

16. Пузин М.Н., Шубина О.С., Марулиди Р.Г. Биоповеденческая терапия расстройств височно-нижнечелюстного сустава // Рос. стомат. журн. — 2001. — № 1. — С.33–37.

17. Пузин М.Н. Болевая дисфункция височно-нижнечелюстного сустава/М.Н. Пузин, А.Я. Вязьмин — М.: Медицина, 2002. — 160 с.

18. Силантьева Е.Н. Миофасциальный болевой дисфункциональный синдром у больных с шейным остеохондрозом: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. — Казань, 1995. — 22с.

19. Страндстрем И.М. Клинические и патофизиологические особенности синдрома дисфункции височно-нижнечелюстного сустава: клиника, диагностика, лечение: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. — М., 2004. — 22с.

20. Фоминых С.В., Хышиктеев Б.С., Максименя М.В. Клинико-лабораторные параллели у девушек с дисфункциями височно-нижнечелюстного сустава //Клинич. лабор. диагн. — 2003. — № 9. — С. 48.

21. Турбина Л.Г., Гришина Н.В. Диагностика и патогенетическое лечение миофасциального болевого дисфункционального синдрома лица // Рос. стомат. журн. — 2001. — № 5. — С.35–37.

22. Янышин П.В. Введение в психосемантику цвета: (учеб. пособ.). — Самара: Изд-во СамГТУ, 2000. — 200 с.

23. Auerbach S.M., Laskin D.M., Frantsve L.M., Orr T. Depression, pain, exposure to stressful life events, and long-term outcomes in temporomandibular disorder patient // J. Oral. Maxillofac. Surg. — 2001. — Vol. 59(6). — P. 628–633; discussion 634.

24. Greco C.M., Rudy T.E., Turk D.C., Herlich A., Zaki H.H. Traumatic onset of temporomandibular disorders: positive effects of a standardized conservative treatment program //Clin. Pain J. — 1997. — Vol. 13(4). — P. 337–347.

25. Gundel H., Ladwig K.H., Wolowski A. A. et al. Psychic and somatic findings in jaw or facial pain of unclear origin. Comparison of patients with severe and mild symptoms // Schmerz. — 2002. — Vol.(4). — P. 285–293.

26. Huang G.J., Le Resche L., Critchlow C.W. et al. Risk factors for diagnostic subgroups of painful temporomandibular disorders (TMDt) //J. Dent. Res. — 2002. — Vol. 81(4). — P. 284–288.

27. Lobbezoo F., van der Zaag J., Visscher C.M. et al. Multidisciplinary diagnosis and treatment of craniomandibular disorders //Ned. Tijdschr Tandheelkd. — 2000. — Vol. 107(11). — P. 471–475.

28. Romagnoli M., Landi N., Manfredini D. et al. Early interception of skeletal-dental factors predisposing to temporomandibular disorders during child development//Minerva Pediatr. — 2003. — Vol. 55(1). — P. 15–22.

29. Saheeb B.D., Otakpor A.N. Co-morbid psychiatric disorders in Nigerian patients suffering temporomandibular joint pain and dysfunction //Niger J. Clin. Pract. — 2005. — Vol. 8(1). — P. 23–28.

Поступила 29.05.08.

COLOR CHOICE IN EVALUATION OF PAIN IN PATIENTS WITH VERTEBROGENIC MYOFASCIAL PAIN SYNDROME OF THE MAXILLOFACIAL REGION

E.N. Silant'eva

Summary

Evaluation of pain intensity using a color choice was carried out in patients with vertebroгенic myofascial pain syndrome of the maxillofacial region. Revealed was a significant correlation between the intensity of pain and preference/rejection of a color.

УДК 616.5-08

ИРРАДИКАЦИЯ BLASTOCYSTIS HOMINIS В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ДЕРМАТОЗАМИ

Алексей Сергеевич Нестеров, Наталия Иосифовна Потатуркина-Нестерова

Кафедра микробиологии, вирусологии и иммунологии (зав. — проф. Н.И. Потатуркина-Нестерова)
Ульяновского государственного университета, e-mail: nesterov-alex@mail.ru

Реферат

Исследовано влияние на кожный процесс простейших *B. hominis*, паразитирующих в толстом отделе кишечника. Проведена оценка влияния на выраженность и тяжесть хронических кожных заболеваний инвазии бластоцистами. Предложен метод комплексной терапии дерматозов с включением в схему препаратов антипротозойного действия.

Ключевые слова: дисбиоз, бластоцисты, дерматозы.

