

повышенная концентрация кислото выделяющих бактерий в биологической плёнке может присутствовать за 12–18 мес до появления первичного кариозного дефекта белого пятна.

4. Точную локализацию первичных дефектов выявляют в ходе тщательного клинического обследования, где для определения степени деминерализации эмали и дальнейшего мониторинга развития кариеса необходимо использование прибора KaVo «DIAGNOdent pen».

ЛИТЕРАТУРА

1. *Боровский Е.В.* О новых стандартах лечения и диагностики кариеса зубов // *Клин. стоматол.* — 2006. — №4. — С. 6–8.
 2. *Исаков В.А., Архипова Е.И., Исаков Д.В.* Герпесвирусные инфекции человека. Руководство для врачей / Под ред. В.А. Исакова. — СПб.: СпецЛит, 2006. — 302 с.

3. *Рабинович И.А., Рабинович О.Ф., Разживина Н.В.* Рецидивирующий герпетический стоматит. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. — 64 с.
 4. *Allais G.* Кариес-диагностика. Ч. 2.2 // *Новое в стоматол.* — 2008. — №5. — С. 1–16.
 5. *Brostek A.M., Bochenek A.J., Walsh L.J.* Minimally invasive dentistry: a review and update // *Shanghai J. Stomatol.* — 2006. — N 15. — P. 225–249.
 6. *Firla M.Th.* Биохимический экспресс-тест, предназначенный для диагностики кариеса на самых ранних стадиях его развития // *Новое в стоматол.* — 2003. — №6. — С. 26–30.
 7. *Lanrisch E.* Диагностика и терапия индивидуального риска возникновения кариеса // *Новое в стоматол.* — 2003. — №6. — С. 31–35.
 8. *Walsh L.J., Tsang A.K.L.* Chairside testing for cariogenic bacteria: current concepts and clinical strategies // *Intern. Dent.* — 2008. — Vol. 10, N 2. — P. 50–65.
 9. *Walsh L.J.* Clinical aspects of salivary biology for the dental clinician // *Intern. Dent. SA.* — 2007. — N 9. — P. 22–41.
 10. *Walsh L.J.* Dental plaque fermentation and its role in caries risk assessment // *Intern. Dent.* — 2006. — N 1. — P. 4–13.

УДК 616.53-002.256-07: 616.5-002.954

Т 11

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ РОЗАЦЕА ПРИ СОЧЕТАНИИ С ДЕМОДЕКОЗОМ

Людмила Леонтьевна Елистратова, Наталья Иосифовна Потатуркина-Нестерова, Алексей Сергеевич Нестеров*

Ульяновский государственный университет

Реферат

Цель. Изучение особенностей клинического течения розацеа при сочетании с демодекозом.

Методы. Обследованы пациенты с розацеа (n=71), у которых выделены клещи рода *Demodex*. Возраст обследованных составил от 19 до 59 лет. В качестве группы сравнения обследовали больных розацеа без демодекоза (n=68), сопоставимых по полу и возрасту. Продолжительность заболевания в обеих группах составила от 2–3 нед до 7 лет. Проводили клиническое обследование, исследование на наличие *Demodex folliculorum*. Для установления диагноза и определения стадии заболеваний использовали диагностические критерии клинических форм розацеа.

Результаты. У больных розацеа, осложнённой демодекозом, чаще встречалась пустулёзная форма заболевания. У всех пациентов с пустулёзной формой основной группы выявлено сочетание эритемы с пастозностью кожи. Также в большей степени были обнаружены сгруппированные элементы, имеющие большие размеры и инфильтрированное основание. У больных с папулёзной формой розацеа, осложнённой демодекозом, элементы высыпаний локализовались по всему лицу у 33,3% обследованных, в группе сравнения подобный характер высыпаний отмечен в 12,5% случаев. При розацеа, осложнённой демодекозом, у значительного количества больных частота рецидивов составила 2 раза в год и более. При дерматозе без демодекоза рецидивы заболевания встречались статистически значимо реже.

Вывод. У больных розацеа, осложнённой демодекозом, выявлено более тяжёлое течение заболевания с превалированием пустулёзной формы и большей площадью поражённых участков кожи.

Ключевые слова: розацеа, демодекоз, клиническое течение, формы розацеа, рецидив.

