нам представилось весьма интересным проведение анализа качества жизни у больных розацеа – папуло-пустулезной формой (II степени). Кроме того, все пациенты страдали заболеваниями желудочно-кишечного тракта и гепатобилиарной системы (патология была изначально, а также выявлена анамнестически, лабораторно, клинически и инструментально – с использованием рентгенологических методов, фиброгастродуоденоскопического и ультразвукового исследований, а также методом компьютерной томографии).

Следовательно, применение фосфолипидов в комплексной терапии розацеа положительно влияет на общее состояние пациентов и местный статус, тем самым нормализуя их психоэмоциональное состояние и улучшая качество их жизни [5].

Характерной особенностью патологического состояния организма является «дисгармония» в соотношении его функций. Она предшествует отдельным проявлениям болезни (изменениям показателей соответствующих функций, выходящим за пределы нормы), а также сопутствует им. Следовательно, для оценки функционального состояния организма как целого необходимы выявление и количественная характеристика этой дисгармонии. Живой организм представляет собой сложную саморегулирующуюся систему, объединенную в интегральное целое за счет функционирования каналов прямой и обратной связи. Результатом постоянного и многостороннего воздействия биологических структур организма является согласование уровней их функциональной активности.

Из сказанного следует, что характер межсистемных отношений у отдельного индивидуума может быть описан с помощью приемов, позволяющих выявить картину согласования-рассогласования количественных характеристик, отражающих уровень активированности функций разного биологического качества.

В работах А.В.Завьялова и А.Н.Царева ещё в 1998 г. было показано, что для интегральной количественной оценки межсистемных сдвигов у отдельного больного может быть использован *показатель стабильности системной организации функций* (ПССОФ).

Цель исследования – оценка качества жизни пациентов, страдающих розацеа второй степени – с наличием папулезных и пустулезных элементов, персистирующей эритемы, инфильтрации, многочисленных телеангиоэктазий и изменение оценки под действием различных видов терапии.

Материалы и методы исследования. Дизайн исследования предполагал участие 110 человек обоего пола, страдающих розацеа в возрасте 25-60 лет. Из них 60 человек (1 группа) принимали традиционную терапию, а 50 респондентов (2 группа) – комплексную терапию, группой сравнения явилось 40 человек того же возраста без сопутствующих соматических заболеваний (доноры). Деление на группы проводилось нами по принципу принимаемой схемы терапии. Традиционная терапия предполагала назначение противопаразитарного препарата орнидазол 1 гр 2 раза в сутки 10 дней, доксициклина (при пустулезной форме после выделения и идентификации микробной флоры кожи с определением чувствительности к антибиотикам) 0,1 гр 2 раза в сутки в течение 14 суток, бифидоформа, аевита, витаминов группы В, кларитина. Наружно пациенты использовали метрагил-гель 1 раза в сутки в течение 3-5 недель, спиртовые растворы с резорцином, серой, салициловой и борной кислотами. Для улучшения ожидаемого результата от проводимой

терапии в группу активного вмешательства нами был включен эссенциальный фосфолипид фосфоглив.

Оценка качества жизни осуществлялась методом анкетирования. Результаты опроса оценивались по балльной шкале от 0 до 5 баллов:

- 0 баллов – максимально благоприятный показатель;
- 5 баллов – соответственно, неблагоприятный показатель.

Все пациенты были подвергнуты анкетированию по выбранной нами методике.

Для проведения исследований нами учитывались следующие показатели гормональной сферы, иммунной сферы, психоэмоциональной сферы и системы крови. Набор показателей характеризующих состояние функций разного биологического качества был необходим нам для определения состояния межсистемной организации функций целостного организма. Чтобы осуществить интермодальное количественное сопоставление функций, все регистрируемые показатели выражались в безразмерных относительных единицах (процентах). Средние же значения величин показателей здоровых людей (контрольной группы) принимались условно за 100%. По отношению к ним пересчитывали в % значения показателей, измеренных у каждого испытуемого. В итоге у каждого индивидуума получали набор безразмерных сопоставимых величин, отражающих состояние различных сфер организма. Данный способ анализа, предложенный А.В. Завьяловым, является достаточно информативным при выявлении особенностей межсистемного соотношения функций организма, он близок к приемам шкалирования, используемым в психологии.

