

Сведения об авторах статьи:

Хакамова Гульназ Альбертовна – соискатель кафедры поликлинической медицины ИПО БГМУ, врач – терапевт ГОУ ВПО БГМУ Клиники, терапевтическое отделение 1, адрес: 450083 г. Уфа, Шафиева 2. e-mail: gulnaz_shoki@mail.ru
Хисматуллина Гульназ Ягафаровна – к.м.н., доцент кафедры поликлинической медицины ИПО БГМУ, адрес: 450000, г. Уфа, Ленина 3, кафедра поликлинической медицины ИПО ГОУ ВПО БГМУ; e-mail: slasg@mail.ru
Улямаева Вилена Вильевна – заочный аспирант кафедры поликлинической медицины ИПО БГМУ, адрес: 450000, г. Уфа, Ленина 3, кафедра поликлинической медицины ИПО ГОУ ВПО БГМУ; e-mail: ulyam85@mail.ru
Волевач Лариса Васильевна – д.м.н., профессор, зав. кафедрой поликлинической медицины ИПО БГМУ, адрес: 450000, г. Уфа, Ленина 3, кафедра поликлинической медицины ИПО ГОУ ВПО БГМУ. e-mail: larisa_volevach@mail.ru

ЛИТЕРАТУРА

1. Иванова, Г.В. Здоровье школьников в наших руках /Т.В. Иванова, Е.О. Никулина// Здоровье населения и среда обитания. – 2005. – № 6 (147). – С. 32-34.
2. Клинические рекомендации. Гастроэнтерология: учебное пособие для системы послевуз. проф. образования врачей/ под ред. В.Т. Ивашкина. – М.: Гэотар-Медиа, 2008. – 182 с.
3. Ильченко, А.А. Фармакотерапия при заболеваниях желчного пузыря и желчных путей / А.А. Ильченко. – М.: МИА, Герус, 2010. - 160 с.
4. Шерлок Ш., Дули Дж. (Sherlock Sh., Daly J. M.). Заболевания печени и желчных путей. – М: Гэотар-Медиа; 1999. – 860 с.
5. Плохая, А.А. Антропометрические и гормонально-метаболические показатели при абдоминальном ожирении /А.А. Плохая, А.В.Воронцов, Ю.В.Новолодская [и др.]//Профилактика и лечение. – 2003, – № 3. – С. 18-22.
6. Дедов И.И., Мельниченко Г.А. Ожирение. –М.: МИА, 2004. – 449с.
7. Гинзбург, М.М. Ожирение. Влияние на развитие метаболического синдрома / М.М. Гинзбург, Н.Н.Крюков// Профилактика и лечение. – 2002. – № 6. – С. 23-25.

УДК 616.517-036-053:313.13(470.57)

© О.М. Капулер, Р.Ф. Хаматнуров, Б.Г. Латыпов, Ф.Х. Камилов, Н.В. Кунгуров, 2011

О.М. Капулер¹, Р.Ф. Хаматнуров², Б.Г. Латыпов², Ф.Х. Камилов³, Н.В. Кунгуров⁴
**ФАКТОРЫ, ПРОВОЦИРУЮЩИЕ РАЗВИТИЕ ПСОРИАЗА, И ВОЗРАСТНЫЕ
 ОСОБЕННОСТИ ДЕБЮТА И РЕЦИДИВА ЗАБОЛЕВАНИЯ
 У НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН**

¹ЗАО «Косметологическая лечебница», г. Уфа,

²Республиканский кожно-венерологический диспансер, г. Уфа,

³ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»

Минздравсоцразвития РФ, г. Уфа

⁴Уральский научно-исследовательский институт дерматовенерологии
 и иммунопатологии, г. Екатеринбург

На основании данных 6379 историй болезней пациентов, прошедших лечение в республиканском и городском кожно-венерологических диспансерах (г. Уфа) за 10 лет (1997 – 2007) проведен анализ возраста начала и рецидивов клинических форм псориаза, а также основных факторов, провоцирующих развитие данного дерматоза у населения Республики Башкортостан.

Ключевые слова: псориаз, заболеваемость, возрастные особенности.

