



Рис. 3. Папулезно-везикулезные элементы на разгибательной поверхности предплечья

Результаты и их обсуждение

Особенностью данного клинического случая явилась манифестация заболевания преимущественно симптомами поражения кожных покровов,

сходными с картиной атопического дерматита, при «стертости» кишечных проявлений целиакии, что определило длительность диагностического поиска причины поражения кожи.

Выводы

1. В каждом четвертом случае целиакия протекает атипично, поэтому важна настороженность терапевта и дерматолога в плане возможности атипично протекающих ее вариантов, в частности — с преимущественно дерматологическими проявлениями.

2. Проведение серологического обследования пациентов с состояниями, подозрительными на внекишечные проявления целиакии (выявление антител к тканевой трансглутаминазе, эндомизиуму), позволит своевременно диагностировать целиакию, назначить аглютеновую диету и тем самым добиться не только регресса дерматологических и классических клинических проявлений заболевания, но и предотвращения возможных осложнений.

Литература

1. Бельмер, С. В. Целиакия: состояние проблемы / С. В. Бельмер, Т. В. Гасилина, А. А. Коваленко // Лечащий врач. — 2003. — № 6. — С. 69—71.
2. Дорофеев, Э. Ф. Целиакия и ее внекишечные проявления / Э. Ф. Дорофеев, Н. Н. Руденко // Новости медицины и фармации. — 2012. — № 434. — С. 23—26.
3. Kochhar, G. S. Celiac disease: managing a multisystem disorder / G. S. Kochhar, T. Singh, A. Gill, D. F. Kirby // Cleve Clin J Med. — 2016. — Vol. 83. — P. 217—227.
4. Volta, U. The changing clinical profile of celiac disease: A 15-year experience (1998—2012) in an Italian referral center // BMC Gastroenterol. — 2014. — Vol. 14. — P. 194—196.

Адрес для переписки: yulyahus@mail.ru

АНАЛИЗ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ НА ОСНОВАНИИ АНКЕТНОГО ОПРОСА

УДК 616.5-002.525.2:616.31

Л.А. Каминская, А.С. Трубчанинова, А.В. Самсонычева, А.Т. Калмурзаева

Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург, Российская Федерация

Статья посвящена анализу стоматологического здоровья больных системной красной волчанкой. В результате анонимного анкетного опроса и ответов 37 респондентов женского пола выявлена хроническая форма у 78,3%, острая — у 21,7%. Респонденты отметили у себя наличие галитоза (36%), ксеростомию (19%), в состоянии каймы губ — экссудативную форму хейлита (7%), эрозивно-язвенную (29%), типичную (64%). Расчет индекса КПУ показал высокое значение ($16,9 \pm 3,4$) у больных с хронической формой в сравнении с острой ($10,6 \pm 2,5$).

Ключевые слова: системная красная волчанка, стоматологическое здоровье.

ANALYSIS OF DENTAL HEALTH IN PATIENTS WITH SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS ON THE BASIS OF THE QUESTIONNAIRE SURVEY

L.A. Kaminskaya, A.S. Trubchaninova, A.V. Samsonycheva, A.T. Kalmurzayeva

Ural state medical university, Yekaterinburg, Russian Federation

The article is devoted to the analysis of dental health of patients with systemic lupus erythematosus. The survey and responses of 37 female respondents revealed a chronic form of 78.3%, an acute 21.7%. Respondents noted the presence of halitosis (36 %), xerostomia (19 %), exudative form of halite (7 %), erosive-ulcerative form (29%), typical form (64 %), the calculation of CFR index showed a high value (16.9 ± 3.4) in patients with chronic form in comparison with acute form (10.6 ± 2.5).

Keywords: systemic lupus erythematosus, dental health.

Введение

Системная красная волчанка (СКВ) (Код по МКБ 10 — М.32. Системная красная волчанка) — неизвестной этиологии системное аутоиммунное заболевание. Заболеваемость СКВ — от 4 до 250 случаев на 100 000 населения. Отличительной особенностью является вовлечение в патологический процесс новых органов и систем на любой стадии заболевания; хроническое течение с чередованием ремиссий и обострений. Различают патологические изменения со стороны органов дыхания, желудочно-кишечного тракта, печени, почек. Осложнениями являются сахарный диабет, атеросклероз, ишемическая болезнь сердца, остеопороз [9; 10]. Для СКВ характерна гиперпродукция органоспецифических аутоантител к различным тканевым белкам. Происходит образование иммунных комплексов и отложение преимущественно в микроциркуляторном русле. Процессы, связанные с удалением фиксированных комплексов, приводят к высвобождению лизосомальных ферментов, повреждению тканей и развитию иммунного воспаления. Происходящие патохимические события вызывают изменения в полости рта. Особенности развития стоматологических заболеваний при СКВ представлены в исследованиях [2; 3; 5; 13].

