



Особенности проявления розацеа с сопутствующим хроническим описторхозом

М.Л. Арипова, С.А. Хардикова, А.П. Зима

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Сибирский государственный медицинский университет», г.Томск, Российская Федерация

В статье приводятся данные и результаты собственных исследований 15 больных с розацеа в сочетании с хроническим описторхозом (1-я группа) и 15 пациентов с розацеа без описторхоза (2-я группа).

В 1-й группе преобладали больные с папулопустулёзным подтипом розацеа – 11 (73,3%), лишь у 3 (25,3%) пациентов – эритемато-телеангиэктатический подтип и у 1 (6,6%) – ринофима. Во 2-й группе с эритемато-телеангиэктатическим подтипом розацеа было 9 (60%) больных, с папулопустулёзным – 6 (40%).

Установлено, что неудовлетворённость качеством жизни у больных с розацеа в сочетании с хроническим описторхозом была достоверно выше, чем у больных только с розацеа ($p < 0,05$).

У больных 1-й группы значение индекса шкалы диагностической оценки розацеа было в 1,1 раза выше (11,4 балла), чем у пациентов 2-й группы (9,2 балла).

Более тяжёлое течение кожного процесса у больных с розацеа в сочетании с хроническим описторхозом привело к снижению дерматологического индекса качества жизни.

Ключевые слова: розацеа, описторхоз, описторхозная инвазия, дерматологический индекс качества жизни

Актуальность. Проблема розацеа приобрела особую актуальность, среди дерматологических диагнозов она составляет от 5% до 20% [1,2]. Причём за последние 10 – 15 лет этот показатель имеет стойкую тенденцию к повышению [3].

Существует несколько классификаций розацеа, предложенных отечественными и зарубежными авторами [1,4,5]. В 2002г. экспертный комитет Национального общества «Розацеа», обобщив все классификации, предложил следующие подтипы: I – эритемато-телеангиэктатический, II – папулопустулёзный, III – фиматозный, IV – окуллярный [6].

Следует подчеркнуть и социальное значение розацеа, поскольку впервые заболевание начинается на третьем десятилетии жизни и достигает расцвета к 40-50 годам, с запуском пролиферативных процессов на видимых участках кожи и формированием фим [2,7].

В различных регионах России клиника и течение розацеа имеют свои особенности. Для региона Западной Сибири характерна высокая инвазированность населения описторхозом, которая достигает 76-100%

[4]. Описторхозная инвазия отягощает и осложняет течение хронических заболеваний, в результате чего реализуется более тяжёлая форма микст-болезни [8,9]. В связи с этим на территории Обь-Иртышского бассейна в последнее время отмечен рост заболеваемости населения хроническими дерматозами и увеличение числа тяжёлых и атипичных форм болезни, не поддающихся традиционному медикаментозному воздействию, что обуславливает необходимость изучения розацеа с сопутствующим хроническим описторхозом [7,9].

Цель исследования: изучение влияния описторхозной инвазии на течение кожного процесса и качество жизни больных с розацеа.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 15 больных с розацеа в сочетании с хроническим описторхозом (1-я группа) и 15 пациентов – с розацеа, но без описторхоза (2-я группа).

Диагноз описторхоза подтверждался овоскопическим методом исследования кала и жёлчи [4]. Все больные проходили полное клинико-физикальное обследование, которое включало жалобы,



анамнез жизни и заболевания, данные клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования. Трансформация качества жизни предполагала самостоятельную оценку респондентом своего физического, психического, социального и экономического благополучия. Оценка качества жизни осуществлялась методом анкетирования с использованием дерматологического индекса качества жизни (ДИКЖ) [8,10,11].

Для определения тяжести течения розацеа использовали индекс шкалы диагностической оценки розацеа (ШДОР) [10]. Индекс ДИКЖ рассчитывается путём суммирования баллов по каждому вопросу. Результат может варьироваться от 0 до 30 баллов. Максимальное значение индекса – 30. И чем ближе показатель к этой отметке – тем более негативно заболевание сказывается на качестве жизни пациента.