O.M. Kapuler, R.F. Khamatnurov, B.G. Latypov, F.Kh. Kamilov, N.V. Kungurov
**TRIGGER FACTORS AND AGE FEATURES OF PSORIASIS ONSET AND RELAPSE
 IN POPULATION OF BASHKORTOSTAN REPUBLIC**

Based on the data of 6379 medical histories of patients with psoriasis, who underwent treatment in the Republican and City Dermatovenerology dispensaries (Ufa) within the period of 10 years (from 1997 to 2007), an analysis of the patients' age at the onset and relapse of the clinical disease manifestation, as well as the main trigger factors of the dermatosis type in the population of Bashkortostan Republic was carried out.

Key words: psoriasis, morbidity, age features.

Псориаз является наиболее распространенным хроническим дерматозом. В различных странах этим заболеванием страдают 1-3% населения [1]. Это обусловлено широким распространением заболевания, особенно тяжелых его форм, существенным снижением качества жизни у большинства больных, развитием у них психологических и социальных проблем. Отмечается не только рост заболеваемости псориазом, но и увеличение частоты тяжелых и трудно поддающихся терапии случаев, а также инвалидизирующих форм

заболевания [2, 3]. В литературе достаточно много сведений по изучению различных сторон патогенеза псориаза. Тем не менее многие аспекты, касающиеся механизмов его возникновения и развития, остаются неясными, а лечение больных псориазом по-прежнему является одной из самых сложных проблем дерматологии [4]. Существенную социальную значимость имеют и финансовые затраты на лечение, являющееся обычно достаточно продолжительным [5].

Целью данного исследования явилось изучение клинических вариантов и основных факторов, провоцирующих развитие псориаза у населения Республики Башкортостан, их распределение относительно возрастных аспектов пациентов.

Материал и методы

Нами был изучен уровень заболеваемости по обращаемости псориазом и его осложненными формами на основании анализа 6379 историй болезней пациентов, прошедших лечение в условиях республиканского и городского кожно-венерологических диспансеров г. Уфы (РКВД, ГКВД) за 10 лет (1998–2007). Проведены сравнительный анализ ряда анамнестических параметров и статистическая обработка полученных данных с использованием непараметрических методов статистики, поскольку все исследованные переменные относились к классу категориальных (номинальных). Применялись дву- и многопольные таблицы сопряжения с расчетом критериев хи-квадрат, V-Крамера и рангового коэффициента корреляции Спирмена. Также определение достоверности различий двух распределений проводили с помощью критерия Колмогорова – Смирнова или Манна-Уитни [6, 7].

Результаты и обсуждение

Совокупная выборка имела следующее распределение пациентов по возрасту (рис.1): больных в возрасте до 9 лет было госпитализировано за исследуемый период 647 (10,14%) человек, до 19 лет – 1084 (16,99%), до 29 лет – 1132 (17,74%), до 39 лет – 1145 (17,94%), до 49 лет – 999 (15,66%), до 59 лет – 636 (9,97%), старше 60 лет – 736 (11,53%) человек.

Более 40% (2093 человека) имели возраст начала заболевания от 10 до 19 лет, 20% пациентов заболели псориазом в возрасте 20 - 29 лет, по 12% пациентов – в возрасте от 0 до 9 лет и от 30 до 39 лет соответственно, 9% пациентов имели дебют заболевания псориазом в возрасте 40-49 лет и 7% - в возрасте более 50 лет (рис.2).

Начало заболевания достигало максимума в цифровых значениях для мужчин и женщин примерно в одном и том же возрастном промежутке - от 10 до 19 лет. В относительных значениях эти цифры были соответственно для мужчин – 38,94%, для женщин – 42,24%, хотя возраст начала болезни отличался в зависимости от пола – у женщин незначительная тенденция к сдвигу в сторону более “молодых групп” (максимальное количество пациенток имели дебют заболевания в возрасте от 14 до 15 лет, для мужчин пик приходился на возраст от 17 до 18 лет). Но эта связь

слабая (критерий V Крамера 0.14, ранговый коэффициент корреляции Спирмена 0,1).

Возраст начала заболевания различен в географических зонах. Так, в Исландии, где климатические условия неблагоприятны для больных псориазом, возраст начала заболевания один из самых ранних: для девочек – 12 лет, для мужчин - 13 [8]. Анализ заболеваемости в г. Новосибирске и Новосибирской области (6100 больных псориазом) за 10 лет показал, что первые признаки псориаза возникли в разном возрасте, чаще у мужчин, и у женщин в молодом: до 10 лет – у 6% больных, в 11-20 лет – у 28%, в 21-30 лет – у 34%, в 31-40 – у 17%, в 41-50 – у 10% и старше 50 лет – у 5% [9]. На более частое возникновение псориаза в молодом возрасте указывают и другие авторы [10].