CLINICAL FEATURES OF ROSACEA IN COMBINATION WITH DEMODICOSIS *L.L. Elistratova, N.I. Potaturkina-Nesterova, A.S. Nesterov. Ulyanovsk State University, Ulyanovsk, Russia.* **Aim.** To study the features of the clinical course of rosacea in combination with demodicosis. **Methods.** The study included patients aged 19 to 59 years with rosacea (n=71), in whom *Demodex* mite were identified. Gender and age-comparable patients with rosacea and without demodicosis (n=68) were examined as comparison group. The disease duration in both groups ranged from 2–3 weeks to 7 years. Clinical examination, *Demodex folliculorum* identification were performed. Diagnostic criteria for clinical forms of rosacea were used for diagnosis and staging of the disease. **Results.** The pustular form of the disease was more prevalent in patients with rosacea, complicated by demodicosis. The combination of erythema with skin edema was found in all patients with a pustular form of the disease, bigger grouped skin rash elements having an infiltration bed were revealed in a greater degree. In patients with papular form of rosacea, complicated by demodicosis, skin rash elements were localized all over the face in 33.3% of cases, in comparison group similar rash was noted in 12.5% of cases. In patients with rosacea, complicated by demodicosis, most of the patients suffered relapses at least twice a year and more. In cases of rosacea without demodicosis

relapses were significantly less frequent. **Conclusion.** In patients with rosacea, complicated by demodicosis more severe clinical course of the disease was observed with a prevalence of pustular forms and the greater skin area involved. **Keywords:** rosacea, demodicosis, clinical course, clinical forms of rosacea, relapse.

Акнеподобные дерматозы, такие как розацеа, периоральный дерматит, розацеа-подобный дерматит, себорейный дерматит и другие, остаются одной из самых актуальных проблем дерматологии. Наиболее часто встречающийся дерматоз из этой группы заболеваний — розацеа. Исследованиями установлено, что частота данной нозологии среди всех акнеподобных дерматозов составляет около 31% [5].

В последние десятилетия активно обсуждают вопрос о роли клещей *Demodex folliculorum* в развитии розацеа. Ряд исследователей считают присутствие данных паразитов в сально-волосяных фолликулах кожи лица основной причиной развития розацеа [3]. Установлено, что формирование розацеа улучшает условия существования и размножения клещей рода *Demodex spp.*, что усугубляет клиническую картину заболевания и субъективные ощущения пациента [4]. Паразитирующий в устье сальных желёз клещ переносит патогенные микроорганизмы в более глубокие слои сальных желёз и волосяных фолликулов, что усиливает воспалительные процессы и явления пустулизации в очагах поражения [2].

Целью исследования было изучение особенностей клинического течения розацеа при сочетании с демодекозом.

Обследованы пациенты с розацеа (n=71), у которых выделены клещи рода *Demodex spp.* Возраст обследованных составил от 19 до 59 лет (в среднем 36,7±0,89 года). В числе обследованных были 52 (73,3%) женщины и 19 (26,7%) мужчин. В качестве группы

сравнения выступали больные розацеа без демодекоза (n=68), из них 49 (72,1%) женщин и 19 (27,9 %) мужчин, средний возраст 39,7±0,98 года. Группы были сопоставимыми по полу и возрасту. Продолжительность заболевания в обеих группах составляла от 2-3 нед до 7 лет: в основной группе в среднем 3,9±0,93 года, в группе сравнения 2,7±0,42 года.

Из всех обследованных больных с розацеа, осложнённой демодекозом, 49 (69,1±8,3%) пациентов отмечали субъективные симптомы: у 21 (29,6%) больного был отмечен зуд различной интенсивности, у 12 (16,9%) — сухость кожи, у 9 (12,7%) — ощущение жжения и покалывания, у 7 (9,9%) — отёчность лица (рис. 1). В группе сравнения субъективные симптомы присутствовали у 45,6±5,2% больных (p <0,05).

У пациентов с розацеа, осложнённой демодекозом, чаще выявляли пустулёзную форму заболевания (31 случай, 43,7%) в отличие от группы сравнения, в которой данная форма заболевания диагностирована у 15 (22,0%) пациентов (табл. 1).