Статистический анализ полученных цифровых данных проводился при помощи пакетов статистической программы «Биостатика 4.03». Статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Возраст больных колебался от 18 до 45 лет. Средний возраст больных первой группы составил $33,1 \pm 1,21$ года. Больше половины больных ($n=22$; 73,3%) составили лица в возрасте до 40 лет. Среди больных 1-й группы было 7 мужчин и 8 женщин. Средний возраст 2-й группы составил $31,96 \pm 1,5$ года. Среди больных 2-й группы было 6 мужчин и 9 женщин. Средняя продолжительность болезни у больных 1-й группы составила $1,98 \pm 0,81$ года, у 2-й группы – $1,21 \pm 0,79$ года.

У подавляющего большинства больных ($n=25$; 83,3%) первые высыпания появились в возрасте до 30 лет. В качестве предполагаемой причины заболевания, непосредственно предшествовавшей началу дерматоза (по данным анамнеза), отмечались: стрессы, переохлаждения, наследственный фактор, гипе-

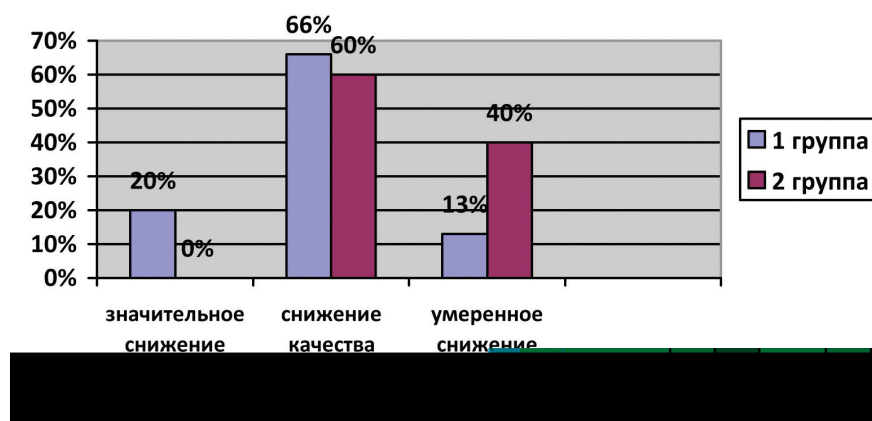


РИС. 4. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОГО ИНДЕКСА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ

Во 2-й группе больных отмечалось: снижение качества жизни (ДИКЖ – 11-20 баллов) у 9 (60%) пациентов; умеренное снижение КЖ (ДИКЖ – 6-10 баллов) – у 6 (40%); значительного снижения качества жизни не наблюдалось (рис. 4).

Эти изменения объясняются тем, что представление о собственной непривлекательности пагубно влияет на психику пациентов, приводит, как правило, к чрезмерному напряжению реактивных сил организма, к возникновению физических и психологических нарушений [3,12,13].

При изучении ДИКЖ у больных в обеих группах, в зависимости от клинической формы розацеа, было установлено, что качество жизни у пациентов с папулопустулёзным подтипом (ДИКЖ – 11-21 баллов) достоверно ниже, чем с эритемато-телеангиэктатическим подтипом розацеа (ДИКЖ – 6-10 баллов) ($p < 0,01$).

Таким образом, выявлено, что, чем тяжелее клинические проявления розацеа, тем ниже качество жизни больных.

ВЫВОДЫ:

1. У больных с розацеа и сопутствующим хроническим описторхозом выявлен распространённый кожный процесс – у 80% пациентов; у 73,3% – папуло-пустулёзный подтип заболевания и у 6,6% – ринофима.
2. Розацеа в сочетании с хроническим описторхозом протекает тяжелее – индекс ШДОР был в 1,1 раза выше, чем у больных розацеа без гельминтоза.
3. Неудовлетворённость качеством жизни у больных с розацеа в сочетании с хроническим описторхозом была достоверно выше, чем у больных только с розацеа.
4. Чем тяжелее клинические проявления розацеа, тем ниже качество жизни больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адаскевич В.П. Акне вульгарные и розовые / В.П.Адаскевич. - Н.Новгород: Изд-во НГМА. - 2005. - 160с.
2. Потекаев Н.Н. Акне и розацеа / Н.Н.Потекаев. М: Бином. - 2007.
3. Юцковская Я.А. Обоснование патогенетической терапии при акнеподобных дерматозах, осложнённых клещевой инвазией *Demodex folliculorum* / Я.А.Юцковская, Н.В.Кусая, С.Б.Ключник // Клиническая дерматология и венерология. - 2010. - № 3. - С. 60–63.
4. Резидуальный описторхоз / М.И.Калюжина, О.В.Калюжин, В.В.Калюжин, М.В.Шкалёв. - М.: Изд-во РАМН. - 2004. - 216 с.
5. Scheinfeld N.S. Rosacea / N.S.Scheinfeld. Skinmed. - 2006; 5: 4: 191-194.
6. Wilkin J. Standart classification of rosacea: report of the National Rosacea Society Expert Committee on the classification and Staging of Rosacea / J. Wilkin [et al.] // J/ Am. Acad. Dermatol. - 2002. - Vol. 46, № 4. - P. 584 – 587
7. Клинические особенности и патоморфология кожи при аллергодерматозах, ассоциированных с описторхозом / С.Р.Сенчукова, Е.Б.Романов, Е.В.Колдышева, Ю.В.Торнуев // Фундаментальные исследования. - 2012. - №5. - С. 115-119
8. Кочергин Н.Г. Дерматологическое качество жизни как психосоматический симптом дерматоза / Н.Г.Кочергин, Л.М.Смирнова // Российский журнал кожных и венерических болезней. - 2006. - № 4. - С. 11 – 15.
9. Хардикова С.А. Псориаз и описторхоз: патология органов пищеварения / С.А.Хардикова [и др.]. Томск: СибГМУ. -2010. -242с.



10. Адаскевич В.П. Диагностические индексы в дерматологии / В.П.Адаскевич. М: Медкнига. – 2004. – 165с.
11. Эффективность применения фосфоглива в комплексной терапии больных розацеа / О.В.Кобцева, Н.Г.Филиппенко, Е.В.Письменная, А.Е.Пуликов // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». – 2011. - № 1. - С. 41-44
12. Утц С.Р. Оценка психосоматических изменений и изучение состояния вегетативной нервной системы у больных розацеа / С.Р.Утц, А.В.Моррисон, А.В.Давыдова // Саратовский научно-медицинский журнал. -2012. -Т. 8, № 2. -С. 664–667.
13. Сирмайс Н.С. Оптимизация терапии больных с торпидно протекающими формами розацеа: автореф. ... дис. канд. мед. наук / Н.С. Сирмайс. М., 2012. - 25 с.

Summary

Peculiarities of rosacea manifestation with concomitant chronic opisthorchosis

M.L. Aripova, S.A. Khardikova, A.P. Zima

State Educational Institution of Higher Professional Education «Siberian State Medical University»,
Tomsk town, Russian Federation

The article presents data and results of investigations 15 patients with rosacea combined with chronic opisthorchosis (group 1) and 15 patients with rosacea without opisthorchosis (group 2).

In group 1, were predominated patients with papulopustular subtype of rosacea – 11 (73,3%), only 3 (25,3%) patients had erythematous-telangiectasiatic and 1 (6,6%) patients – rhinophyma. In the 2nd group erythematous-telangiectasiatic subtype of rosacea was 9 (60%) patients, with papulopustular – 6 (40%) patients.

Found that dissatisfaction with the quality of life in patients with rosacea combined with chronic opisthorchiasis was significantly higher than in patients with only rosacea ($p < 0,05$).

The index scale diagnostic assessment of rosacea in patients from group 1 was 1,1 times higher (11,4 points) than in patients from group 2 (9,2 points).

More severe skin process of rosacea in combination with chronic opisthorchosis resulted in a reduction of dermatological index quality of life.