Возраст начала заболевания для пациентов, проживающих в сельской местности, и жителей городов Республики Башкортостан значительно не различается. Чаще всего начало заболевания на селе и в городе падает на возраст 10-19 лет (соответственно 45,33% и 41,33%).

Распределение выборок пациентов по ограниченному и диссеминированному псориазу относительно возраста начала заболевания различается ($p < 0.05$). В целом средний возраст дебюта ограниченного псориаза несколько больше, хотя пики частоты в обоих случаях приходятся на 10-19 лет (рис.3).

Распределения частот по возрасту начала заболевания при эритродермии и артропатии (рис.4) не отличаются по тесту Колмогорова-Смирнова, но отличаются по тесту Манна-Уитни ($p = 0,042$).

Наиболее значимые провоцирующие факторы в дебюте заболевания, указанные больными, были стресс (48,09%), сезонность (16,93%), обострение общих заболеваний (18,21%) и другие факторы (13,32%). При детальном изучении каждой возрастной группы (6 групп относительно возраста начала заболевания: I группа - дебют заболевания в возрасте до 10 лет, II – 10-19 лет, III – 20-29 лет, IV- 30-39 лет, V – 40-49 лет, VI группа – старше 50 лет) было выявлено: для I группы больных наиболее значимыми оказались аллергический фактор (22,5%), острые респираторные вирусные инфекции и простудные заболевания (19,5%). Среди больных II группы в качестве факторов, спровоцировавших возникновение заболевания, 51,75% указывали чаще других стресс, сезонность (метеословия, смена времени года) – 17,5%. Больные III группы, чаще других факторов указывали на

стресс (до 47%), сезонность и обострение хронических заболеваний (19% и 18% соответственно). Среди провоцирующих начало заболевания факторов, характерных для пациентов IV группы, необходимо отметить стресс (48%), обострение хронических заболеваний (22.5%). V группа пациентов характеризовалась также превалированием таких факторов, как стресс и обострение хронических заболеваний – 42% и 33% соответственно. Пациенты, имевшие начало заболевания в возрасте старше 50 лет, в качестве основного провоцирующего фактора указывали на обострение хронических заболеваний (52%), на стресс

указывало только 27% больных псориазом. При соотношении выявления наследственной отягощенности по псориазу и возраста начала заболевания было обнаружено, что у больных с наследственным фактором возраст начала заболевания сдвинут в сторону более «молодых групп», средний возраст пика дебюта заболевания – 13-15 лет ($p < 0.001$). Пациенты, не указывавшие на наследственную отягощенность, имели возрастной максимум начала псориаза 18-19 лет. В целом связь между возрастом начала заболевания и наследственностью слабая (критерий V Крамера 0,14, коэффициент корреляции Спирмена 0,13).

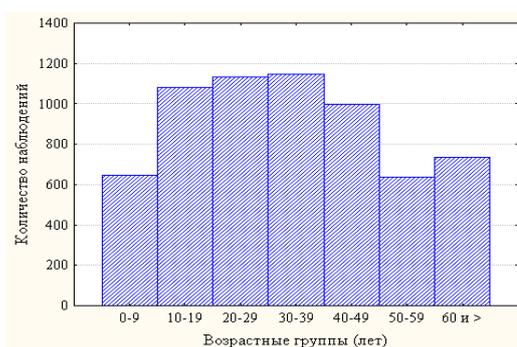


Рис. 1. Распределение больных, госпитализированных в 1998 – 2007 гг.