ПССОФ, характеризующий устойчивость соотношения исследуемых функций, равен сумме квадратов отклонений всех относительных показателей функций от их средних значений, соотношенной к числу исследуемых функций.

$$ПССОФ = \sum ОП / n$$

$$ОП = 100 * (Xi - X) / 3\sigma,$$

где ОП – значение отклонения относительного показателя, n – количество исследуемых показателей, Xi – значение показателя у конкретного больного, X – среднее значение показателя у здоровых, σ – среднеквадратичное отклонение.

Результаты и их обсуждение. Результаты, полученные нами в результате анкетирования больных и здоровых, представлены в табл. 1.

Таблица 1

Трансформация показателей качества жизни больных розацеа до проведения курса терапии

Показатели качества жизни	Здоровые лица (n=40)	Больные до лечения (n=110)	Сдвиг,%
Неуверенность в себе (НВС)	1,0	4,9	490
Раздражительность (Р)	1,0	4,3	430
Замкнутость (З)	1,0	3,8	380
Страх ухудшения здоровья (СУЗ)	1,0	3,7	370
Депрессия (Д)	1,0	2,4	240
Отсутствие интереса к жизни окружающих (ОИЖО)	1,0	2,2	220
Трудности общения с друзьями (ТО)	1,0	2,0	200
Нарушение сна (НС)	1,0	2,0	200
Σ , %			2530

Примечание: Σ – знак суммы

Из представленной табл. 1 видно, что у больных розацеа отмечалось выраженное нарушение качества жизни по сравнению с группой здоровых лиц / группой контроля. В группе больных нами выявлено явное ухудшение их качества жизни. Это демонстрировалось максимальным положительным сдвигом цифрового значения показателей (в %) неуверенности в себе, раздражительности, замкнутости, страха ухудшения здоровья (соответственно в 4,9, 4,3, 3,8 и 3,7 раза). Показатели эти были максимально значимыми для исследуемой группы пациентов. По величине убывания сдвига показатели расположились в такой ряд: НВС > Р > З > СУЗ > Д > ОИЖО > ТО > НС.

Следует отметить очень высокую величину суммарного сдвига цифровых значений показателей, выраженную в процентах относительно аналогичных показателей здоровых людей – 2530. Этот факт, без сомнения свидетельствует о высокой степени напряженности психоэмоциональной сферы больных розацеа вследствие частого рецидивирования патологического процесса и доминирующего патологического воздействия хронического стресса. Розацеа – особое заболевание: наличие постоянно присутствующей

щего косметического дефекта на коже лица крайне нервнует больных, приводя к развитию у них астено-невротического состояния и даже депрессивного. В отличие от показателей, полученных нами при исследовании больных угревой болезнью, в данной работе у пациентов, страдающих розацеа, показатели депрессии и замкнутости явно доминировали.

Далее нами было проведено исследование пациентов по группам – 1 группы, получавших традиционное лечение и 2 группы, лечившихся комплексно с применением фосфоглива к моменту окончания курса терапии. Полученные данные представлены в табл. 2.

Из табл. 2 видно, что у пациентов группы активного вмешательства (группы 2) достоверно значительно изменяются показатели психо-эмоциональной сферы, а особенно чувство неуверенности в себе, показатель раздражительности, значение состояния замкнутости, страх ухудшения здоровья. Эти факты легко объяснимы: именно психо-эмоциональное состояние пациентов с заболеваниями кожи, локализуясь на лице и способствующими возникновению обезображивающего косметического дефекта в максимальной степени подвержено изменениям, абсолютно совпадающим с изменениями локального статуса. Улучшение состояния дермы приводит к нормализации настроения пациентов, вселяет им чувство уверенности в себе, надежду на позитивный исход заболевания, перспективы удлинения межрецидивного периода и минимизации кожных эфлоресценций в стадию обострения розацеа. Хотелось бы также отметить, что респонденты второй группы, принимающие курс фосфоглива, живее реагировали на изменение своего состояния, оптимистично смотря в будущее.