В последние годы активно обсуждается роль простейших *Blastocystis hominis* в патологии человека [1]. Ранее считалось, что они обладают условно-патогенной активностью, в то же время у практически

здоровых лиц *Blastocystis hominis* выявляется лишь в 5% случаев. В настоящее время имеется достаточное количество эпидемиологических и клинических данных, а также лабораторных исследований, подтверждающих этиологическую и патогенетическую роль *B. hominis* в патологии человека. Поэтому правомочно применять термин «бластоцистоз» для обозначения самостоятельной нозологической формы инфекционного заболевания, вызываемого *B. hominis*. В развитии бластоцистной инфекции существенную роль играет резистентность макроорганизма.

Распределение пациентов по возрасту и полу

Нозологические формы	Возрастные группы, всего (из них женщин)				
	до 18 лет	от 20 до 40 лет	от 40 до 60 лет	старше 60 лет	Всего
Атопический дерматит	5 (3)	25 (12)	14 (8)	6 (5)	50 (28)
Дисгидротическая экзема	5 (3)	21 (11)	18 (12)	6 (3)	50 (29)
Псориаз	3 (2)	28 (17)	15 (12)	4 (2)	50 (33)
Всего	13 (8)	74 (40)	47 (32)	16 (10)	150 (90)

Это заболевание нередко регистрируется у ослабленных людей (особенно детей) и у больных с различными хроническими патологическими состояниями и развивается по типу как простого энтерита, так и энтероколита или колита. Экологической нишей для *B. hominis* являются слепая кишка и проксимальная часть ободочной кишки, где паразиты обнаруживаются в эпителии слизистой оболочки.

Возбудитель бластоцистоза имеет своеобразное строение: настоящая клеточная стенка у него отсутствует, но имеется мембрана, с которой тесно связаны цитоплазма и крупное центральное тельце (вакуоль), занимающее до 75% объема клетки [2]. При изучении морфологии бластоцист обезьян выделены 3 основные формы — вакуолярная, гранулярная, амeboидная.

В дерматовенерологии доказана патогенетическая связь кишечного фактора и кожного процесса при таких дерматозах, как атопический дерматит, экземы и псориаз. Практически у всех пациентов с перечисленными патологиями имеется кишечный дисбиоз. Часто его причиной является простейшее *Blastocystis hominis*. Однако на сегодняшний день не имеется достаточно сведений о особенностях клинических проявлений атопического дерматита, экзем и псориаза на фоне кишечного бластоцистоза.

Целью нашего исследования являлось изучение особенностей течения атопического дерматита, дисгидротической экземы и псориаза на фоне бластоцистной инвазии с ее последующим лечением.

Нами обследовано по 50 человек, страдающих атопическим дерматитом, дисгидротической экземой и псориазом, находившихся на стационарном лечении в кожно-венерологическом отделении. Мужчин было 60 (40%) человек, женщин — 90 (60%). Среди обследованных преобладали лица в возрасте от 20 до 40 лет (см. табл.).

Псориаз у 38 (66,6%) больных характеризовался осенне-зимней формой за-

болевания, у 19 (33,4%) — смешанной. Продолжительность обострений у пациентов составляла от 2 недель до 5 месяцев. Длительность болезни варьировала от 5 месяцев до 30 лет. Среди клинических форм отмечались бляшечная, эритродермическая, артропатическая. Все пациенты с атопическим дерматитом имели распространенную форму заболевания, развившуюся с раннего детства, находились в периоде обострения от 2 до 8 месяцев. Большинство больных чувствовали ухудшение состояния в осенне-зимний период. Среди пациентов, находившихся под наблюдением с дисгидротической экземой, у 25 (56,8%) отмечены хроническое рецидивирующее течение и значительная распространенность кожного процесса (более 2 анатомических зон).

С целью изучения инвазированности кишечника пациентов *Blastocystis hominis* проводилось микроскопическое исследование мазков, приготовленных из фекалий. Для исключения влияния других простейших на проявления кожных заболеваний в мазках выявляли другие виды простейших, в том числе цист и вегетативных форм лямблий (окраска по Романовскому-Гимзе). Бластоцисты были выявлены у всех обследованных с атопическим дерматитом, дисгидротической экземой и псориазом, причем, чаще всего наиболее патогенная вакуолярная форма. Из 150 больных, находившихся под наблюдением, лямблии были обнаружены в фекалиях у 7 (4,7%) человек, у которых проявления кожных заболеваний не имели выраженных клинических особенностей.