Пустулёзная форма розацеа характеризовалась интенсивной эритемой в сочетании с отёчностью и инфильтрацией. Отмечались папулёзные и пустулёзные высыпания размером 1-5 мм в диаметре полушаровидной формы с содержимым жёлтого или зеленовато-жёлтого цвета. У 8 (25,8%) пациентов элементы были сгруппированы, имели большие размеры (5-6 мм в диаметре) и инфильтрованное основание, преимущественно были локализованы в нижней трети лица

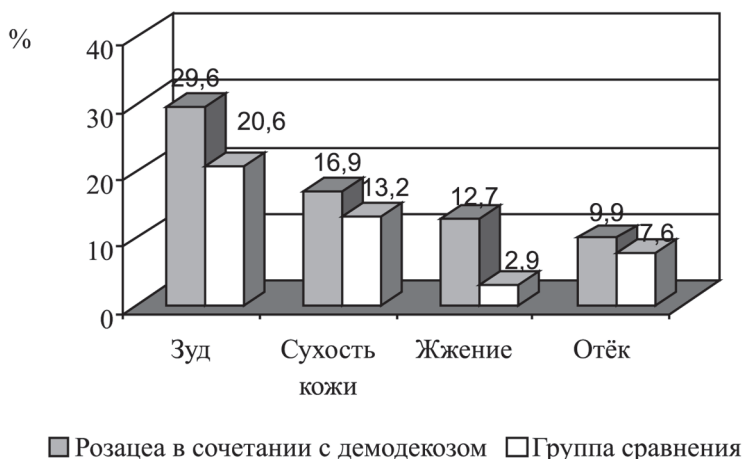


Рис. 1. Характеристика субъективных проявлений розацеа (n=71).

Распределение больных по клиническим формам розацеа

Формы розацеа	Больные	Розацеа в сочетании с демодекозом, n=71		Группа сравнения (без демодекоза), n=68	
		Абс.	%	Абс.	%
Эритематозная		12	16,9	21	30,9
Папулёзная		27	38	32	47,1
Пустулёзная		31	43,7	15	22
Инфильтративно-продуктивная		1	1,4	—	—

(край нижней челюсти, скуловая область и подбородок).

У всех пациентов основной группы присутствовали эритема и пастозность кожи в отличие от группы сравнения, где данное сочетание встречалось у 46,7% больных ($p < 0,05$). У всех обследуемых основной группы элементы высыпаний были значительно крупнее (в среднем $4 \pm 0,5$ мм), чем в группе сравнения (в среднем $2 \pm 0,5$ мм), часто были сгруппированы (87,1%) и имели инфильтрированное основание (80,6%).

У 27 (38,0%) пациентов была диагностирована папулёзная форма розацеа: на фоне эритемы и пастозности кожи с обилием тонких и широких телеангиэктазий присутствовали розово-красные папулы плотно-эластической консистенции диаметром 3–5 мм, округлых очертаний, полусферической или несколько уплощённой формы, со слабо контурированными границами. У 18 (66,7%) из 27 пациентов с папулёзной формой розацеа, сочетанной с демодекозом, папулы локализовались в нижней трети лица (на щеках, крае нижней челюсти, подбородке). У 9 (33,3%) пациентов высыпания располагались повсеместно (на лбу, щеках, подбородке) в отличие от группы сравнения, в которой такая локализация элементов была зарегистрирована лишь у 3 (9,4%) из 32 больных с папулёзной формой заболевания ($p < 0,05$). В основании наиболее крупных элементов отмечалась инфильтрация.

Эритематозная форма характеризу-

лась приливной эритемой лица с продолжительностью от нескольких минут до нескольких часов. У 5 (41,6%) пациентов эритема локализовалась на центральной части лица, у 2 (16,7%) — в области щёк, у 2 (16,7%) — в носослёзной области. У 3 (25,0%) пациентов эритема занимала обширные зоны с умеренной инфильтрацией. У всех больных на фоне эритемы обнаружено наличие переплетающихся капиллярных телеангиэктазий ярко- или тёмно-красного цвета. В группе сравнения у 10 (47,6%) больных элементы располагались в центральной части лица, только у 1 (4,8%) пациента эритема занимала обширные зоны.

