



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 – окулярный [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, гиперинсоляция, часть больных начало заболевания не смогли связать ни с чем.

Возникновения розацеа после переохлаждений можно объяснить особенностями климатических условий региона. Климат Томской области характеризуется холодной зимой и относительно тёплым влажным летом и сопровождается значительными перепадами температуры, как в течение года, так и в течение суток.

Климатические условия оказывают влияние и на сезонность появления розацеа и его рецидивов. Из 30 больных с розацеа, у 22 установлено время года, когда появились первые признаки дерматоза. Высыпания возникли зимой у 9 (40,9%), осенью – у 2 (9%), летом – у 6 (27,2%) и весной – у 7 (31,8%) обследованных больных. У 4 (18,1%) человек время года, когда появилось розацеа, не установлено.

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

Клиническая картина тяжести заболевания и его динамика оценивались по ШДОР, элементами которой являются: распространённость поражений, выраженная в %; объективные (папулы, пустулы, эритема, телеангиэктазия, отёк, офтальморозацеа) и субъективные проявления (жжение и покалывания кожи). Максимальное количество баллов, указывающее на тяжёлое течение розацеа, составляет 21 балл. Минимальное количество баллов – 0. Среднее значение ШДОР у больных 1-й группы было 11,4 балла, 2-й группы – 9,2 балла ($p < 0,001$).

Следовательно, у больных первой группы значение индекса ШДОР было в 1,1 раза выше, чем у пациентов второй группы. Увеличение данного показателя отмечалось за счёт усиления жжения, эритемы, отёка и вовлечения в патологический процесс большей площади поражения. Наличие тяжёлых форм кожного процесса у пациентов с сопутствующим хроническим описторхозом может быть связано как с существенными иммунологическими девиациями, так и с выраженностью воспалительного компонента у больных этой группы. Следовательно, наличие у больных с розацеа сопутствующего хронического описторхоза способствует усилению воспалительного компонента, увеличению распространённости высыпаний и проявлению эндогенной интоксикации, что является показателем отягчающего влияния хронического описторхоза на течение и клиническую картину розацеа.

Показатель ШДОР в 1-й группе больных с эритемато-телеангиэктатическим подтипом составлял 8, а в группе с папулопустулёзным – 11 баллов. Показатель ШДОР во 2-й группе у больных с эритемато-телеангиэктатическим подтипом розацеа был 6 баллов, с папулопустулёзным – 8 баллов (рис.3).

Таким образом, показатель ШДОР у больных 1-й группы с эритемато-телеангиэктатическим и папулопустулёзным подтипами в 1,1 раза выше, чем у больных 2-й группы.

Различия между 1-й и 2-й группами по степени тяжести можно объяснить тем, что в группе с хроническим описторхозом преобладают больные с более тяжёлыми формами розацеа.

Исходя из вышеизложенного, можно сделать вывод о том, что у больных с розацеа и сопутствующим хроническим описторхозом отмечается более тяжёлое течение дерматоза, по сравнению с больными с розацеа без гельминтоза. Это можно объяснить тем, что



РИС. 1. БОЛЬНАЯ, 27 ЛЕТ, С ПАПУЛОПУСТУЛЁЗНЫМ ПОДТИПОМ РОЗАЦЕА В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКИМ ОПИСТОРХОЗОМ



РИС. 2. БОЛЬНОЙ, 35 ЛЕТ, РИНОФИМА В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКИМ ОПИСТОРХОЗОМ

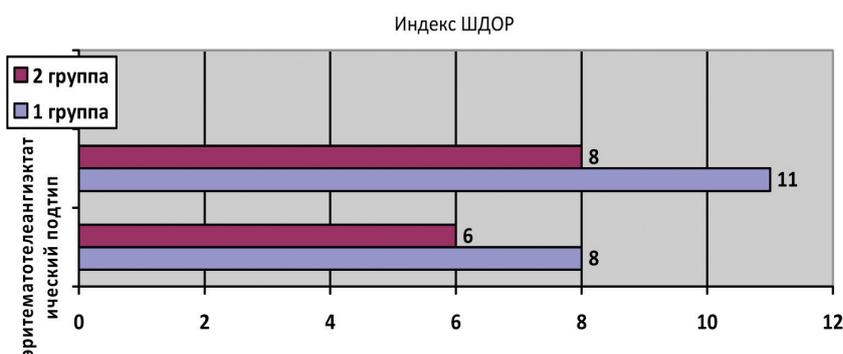


РИС.3. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ШКАЛЫ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ РОЗАЦЕА

наличие описторхозной инвазии отягощает течение хронических заболеваний, в том числе и розацеа, в результате чего реализуется более тяжёлая форма микст-болезни [9].

При анализе результатов исследования ДИКЖ было установлено, что неудовлетворённость качеством жизни у больных с розацеа в сочетании с хроническим описторхозом была достоверно выше, чем у больных только с розацеа ($p < 0,05$).

По данным результатов исследования больных 1-й группы было выявлено: снижение качества жизни (ДИКЖ – 11-20 баллов) – у 10 (66,6%) пациентов, значительное снижение КЖ (ДИКЖ – 21-30 баллов) – у 3 (20%); умеренное снижение КЖ (ДИКЖ – 6-10 баллов) – у 2 (13,3%). Незначительных изменений качества жизни и их отсутствия не было зарегистрировано ни у одного больного.

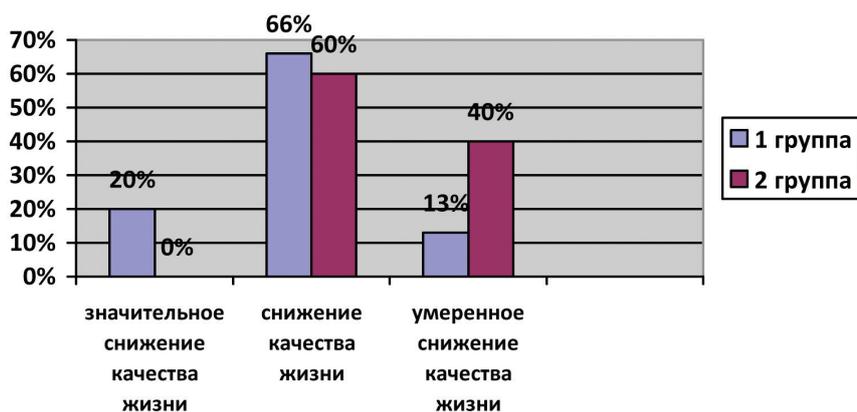


РИС. 4. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОГО ИНДЕКСА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ

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 папулопустулезным 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-пустулезный 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. Потеев Н.Н. Акне и розацеа / Н.Н.Потеев. 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