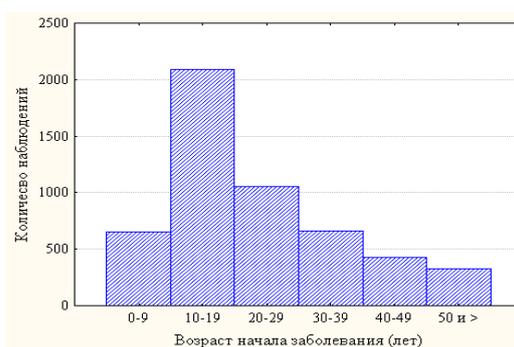


Рис. 2. Распределение больных псориазом в зависимости от возраста начала заболевания

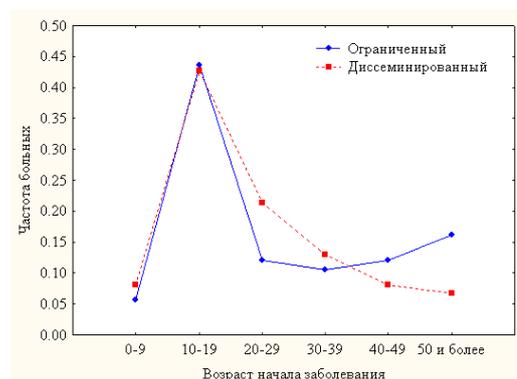


Рис. 3. Распределение по возрасту дебюта заболевания пациентов с ограниченным и диссеминированным псориазом

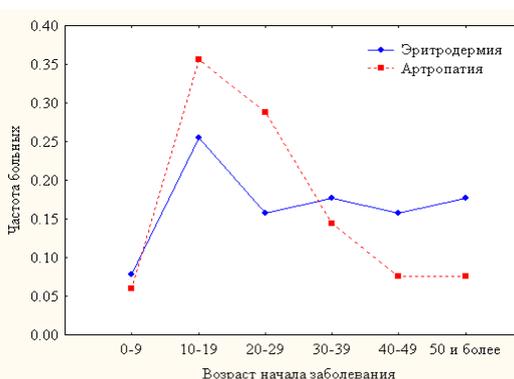


Рис. 4. Динамика начала заболевания эритродермической и артропатической формами псориаза в зависимости от возраста пациентов

Обострение заболевания по совокупности пациентов чаще ассоциируется со стрессом (39,92%), сезонностью (31,77%), обострением общих заболеваний (15,37%). Доля фактора обострения соматических болезней существенно увеличивается с возрастом – от 8,83% в группе 0-9 лет до 45,47% в группе старше 50 лет. Доля аллергического фактора высока в I группе – 13,88% и падает с возрастом до 2,84% в VI группе. Для стресса как фактора обострения псориаза характерна менее выраженная возрастная динамика. Для пациентов в возрасте до 9 лет наиболее часто в качестве факторов, провоцирующих очередное обострение псориатического процесса, выступают стресс (38%) и аллергические реакции (13,88%), для больных в возрасте от 10

до 19 лет – стресс (41%) и сезонность (метеословия, смена времени года) – 27%. Пациенты в возрасте от 20 до 29 лет в качестве факторов, провоцирующих обострение, чаще всего отмечали стресс (47%) и сезонность (34%). Для больных в возрасте от 30 до 39 лет и от 40 до 49 лет преобладающими факторами, провоцирующими обострение, были стресс (42% и 41%), сезонность (35% и 34%), обострение хронических заболеваний (12% и 14%) соответственно. Пациенты старше 50 лет в 41% случаев указывали на стресс как на фактор, спровоцировавший обострение, в 31% случаев – на сезонность, в 25% случаев – на обострение соматических заболеваний.

Наибольший вес в структуре сопутствующих заболеваний занимают болезни же-

лудочно-кишечного тракта (ЖКТ) - 41.65%. При этом наличие болезней ЖКТ имеет слабую взаимосвязь с возрастом (V- Крамера 0,18, ранговый R 0,17), поскольку эти болезни были диагностированы во всех возрастных группах – от 35% в I группе у пациентов в возрасте до 9 лет и до 60% у пациентов старше 50 лет. Последующее ранговое место в структуре занимают заболевания сердечно-сосудистой системы (20,30%), которые имеют значимую связь с возрастом (V- Крамера 0.47, R 0.37) и чаще диагностируются у пациентов VI группы. Заболевания органов дыхания составляют 14.11% и слабо взаимосвязаны с возрастом (V-Крамера 0.15, R 0.1). Травма в анамнезе отмечалась у 9.98% больных, ее доля, хотя и увеличивается с возрастом, достигая в группе пациентов старше 50 лет 18.36%, однако эта связь незначительная (V-Крамера 0.15, R 0.13). Доля эндокринологических (22,01%) и аллергических (10,38%) болезней наиболее высока у больных в возрасте до 9 лет. Сахарный диабет в большей степени присущ больным старше 50 лет (9.3%). Нервно-психические расстройства чаще всего диагностированы у пациентов до 9 лет и от 40 до 49 лет (2,5% и 3,5% соответственно).