Для изучения влияния иррадиационной терапии бластоцистоза на кожный процесс обследованные были подразделены на 2 группы внутри каждой нозологической формы (по 25 человек). Первым группам, наряду с общепринятой терапией дерматозов, был назначен препарат, обладающий противопаразитарной активностью из группы производных нитроимидазола —

тинидазол однократно в дозе 0,3 г в сутки ежедневно. Продолжительность курса составляла 7 дней. Вторые группы иррадиационной терапии не подвергались.

После курса терапии тинидазолом проводилось контрольное исследование мазков, приготовленных из фекалий: выявление бластоцист уменьшилось от 5–8 в поле зрения перед лечением до 0–1 в поле зрения после, что свидетельствовало о практически полной иррадикации кишечника.

Для определения влияния иррадиационной терапии бластоцистоза на кожный процесс во всех группах оценивались такие параметры, как продолжительность периода данного обострения, распространенность кожного процесса, выраженность кожных проявлений, время и скорость регресса кожного процесса, выраженность субъективных ощущений (зуд, ощущение стягивания кожи, боль в суставах, нарушение сна, раздражительность, слабость и недомогание как проявления интоксикации).

Оценка состояния при псориазе осуществлялась также с помощью индекса охвата и тяжести псориаза PASI (Psoriasis Area and Severity Index), при atopическом дерматите — по шкале SCORAD. За время стационарного лечения при использовании тинидазола разрешение кожного процесса при псориазе происходило в среднем на 16-й день от даты госпитализации (8-й день от начала терапии тинидазолом), тогда как без применения тинидазола — на 17–18-й дни. У пациентов, принимавших тинидазол, уже на 3-й день от начала терапии бластоцистоза уменьшалась выраженность кожных проявлений (гиперемия, экссудация, шелушение). Исчезал зуд: больные становились менее раздражительными, нормализовался ночной сон. Во второй же группе выраженность клинических проявлений болезни и субъективные ощущения уменьшались только к моменту выписки (15–16-й дни от начала госпитализации).

После лечения тинидазолом пациентов выписывали с полным разрешением кожного процесса в 40 случаях из 50, тогда как в группе сравнения, получавшей только стандартную терапию, полного разрешения кожных проявлений за время стационарного лечения не наблюдалось. Отмечались лишь прекращение прогрессирования и угасание клинических проявлений кожного процесса, исчезновение явлений инток-

сикации и улучшение самочувствия.

У больных с atopическим дерматитом выраженность клинической симптоматики (зуд, признаки интоксикации) уменьшалась уже на 3-й день от начала терапии. Регресс кожных высыпаний происходил на 11–12-й день госпитализации. Больных выписывали с клинической ремиссией во всех случаях использования тинидазола. При лечении тинидазолом пациентов с дисгидротической экземой отмечалось более выраженное уменьшение выраженности кожного зуда (на 3–4-й день терапии) по сравнению с группой больных, не получавших этот препарат. Явления экссудации также имели тенденцию к более быстрому подсыханию (на 1–2 дня).

Таким образом, проведенное исследование подтверждает *ex juvantibus* наличие кишечного дисбиоза у больных с atopическим дерматитом, дисгидротической экземой и псориазом, причиной которого является простейшее *Blastocystis hominis*. Иррадиационная терапия бластоцистоза приводит к более быстрому и полному регрессу кожного процесса у больных с atopическим дерматитом, дисгидротической экземой и псориазом. Врачи терапевтического профиля и гастроэнтерологи могут использовать иррадикацию кишечника от бластоцист у пациентов с хроническими дерматозами.

ЛИТЕРАТУРА

1. Потатуркина-Нестерова Н.И., Чебан Н.М., Ильина Н.А., Нестеров А.С. Простейшие *Blastocystis hominis* в патологии человека / Практические рекомендации. — Ульяновск: УлГУ. — 2000. — 38 с.
2. Сахарова Т.В., Гордеева Л.М., Сергеев В.П., Лапин Б.А. Ассоциативные паразитарные болезни, проблемы экологии и терапии. — М., 1995. — С.160–162.

Поступила 28.02.08

ERADICATION OF BLASTOCYSTIS HOMINIS IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC DERMATOSIS

A.S. Nesterov, N.I. Potaturkina-Nesterova

Summary

Studied was the influence of protozoa *B. hominis*, parasitizing in the colon, on the skin process. Carried out was an assessment of influence of blastocyst invasion on the intensity and severity of chronic skin diseases. Proposed was a method of complex therapy of dermatoses with an inclusion into the therapeutic scheme of drugs with anti-protozoan action.