Цель работы

Анализ частоты и специфики проявлений патологических изменений состояния полости рта у женщин, больных СКВ.

Материалы и методы

В форме анонимного анкетирования проведен опрос в социальных сетях, на заданные вопросы ответили частично или полностью 37 больных СКВ. Полученные данные обработаны с привлечением статистических методов исследования в программе Microsoft Office Excel.

Обсуждение результатов

В ходе проведения анкетного опроса были поставлены вопросы: форма заболевания СКВ;

возраст пациента и возраст постановки диагноза; степень проявления СКВ на красной кайме губ; проблемы с выделением слюны, запахом изо рта; сроки прорезывания зубов и формирования сменного прикуса, состояние зубных рядов (для расчета нами показателя КПУ). В проведенном опросе приняли участие только женщины. Женщины страдают в 8–10 раз чаще мужчин, начало заболевания — в возрасте от 20 до 40 лет [6]. СКВ имеет проявления в 2-х формах: хронической, относительно доброкачественной, и острой, протекающей тяжело. По результатам проведения нашего опроса хроническая форма СКВ поставлена 78,3% ответивших на вопросы, острая форма обнаруживается у 21,7%. Распределение анкетированных по их возрасту, срокам начала проявления симптомов заболевания — на рис.1 и рис. 2.

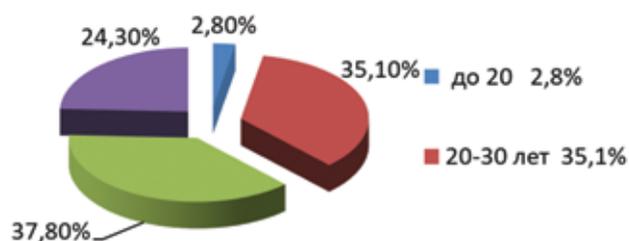


Рис. 1. Распределение по возрасту анкетированных респондентов с СКВ

Примерно у половины респондентов (48,6%) первые симптомы заболевания появились между 20 и 30 годами. Ранее в проведенном нами исследовании [9] получено близкое распределение: возраст постановки диагноза до 20 лет — 25%, 21–30 лет — 50%, после 30 лет — 31%. При обеих формах СКВ могут поражаться красная кайма губ и слизистая оболочка рта, возникать ксеростомия [11]. Выделяют 4 клинические формы волчанки красной каймы. В среднем, экссудативно-гиперемическая форма (без клинически выраженной атрофии) проявляется у 11%, эрозивно-язвенная форма (преобладает поражение нижней губы) — 43%, типичная форма красной каймы губ при волчанке (без выраженной инфильтрации или в виде огра-

ниченных инфильтрированных очагов) — у 46 % [14]. В нашем исследовании мы ориентировались на субъективную оценку участников опроса. На вопрос о состоянии каймы губ откликнулись 28 респондентов: экссудативную форму хейлита отметили 7,1% (2 чел.), эрозивно-язвенную — 28,6% (8 чел.), типичную — 64,3% (18 чел.).

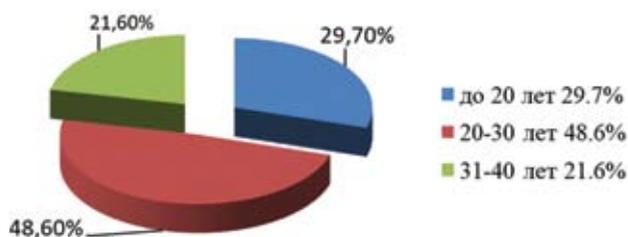


Рис. 2. Проявление первых признаков заболевания СКВ (возраст респондентов)