В общей исследуемой совокупности у 91,7% пациентов наблюдалось по 1 рецидиву в течение года, у 6,98% - 2 рецидива, у 0,88% - 3 рецидива, у 0,24% - 4 рецидива. Частота рецидивов псориазической болезни в течение года имеет тенденцию к изменению относительно возраста пациентов. Так, для пациентов младше 9 лет 1 рецидив в течение года был характерен для 97.4% , в дальнейшем эта цифра, имея постоянную тенденцию к плавному снижению у больных старше 60 лет, составляла только 80%. Соответственно, доля пациентов с двумя рецидивами в течение года возрастала от 2.5 до 17%, 3-4 рецидивами в течение года соответственно от 0 до 1,4%.

Заключение

В результате проведенных исследований ретроспективных данных у больных псориазом по Республике Башкортостан было выявлено, что у пациентов, имеющих наслед-

ственную отягощенность по псориазу, наблюдается более ранний дебют псориаза. При этом раннее начало псориаза в дальнейшем чаще приводит к диссеминации процесса. Фактор места проживания пациента достоверно не влияет на возраст начала заболевания. Практически всем возрастным группам пациентов в качестве триггерных механизмов возникновения заболевания были присущи стресс, обострение хронических заболеваний и сезонность (смена климатических зон, метеоусловия). Однако для пациентов младше 9 лет основными факторами, провоцирующими появление заболевания, были аллергические реакции и острые респираторные вирусные заболевания. Наблюдается тенденция к изменению на фоне увеличения возраста пациентов соотношения долей в общей структуре факторов, провоцирующих обострение псориаза. Так, фактор стресса для пациентов младше 9 лет составляет не более 31% относительно других провоцирующих факторов, к 30 годам достигает уже 47% и затем постепенно его доля снижается в каждой последующей возрастной группе. И, наоборот, происходит неуклонное увеличение доли такого фактора, как обострение хронических заболеваний (сахарный диабет, сердечно-сосудистая патология, заболевания желудочно-кишечного тракта). На основании данного исследования можно сделать вывод, что подростки в возрасте 13-15 лет с наследственной отягощенностью по псориазу, имеющие в анамнезе аллергические реакции, частые простудные заболевания верхних дыхательных путей, - это потенциальная группа риска в отношении возникновения псориаза, требующая активного диспансерного наблюдения и противорецидивного лечения сопутствующей патологии. Для пациентов с диагностированными формами псориазической болезни необходимы превентивными мерами на протяжении всей жизни являются профилактическое лечение сопутствующих хронических заболеваний, выработка навыков преодоления и адекватного восприятия ежедневных стрессовых ситуаций.

Сведения об авторах статьи:

Капулер Ольга Марселевна – к.м.н., зав. отделением ЗАО «Косметологическая лечебница», 450009, Уфа, ул. Комсомольская, д.37, (3472) 377310, т/факс (3472) 379292, olgakapuler@rambler.ru.

Хаматнуров Рустем Фаритович, врач дерматовенеролог республиканского кожно-венерологического диспансера, Уфа. Союзная, 37. Тел. 8(347)278-09-10

Латыпов Борис Гатович – главный врач республиканского кожно-венерологического диспансера, Уфа.

Камиллов Феликс Хусанович – д.м.н., профессор, зав. кафедрой биологической и биоорганической химии, Башкирский государственный медицинский университет Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию, Уфа.

Кунгуров Николай Васильевич – д.м.н., профессор, директор Уральского научно-исследовательского института дерматовенерологии и иммунопатологии, Адрес: г. Екатеринбург, Щербакова, 8. Тел. 8(343)218-33-71