Таблица 2

Изменение показателей качества жизни больных розацеа, получавших разные виды терапии

Показатели КЖ	Здоровые лица (n=40)	Больные до лечения (n=110)	1 группа после лечения (n=60)	Сдвиг, %	2 группа после лечения (n=50)	Сдвиг, %
Неуверенность в себе (НВС)	1,0	4,9	4,0	-19	3,8	-23
Раздражительность (Р)	1,0	4,3	4,0	-7	3,7	-14
Замкнутость (З)	1,0	3,8	3,0	-22	2,8	-27
Страх ухудшения здоровья (СУЗ)	1,0	3,7	3,6	-3	3,2	-14
Депрессия (Д)	1,0	2,4	2,0	-17	1,8	-25
Отсутствие интереса к жизни окружающих (ОИЖО)	1,0	2,2	1,7	-23	1,5	-32
Трудности общения с друзьями (ТО)	1,0	2,0	1,9	-5	1,8	-10
Нарушения сна (НС)	1,0	2,0	1,8	-10	1,7	-15
Σ, %				106		160

Таблица 3

Изменение дерматологических индексов, получавших разные виды терапии

Показатель	Больные до лечения (n=110)	1 группа после лечения (n=60)	Сдвиг (%)	2 группа после лечения (n=50)	Сдвиг (%)
ДИШС	11,62±0,15	1,96±0,29*	-83,1	1,61±0,30* ¹	-86,1
ДИКЖ	17,67±1,47	14,4±1,53*		7,58±0,74* ¹	

Примечание: * – p<0,05-0,001 в сравнении с показателями до лечения; ¹ – p<0,001 в сравнении с показателями больных, получавших стандартное лечение. ДИШС – дерматологический индекс шкалы симптомов; ДИКЖ – дерматологический индекс качества жизни.

Таким образом, нами выявлено значительное снижение составляющих цифровое значение показателя качества жизни у больных розацеа. Применение балльной оценки в настоящем исследовании выявило психо-эмоциональные нарушения у больных розацеа, наиболее часто встречаемые в практике. Кроме того, нами оценена эффективность проводимой терапии (разных ее видов), ее влияние на исследуемую сферу пациентов. При проведении анализа полученных результатов используемой методики опроса как одного из компонентов многостороннего обследования респондентов, нами сделано заключение, что комплексная

методика с применением фосфоглива более эффективна, чем лечение по традиционной схеме.

В настоящем исследовании удалось определить границы колебаний ПССОФ у здоровых людей и выявить его изменения у больных эритематозно-папулезной формой розацеа. Выделено четыре градации величины ПССОФ, отраженных в табл. 4, рассчитанных на основании анализа соотношения всех 15 показателей.

1 и 2 градации этого показателя отражают состояние организма, не требующее медицинского вмешательства. Третья градация указывает на состояние болезни, а 4 – свидетельствует о патологической «дисгармонии» функций, требующей специального лечения.

Из представленной таблицы видно, что лица, страдающие эритематозно-папулезной формой розацеа с нерезко выраженными клиническими симптомами, имели 3-ю градацию ПССОФ, что отражало нетяжелое течение заболевания. Эта величина показателя наблюдалась у больных с четкой предсказуемостью обострений, наличием немногочисленных папулезных высыпаний, умеренно эритемой кожи лица, наличием «терпимых» неприятных субъективных ощущений. Указанная клиническая форма розацеа хорошо поддавалась общепринятым методикам терапии.

Таблица 4

Градации ПССОФ и характеристика функционального состояния исследуемых больных розацеа

Градация ПССОФ	Количественная характеристика ПССОФ	Характеристика ФС
1. состояние здоровья	Менее 100	Высокостабильные взаимоотношения функций организма. Нормальный уровень напряжения и согласования регуляторных механизмов межсистемной секреции
2. группа риска	От 101 до 199	Стабильные взаимоотношения функций организма. Незначительное повышение уровня напряжения и рассогласования регуляторных механизмов межсистемной интеграции
3. Состояние болезни	От 200 до 300	Умеренный дисбаланс взаимоотношений функций организма. Умеренное повышение уровня напряжения и рассогласования регуляторных механизмов межсистемной интеграции
4. Состояние болезни	От 301 до 400	Выраженный дисбаланс взаимоотношений функций организма. Выраженное повышение уровня напряжения и рассогласования регуляторных механизмов межсистемной интеграции

Пациенты, страдающие папуло-пустулезной формой розацеа (с единичными пустулезными высыпаниями и множественными), имели 4 градацию ПССОФ. Эти клинические формы заболевания, весьма тяжело протекающие, непредсказуемы в обострениях, характеризуются весьма коротким сроком ремиссии. У таких больных крайне трудно достичь позитивных результатов лечения, особенно при наличии множественных высыпаний. У таких больных имеет место следующий клинический статус: выраженная эритема кожи лица, полиморфизм высыпаний, инфльтрация дермы. Тяжелое состояние пациентов усугубляет их нервно-психический статус, порождающий неверие больных в свое выздоровление, отсутствие контакта с лечащим врачом, проблемы в общении в семье и коллективе.