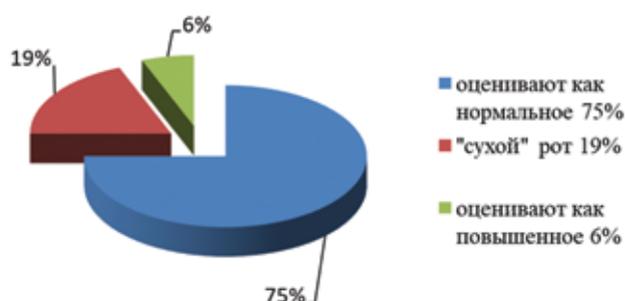


Рис. 3. Слюноотделение у респондентов с СКВ

На вопрос о наличии галитоза получено 36 ответов: утвердительно ответили 13 женщин (36,1% опрошенных). Дурной запах изо рта обусловлен многими причинами, связанными с заболеванием органов пищеварительного тракта, аутоиммунными поражениями, вызывая снижение саливации, что входит в общую клиническую картину СКВ. Важным показателем состояния гематосаливарного барьера является *слюноотделение*. При проведении опроса было выявлено, что 28 анкетированных (75,7%) не отмечают изменения слюноотделения, но достаточно большая часть пациентов (19,4%) страдают ксеростомией (рис. 3). Эта величина выше, чем в популяции, но ниже возможного возникновения «сухого» рта, которое может проявляться у 75% больных СКВ [8]. Прием препаратов группы глюкокортикоидов — основных лекарственных средств при лечении СКВ — сопровождается возникновением сухости рта, как это наблюдается при гиперкортицизме [7, с. 429]. В качестве заместительной терапии по показаниям больные СКВ могли бы получать лечение препаратами, смягчающими проявления синдрома «сухого рта» [4]. *Прорезывание зубов* у 32 опрошенных (88,9%) произошло в обычные

сроки, у 4 чел. (11%) — в более поздние. Время смены зубов без патологий и осложнений отметили 80,6% пациентов, у 11,1% во время смены зубов в постоянном прикусе наблюдалась адентия. Обычно частота встречаемости адентии колеблется от 0,15 до 10,4%. По данным С.Х. Агаджаняна (1983), адентия отдельных зубов встречается у 21,5% пациентов, обратившихся за ортодонтической помощью [1].

Раннее развитие кариеса указывает как на нарушение формирования эмали в период внутриутробного развития, так и после прорезывания зубов. Наличие у себя *раннего кариеса* (детский возраст) отметили 48,6% опрошенных, что не превышает показатель у детей без СКВ. Исследования на больших рандомизированных группах детей (г. Харьков, в среднем по 110 чел.), выявили распространенность кариеса постоянных зубов: возраст 6—7 лет — 31,5%; 8—9 лет — 61,3% (обе величины рассматриваются как средняя); 10—11 лет — 87,4% (высокая) [12]. В результате проведенного нами опроса было выявлено, что большинство обследуемых имеют кариес, пломбированные и удаленные зубы. В группе больных хронической формой СКВ у 20% не было кариозных зубов, но у всех были пломбированные и удаленные. Стоматологический статус и расчет величины КПУ представлены в табл. 1. У больных хронической и острой формами СКВ имеются достоверные отличия между показателями: количество пломбированных зубов; сумма (кариозные + пломбированные зубы); величина КПУ (табл. 1). Для людей в возрасте около 35 лет уровень КПУ от 12,8 до 16,2 считается высоким, а больше 16,3 — очень высоким [14].

В исследованиях, проведенных в 2006 году (возраст пациентов 19—50 лет), получены аналогичные результаты расчета КПУ при разных формах СКВ: хроническая ($15,1 \pm 5,4$), подострая ($13,9 \pm 6,1$), острая ($12,3 \pm 6,0$) [13]. По данным нашего опроса, пломбированных зубов достоверно больше у больных хронической формой в 2,5 раза по сравнению с острой формой. Пломбированные зубы можно считать показателем интенсивности кариеса за период заболевания, предшествующий анкетированию. Для острой формы характерно «острое» начало, в последующие 3—6 месяцев наблюдается выраженная полисиндромность, на первый план выступает поражение органов, проводится интенсивная терапия [11]; очевидно, на этом фоне явления кариеса развиваются более медленно. Хроническая форма является длительной, захватывает широкий спектр метаболических изменений, в том числе и полость рта.

Выводы

Проведенное дистантное анкетирование группы больных СКВ позволило обнаружить наличие галитоза у 36 %, ксеростомии — у 19 %, в состоянии каймы губ эксудативную форму хейлита — у 7%, эрозивно-язвенную — у 29%, типичную —

у 64 %. Выявлено высокое значение КПУ ($16,9 \pm 3,4$) у больных с хронической формой СКВ в сравнении с острой ($10,6 \pm 2,5$). Результаты опроса показали, что больные СКВ умеют оценить состояние своего стоматологического здоровья, что важно для поддержания качества жизни.