ЛИТЕРАТУРА

1. Павлов, С.Т. Кожные и венерические болезни / С.Т. Павлов, О.К. Шапошников, В.И. Самцов, И.И. Ильин. – М.: Медицина, 1985. – С.183-189.
2. Нимайер, Ф. Образовательные программы в дерматологии: данные доказательных исследований при atopическом дерматите и псориазе / Ф. Нимайер, Й. Купфер, У. Гилер // Российский журн. кожных и венерич. болезней. – 2008. - №1. – С.11-21.
3. Kruger, J.G. Psoriasis pathophysiology: current concepts of pathogenesis / J.G. Kruger, A. Bowcock // Ann. Rheum. Dis. – 2005. – vol. 64. – p. 30-36.
4. Гончаренко, М.С. Патологические аспекты углеводного и энергетического обмена при хроническом рецидивирующем поражении кожи / М.С. Гончаренко // МРЖ. - 1987. - № 798. – С.11.
5. Коляденко, В.Г. Клинико-иммунологическая оценка эффективности лечения псориаза комплексом n-3 полиненасыщенных жирных кислот, витаминами Д₃ и А / В.Г. Коляденко, П.В. Чернышов, Ю.В. Андраченко, М.А. Водяник // Вестн. дерматол. – 2003. - №1. – С. 31-35.
6. Гланц, С. Медико-биологическая статистика. - М.: Практика, 1999.
7. Банержи, А. Медицинская статистика понятным языком. - М.: Практическая медицина, 2007.
8. Lomholt G. Psoriasis: Prevalence, Spontaneous, Cause and benefices. A Census Study on the Prevalence of skin Diseases in Faroe Island – Copenhagen, 1963 – 243p.
9. Криничина, Ю.М. Морфогенез и клинические особенности псориаза в современных экологических условиях. – Новосибирск, 1998.
10. Довжанский С.И., Утц С.Р. Псориаз или псориатическая болезнь. /– Саратов: Изд-во СГУ, 1992. – 174с.

УДК 616.91+614.2

© Г.М. Хасанова, 2011

Г.М. Хасанова

АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ГЕМОРРАГИЧЕСКУЮ ЛИХОРАДКУ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ

МУ «Городская клиническая больница №13», г. Уфа

Разработана и внедрена в практику образовательная программа для пациентов, перенесших геморрагическую лихорадку с почечным синдромом. Выявлено, что обучение пациентов повышает уровень комплайенса и достоверно улучшает показатели реабилитации. У прошедших обучение достоверно реже регистрировались симптомы астении, проявления артериальной гипертензии и воспалительных процессов в мочевыделительной системе.

Ключевые слова: геморрагическая лихорадка с почечным синдромом, образовательная программа для пациентов.

G.M. Khasanova

CHALLENGING ASPECTS OF PATIENT REHABILITATION FOLLOWING NEPHROSONEPHRITIS HEMORRHAGIC FEVER WITH RENAL SYNDROME

An educational program was developed and implemented into practice for survivors of hemorrhagic fever with renal syndrome. Patient awareness was revealed to increase patient compliance and lead to a significant improvement in rehabilitation results. Asthenia symptoms, arterial hypertension signs and urogenital system inflammatory processes were substantially less common in patients who had received instruction.

Key words: hemorrhagic fever with renal syndrome, educational program for patients.

Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом (ГЛПС) – острая хантавирусная природноочаговая инфекция, широко распространенная в различных регионах России и мира. На территории Республики Башкортостан природные очаги ГЛПС считаются самыми активными и крупными в России [3]. В предыдущих работах нами было показано, что после выписки из стационара большинство пациентов среднетяжелой и тяжелой форм ГЛПС имели гиповитаминоз и дизмикроэлементоз (нарушения соотношения токсичных и эссенциальных микроэлементов, снижение концентрации цинка и селена) [4, 5]. При изучении фактического питания реконвалесцентов ГЛПС мы выявили избыточное потребление жиров, в основном за счет насыщенных жирных кислот, недостаточное содержание полиненасыщенных жирных кислот в суточном рационе, недостаточное потребление ви-

таминов и эссенциальных микроэлементов. Потребление алкоголя в среднем составило 2-4 г/сут [6]. Одной из основных проблем, возникающих при реабилитации лиц, перенесших ГЛПС, является низкий уровень комплаентности пациентов. Заболевают ГЛПС в основном мужчины молодого и среднего возраста, не склонные ставить здоровье на первое место в системе жизненных ценностей. После выписки с больничного листа большинство из них не посещают регулярно врача и не выполняют назначенные рекомендации. Школ для больных геморрагической лихорадкой с почечным синдромом на сегодняшний день не существует, хотя назрела объективная необходимость в разработке образовательной программы для данной категории пациентов.

Цель исследования: разработать образовательную программу для пациентов, перенесших ГЛПС, с целью проведения эффек-