Нами проведен анализ изменения величины ПССОФ у обеих групп больных, получавших традиционное и комплексное лечение (табл. 5).

Таблица 5

Показатели стабильности системной организации функций больных розацеа, получавших лечение по общепринятой методике и комплексной схеме терапии

Группа/Стадия	1	2
Выраженных клинических симптомов	478,5±8,4	492,1±9,4
Регресса высыпаний	230,04±7,8	±
Сдвиг, %	-48*	-69*

Как видно из табл. 5, под влиянием проводимого лечения величина ПССОФ снижается. Так, у первой группы пациентов, получавших традиционную терапию, показатель при выписке снижался на 48% по сравнению с его значением при поступлении, а у второй группы пациентов, получавших комплексную терапию – на 69%.

Следовательно, определение показателя стабильности системной организации функций является информативным способом количественной оценки системного «сцепления» функций различного биологического качества у каждого испытуемого в отдельности; установлено 5 градаций этого показателя.

У подавляющего большинства больных розацеа величина ПССОФ превышает его значение у здоровых людей и соответствует 3 и 4 градациям показателя (в зависимости от тяжести заболевания). Под влиянием различных схем терапии значения показателей стабильности системной организации функций снижаются до степени выраженности нормализации этого показателя с различной интенсивностью, что свидетельствует об эффективности проводимой терапии.

Выводы.

1. Выявлено значительное снижение показателя качества жизни у больных розацеа.
2. Установлены психо-эмоциональные нарушения у больных розацеа.
3. Применение фосфоглива в комплексной терапии розацеа положительно влияет на общее состояние пациентов и местный статус, тем самым, нормализуя их психоэмоциональное состояние и улучшая качество их жизни.
4. Снижение величины ПССОФ при комплексном лечении выражено в большей степени, чем при традиционной терапии.

Литература

1. *Адаскевич В.П.* Акне вульгарные и розовые. Н.Новгород: Изд-во НГМА, 2005. 160 с.
2. *Довжанский С.И.* Качество жизни – показатель состояния больных хроническими дерматозами // Вестн. дерматологии и венерологии. 2001. №3. С. 12–14.
3. *Потекаев Н.Н.* Розацеа. М. СПб.: ЗАО «Издательство БИНОМ», «Невский диалект», 2000. 144 с.
4. *Шварц Н.Е., Силина Л.В., Лазаренко В.А.* Качество жизни больных угревой болезнью и его изменение вследствие проведения различных видов терапии // Курский науч.-практ.вестник «Человек и его здоровье». 2008. №1. С. 91–96.
5. Оценка применения препарата фосфоглива в комплексной терапии угревой псориазом. Е.В. Орлов, П.Е. Кононов, Е.В. Котельникова. Вестник дерматологии и венерологии № 4, 2010. С. 69–72.

THE EFFICIENCY OF COMPLEX THERAPY WITH PHOSPHOGLIV IN THE GROUP OF PATIENTS WITH ERYTHEMATIC AND-PAPULOSE ROSACEA FORM

O.V. KOVCEVA, L.V. SILINA, S.M. YATSUN, N.G. FILIPPENKO, A.E. PULIKOV

Kursk State Medical University
Kursk State University

We observed 110 patients with rosacea. At patients there was established a transformation of life quality by using specific scales, questionnaires and indexes. A significant decrease of life quality index numerical components prevailed. Estimating the results of our research by using score system we have revealed some psycho-emotional disorders at patients with rosacea. Analyzing the data received with questionnaire method, which was one of the components of all-round examination, showed the advantage of complex therapy with phosphogliv in comparison with traditional scheme of treatment.

Key words: rosacea, acne rosacea, phosphogliv, psycho-emotional disorders.