Key words: rosacea opisthorchosis, opisthorchous invasion, dermatological index quality of life

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Хардикова Светлана Анатольевна – заведующая
кафедрой дерматовенерологии и косметологии Сибирского
государственного медицинского университета;
Российская Федерация, г.Томск, Московский тракт, д. 2
E-mail: khardikova.s.a@mail.ru



Клинико-микробиологическая оценка бактериального вагиноза у женщин репродуктивного возраста

М.Б. Мирзоева, М.А. Хакназарова, М.Д. Кадамалиева

Кафедра акушерства и гинекологии №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино

В статье рассматриваются возможные варианты клинико-микробиологических особенностей бактериального вагиноза. Проведено распределение инфекций, передающихся половым путём (ИППП), у 54 женщин фертильного возраста, а также мониторинг определения частоты выявления бактериального вагиноза с использованием метода количественной полимеразной цепной реакции (ПЦР) и культуральным методом с количественной оценкой.

C. trachomatis обнаружили у 32 ($59,3 \pm 7,1\%$) пациенток, *U. urealyticum* – у 39 ($72,2 \pm 11,4\%$) и *M. hominis* в высоком титре – у 26 ($48,1 \pm 6,7\%$). При этом бактериальный вагиноз часто ассоциировался с *U. urealyticum* по сравнению с *M. hominis* ($p < 0,05$).

У 10 ($18,5 \pm 3,5\%$) пациенток наблюдалась ассоциация бактериального вагиноза с тремя инфекционными агентами: *C. trachomatis*, *U. urealyticum* и *M. hominis*.

Ключевые слова: бактериальный вагиноз, бесплодие, репродуктивная система

Актуальность. Бактериальный вагиноз – это патология экосистемы влагалища, вызванная усиленным ростом, преимущественно, облигатно-анаэробных бактерий. Повышение количества аэробных и анаэробных бактерий, с преобладанием последних, объясняет название бактериальный, а отсутствие лейкоцитов (клеток, ответственных за воспаление) – вагиноз. Резкое снижение кислотности влагалища и концентрации лактобацилл осуществляется не одним патогенным микроорганизмом, а совокупностью нескольких, вследствие чего бактериальный вагиноз является полимикробным заболеванием [1,2].

Главными причинами развития патологического процесса во влагалище следует считать эндокринные расстройства, изменения состояния местного иммунитета (снижение иммуноглобина А, циркулирующих иммунных комплексов, С3-компонента комплемента, повышение иммуноглобулина G, бессистемную антибактериальную терапию, перенесённые или сопутствующие воспалительные заболевания женских половых органов, постоянное воздействие малых доз ионизирующего излучения, частые спринцевания, применение контрацептивов (оральных, внутриматочных, спермицидов), хирургические и диагностические вмешательства [3-6].

Снижение неспецифической резистентности у больных с нарушением микробиоценоза влагалища является одной из причин воспалительного процесса, рецидивирующего его течения, торможения

регенерации и восстановления функции поражённых органов [7].

Известно, что заболевание преимущественно выявляется у женщин, ведущих активную половую жизнь, часто меняющих половых партнёров. Однако в ряде исследований описаны результаты наблюдений за супружескими парами и подростками, имеющими регулярные половые сношения, в которых статистическая достоверность передачи бактериального вагиноза половым путём не обнаружена. Кроме того, попытка лечения половых партнёров не приводит к снижению числа рецидивов заболевания у женщин, страдающих данной патологией [8-10].

Особенностью бактериального вагиноза является отсутствие признаков воспаления (отёка, гиперемии) стенок влагалища. Слизистая оболочка обычного розового цвета. Кольпоскопическая картина характеризуется наличием дистрофических изменений и сочетанием с патологическими процессами шейки матки. Существует и бессимптомное течение заболевания, когда полное отсутствие клинических проявлений заболевания сочетается с положительными лабораторными признаками [11-13].

Цель исследования. Клинико-микробиологическая оценка бактериального вагиноза в ассоциации с патогенными и/или условно-патогенными возбудителями инфекций урогенитального тракта у женщин репродуктивного возраста.