Таблица 1

Стоматологический статус анкетированных

Состояние зубов	Форма СКВ, средние значения, (интервалы измеряемых величин)	
	хроническая	острая
Кариес	$3,7 \pm 2,6$ (0 – 8)	$4,1 \pm 2,7$ (1 – 7)
Пломбированные*	$10,5 \pm 1,8$ (8 – 14)	$4,1 \pm 2,5$ (1–11)
Удаленные	$3,6 \pm 1,9$ (1 – 8)	$3,4 \pm 2,9$ (1 – 8)
Кариес + пломбированные*	$7,0 \pm 4,2$	$4,1 \pm 2,6$ (1 – 8)
КПУ*	$16,9 \pm 3,4$ (11 – 25)	$10,6 \pm 2,5$ (7 – 15)
	* $p < 0,05$	

Литература

1. Богатов, В. В. Частота встречаемости первичной адентии среди детей и подростков // Материалы VII Всероссийского научного форума с международным участием / В. В. Богатов, О. А. Гаврилова, О. В. Левченко. — М., 2005. — С. 39–41.
2. Гринин, В. М. Клиническая симптоматика проявлений системной красной волчанки на кожных и слизистых покровах челюстно-лицевой области / В. М. Гринин, В. Ю. Сундуков // Клиническая стоматология. — 2011. — № 1 (57). — С. 40–42.
3. Гринин, В. М. Пародонтит при системной красной волчанке и антифосфолипидном синдроме: взаимосвязь факторов системной патологии / В. М. Гринин, В. Ю. Сундуков // Пародонтология. — 2011. — Т.16, № 3 (60). — С. 42–44.
4. Деркачева, Е. И. Влияние препарата «SALIVA+» на качество жизни пациентов с ксеростомией на фоне антигипертензивных препаратов / Е. И. Деркачева // Уральский медицинский журнал. — 2015. — № 6 (129). — С.44–47.
5. Елькова, Н. Л. Стоматологический статус больных системной красной волчанкой [Электронный ресурс] / Н. Л. Елькова, О. В. Ларина // Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия: Медицина. Фармация. — 2012. — Т. 19. — Вып. 16 (135). — С. 188–190. URL: <http://dspace.bsu.edu.ru/handle/123456789/16447>.
6. Клюквина, Н. Г. Современная патогенетическая терапия системной красной волчанки [Электронный ресурс] // Эффективная фармакотерапия. Ревматология. Травматология. Ортопедия: электрон. научн. журн. — 2011. — № 1. URL:<http://umedp.ru/articles/>.
7. Механизмы развития стоматологических заболеваний. Учебное пособие / под ред. Л. П. Чурилова. — СПб.: ЭЛБИ-СПб. — 2006. — 534 с.
8. Морозова, С. В. Ксеростомия: Причины и методы коррекции / С. В. Морозова, И. Ю. Мейтель // Медицинский совет. — 2016. — № 18. — С. 124–127.
9. Морозова, А. А. Корреляция биохимических показателей крови в оценке эффективности лечения больных системной красной волчанкой препаратами группы глюкокортикоидов [Электронный ресурс] / А. А. Морозова, Е. В. Зубарева, Л. А. Каминская // Актуальные вопросы современной медицинской науки и здравоохранения: мат. III Международной научно-практической конференции молодых ученых и студентов (Екатеринбург, 3–5 апреля 2018 г.). — Екатеринбург: Изд-во УГМУ, 2018. URL: http://usma.ru/gallery/science/nomus/2017–2018/Sbornik_statuey_III_MNPK_UGMU_2018_Tom_1.pdf.
10. Погребная, М. В. Патология органов дыхания при системной красной волчанке / М. В. Погребная, О. П. Фомина, С. А. Горячева // Бюллетень физиологии и патологии дыхания. — 2016. — Вып. 59. — С. 77–86.
11. Рекомендации EULAR по лечению системной красной волчанки [Электронный ресурс] / G. Bertsias, J. Ioannidis, J. Boletis, S. Bombardieri // Научно-практическая ревматология. — 2008. — № 1. — С. 93–98. URL: <https://cyberleninka.ru/article/v/rekomendatsii-eular-po-lecheniyu-sistemnoy-krasnoy-volchanki>.
12. Спиридонова, К. Ю. Сравнительный анализ показателей распространенности и интенсивности кариеса