УДК [616.9-053.1:618.2-022-053.1]-053.2

ВЛИЯНИЕ ВНУТРИУТРОБНЫХ ИНФЕКЦИЙ НА ЗДОРОВЬЕ И ПСИХОМОТОРНОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ-СЕВЕРЯН

О.В. САМОДОВА*, Т.В. ВОЛОКИТИНА**

Здоровье детей – один из доминирующих факторов, влияющих на качество образования, так как во многом определяет способность ребенка к обучению. В настоящее время в России здоровье детей вызывает обоснованную тревогу в связи с уменьшением количества здоровых

детей. Одной из значимых причин этого неблагополучия является ухудшение здоровья женщин, рост патологии беременности и родов, в том числе внутриутробных инфекций. Цель исследования – комплексная оценка влияния внутриутробных инфекций (токсоплазмоза, цитомегалии, хламидиоза, сифилиса) на формирование здоровья и развитие детей на основе многолетнего наблюдения. Объектом исследования явились 284 новорожденных ребенка (с внутриутробными инфекциями и группы сравнения). Проспективное открытое когортное исследование с использованием внутренней группы сравнения позволило установить отдаленные последствия и исходы внутриутробных инфекций, оценить влияние инфекций на состояние здоровья детей и охарактеризовать врожденные инфекции как значимый фактор, определяющий качество здоровья обучающихся детей и косвенно влияющий на развитие образовательной среды.

Ключевые слова: дети-северяне, внутриутробные инфекции, рост и развитие, исходы.

Здоровье и образование детей – основа устойчивого развития общества и государства. В Конвенции о правах ребенка, принятой Генеральной Ассамблеей ООН, подтверждаются права всех детей на охрану здоровья и образование. Здоровье детей является одним из доминирующих факторов, влияющих на качество образования и во многом определяющий его способность к обучению. Здоровье подрастающего поколения в России отражает все неблагоприятные тенденции ухудшения здоровья нации. В настоящее время до 70% новорожденных имеют перинатальную патологию, доля здоровых детей колеблется от 4-10% [1]. Одной из значимых причин этого неблагополучия является ухудшение здоровья женщин, рост патологии беременности и родов, в том числе внутриутробных инфекций. Термином «внутриутробные инфекции» (ВУИ) обозначают инфекционные болезни плода и новорожденного, возникающие в результате заражения от матери в ante- или интранатальном периоде.

В настоящее время доказана роль внутриутробных инфекций в формировании младенческой заболеваемости, инвалидности и смертности [4,14,15]. Однако значимость внутриутробных инфекций определяется не только тяжестью клинических проявлений у новорожденного, но и серьезными отдаленными последствиями в виде психо-неврологических, нейросенсорных и соматических нарушений, нередко приводящих к инвалидизации детей и значительному снижению качества их жизни [5]. Именно поэтому инфекции, перенесенные в период внутриутробного развития, оказывают существенное влияние на все дальнейшее развитие ребенка, его интеллект и могут ограничивать способность к обучению, приобретению новых знаний. В связи с этим обеспечение реализации права детей с ограниченными возможностями здоровья на образование рассматривается как одна из важнейших задач государственной политики не только в области образования, но и в области демографического и социально-экономического развития Российской Федерации [6].

Мультидисциплинарный характер проблемы внутриутробных инфекций предполагает одновременное участие различных специалистов: акушеров, педиатров, неонатологов, морфологов, инфекционистов, при этом очевидна медицинская составляющая этой проблемы. Однако уже давно признается необходимость доработки недостающего звена – комплексной психолого-педагогической и социальной работы с будущими матерями, младенцами, особенно относящимися к группе риска [12]. Такой очевидной группой риска являются беременные и новорожденные с внутриутробными инфекциями.

Полное и адекватное представление о том, как формируется здоровье подрастающего поколения, какие факторы оказывают влияние на этот процесс – важнейшие условия разработки эффективной государственной политики, ориентированной на сохранение здоровья нации и ее генофонда. Однако факторы, детерминирующие здоровье (нездоровье) детей недостаточно изучены. Проведенное исследование представляет собой попытку восполнить данный пробел.

Цель исследования – комплексная оценка влияния внутриутробных инфекций (токсоплазмоза, цитомегалии, хламидиоза, сифилиса) на формирование здоровья и развитие детей на основе многолетнего проспективного наблюдения.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось с 1994 по 2005 гг. Методом целевой выборки было обследовано 12494 новорожденных, госпитализированных в отделения патологии новорожденных и недоношенных областной детской клинической больницы г. Архангельска. Критерием включения в исследование было наличие у новорожденного одного или нескольких клинических признаков ВУИ: задержки внутриутробного

* Северный государственный медицинский университет, samodova@atknet.ru.

** Поморский государственный университет имени М.В. Ломоносова, tatvita@pomorsu.ru.