зубов у детей в возрасте 6—11 лет Харьковского региона [Электронный ресурс] / К. Ю. Спиридонова // Мир медицины и биологии. — 2013. — № 2. — С. 153—154. URL: <https://cyberleninka.ru/article/v/sravnitelnyy-analiz-pokazateley-rasprostranennosti-i-intensivnosti-kariesa-zubov-u-detey-v-vozraste-ot-6-do-11-let-harkovskogo-regiona>.

13. Теляева, Н. Н. Особенности зубочелюстной системы при системной красной волчанке [Электронный ресурс] / Н. Н. Теляева, С. Р. Рузуддинов // Научно-практическая ревматология. — 2006. — С. 167. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti-zubochelyustnoy-sistemy-pri-sistemnoy-krasnoy-volchanke>.

14. URL: <https://cf.ppt-online.org/files/slide/y/yPnTOvYqjciEg2DbHfzhuJatXRSGC4xKQAl87s/slide-12.jpg>.

Адрес для переписки: ugma@yandex.ru

ПРОЯВЛЕНИЯ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ОПИСТОРХОЗА В ГИПЕРЭНДЕМИЧНОМ РЕГИОНЕ. НАДЗОР, КОНТРОЛЬ И ПРОФИЛАКТИКА

УДК 616.995.122:614.4

И.И. Козлова, Е.И. Сисин, Н.А. Остапенко

*Центр гигиены и эпидемиологии в Ханты-Мансийском автономном округе — Югре,
г. Ханты-Мансийск, Российская Федерация*

Заболееваемость описторхозом и его распространенность в Ханты-Мансийском автономном округе — Югре значительно превышают средние показатели по Российской Федерации. По-прежнему ведущим фактором заражения описторхисами остается рыба семейства карповых, что обусловлено не только ее высокой зараженностью, но и «рискованными» способами кулинарной обработки, используемыми населением. Проблемными остаются вопросы централизованного обеззараживания рыбы, выловленной в регионе, а также способы очистки сточных вод, эффективные в отношении описторхисов. Имеет значение и недостаточная грамотность населения в отношении риска инвазии и ее профилактики.

Ключевые слова: описторхоз, распространенность, эпиднадзор.

MANIFESTATIONS OF THE EPIDEMIC PROCESS OF OPISTHORCHOSIS IN THE HYPERENDENIC REGION. OVERSIGHT, CONTROL AND PREVENTION

I.I. Kozlova, N.A. Ostapenko, E.I. Sisin

Center of hygiene and epidemiology in Khanty-Mansiysk autonomous okrug — Yugra, Russian Federation

The incidence of opisthorchiasis and its prevalence in the Khanty-Mansiysk Autonomous Okrug-Yugra significantly exceed the average for the Russian Federation. As before, the fish of the carp family remains the leading factor in the infection of opisthorchis, which is due not only to its high infection rate, but also to the «risky» ways of culinary processing used by the population. Problems remain centralized disinfection of fish caught in the region, as well as ways of wastewater treatment effective against opisthorchis. The lack of literacy of the population with respect to the risk of invasion and its prevention is also important.

Keywords: opisthorchiasis, prevalence, surveillance.

Введение

Описторхоз по-прежнему остается самым распространенным биогельминтозом в Российской Федерации [5; 6]. Заболееваемость описторхозом в гиперэндемичной зоне Обь-Иртышского бассейна [1; 2; 3; 4] в десятки раз выше, чем в целом по России (14,2 на 100 тыс.), и достигает в Ханты-Мансийском автономном округе — Югре (далее — автономный округ) показателя 259,0 на 100 тыс. жителей.

Цель работы

Дать характеристику эпидемического процесса описторхоза и его детерминант в Ханты-

Мансийском автономном округе — Югре для определения ключевых направлений надзора и контроля за инвазией.

Материалы и методы

Исследование проведено в период с 2002-го по 2017 год на базе Центра гигиены и эпидемиологии в Ханты-Мансийском автономном округе — Югре.

Для решения поставленных задач были использованы эпидемиологический, социологический, статистический методы исследования.

Заболееваемость описторхозом анализировали по формам № 1, 2 «Сведения об инфекционной