Инфильтративно-продуктивная форма розацеа в виде ринофимы в обследованной группе была отмечена у 1 пациента (в группе сравнения больные с данной формой не встречались). На фоне стойкой эритемы с багрово-синюшным оттенком присутствовали стойко дилатированные сосуды и устья расширенных сальных желёз, локализованные преимущественно в области носа и щёк.

Для оценки степени тяжести розацеа использовали шкалу В.П. Адашкевича [1], выделяли три группы: с лёгким (1–7 баллов), среднетяжёлым (8–14 баллов) и тяжёлым (15–21 балл) течением заболевания.

У большинства больных розацеа, осложнённой демодекозом (основная группа), было установлено среднетяжёлое (35 случаев, 49,3%) и тяжёлое (24 случая, 33,8%) течение заболевания в отличие от группы срав-

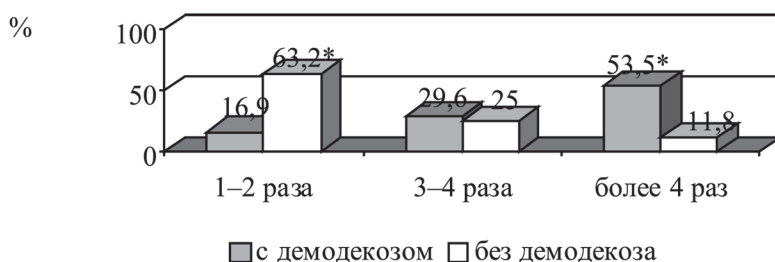


Рис. 2. Количество больных с различной частотой рецидивов при розацеа (%). *Статистическая значимость различий показателей с группой сравнения ($p < 0,05$).

нения, где в основном наблюдали лёгкое (39 случаев, 57,4%) и среднетяжёлое (21 случай, 30,9%) течение дерматоза.

Важной особенностью клинического течения розацеа на фоне демодекоза была высокая частота рецидивов. Так, при наличии клещей рода *Demodex spp.* постоянные обострения (более 4 раз в год) встречались в 4,5 раза чаще (38 случаев, 53,5%), чем у больных без демодекоза (8 случаев, 11,8%) (рис. 2).

ВЫВОДЫ

1. У больных розацеа, осложнённой демодекозом, выявлено более тяжёлое течение заболевания с превалированием пустулёзной формы и большей площадью поражённых участков кожи. Более выраженные клинические симптомы заболевания встречались статистически значимо чаще, чем при розацеа без демодекоза.

2. Сочетание розацеа с демодекозом характеризуется наличием инфильтративно-продуктивной формы и большим количеством больных с высокой частотой рецидивов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адашкевич В.П. Диагностические индексы в дерматологии. — М.: Медицинская книга, 2004. — 165 с.
2. Батыршина С.В., Гордеева А.М., Богданова М.А., Булгакова Д.Р. Эффективность геля скинорен в наружной терапии больных угревой болезнью и розацеа // Вест. дерматол. и венерол. — 2005. — №4. — С. 44–46.
3. Коган Б.Г., Головченко Д.Я. Современные подходы в комплексном лечении пациентов с демодекозом и розовыми угрями // Клини. иммунол. аллергол. инфектол. — 2011. — №1. — С. 38–43.
4. Самцов А.В., Стаценко А.В., Плахов В.Н. и др. Розамет в комплексной терапии розацеа // Дерматология. — 2002. — №1. — С. 23–24.
5. Юцковская Я.А., Кусяя Н.В., Ключник С.Б. Обоснование патогенетической терапии при акнеподобных дерматозах, осложнённых клещевой инвазией *Demodex folliculorum* // Клини. дерматол. и венерол. — 2010. — №3. — С. 60–63.

УДК 617.57-089.873-007-053-1-036.86-055: 614.253.89

Т12

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ МОТИВАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЯМИ СТРУКТУРЫ И ФУНКЦИЙ КОНЕЧНОСТЕЙ

Фания Мансуровна Биктимирова^{1,2*}, Надежда Павловна Ничипоренко³

¹Казанская государственная медицинская академия,

²Протезно-ортопедический центр «Реабилитация инвалидов», г. Казань,

³Казанский государственный медицинский университет

Реферат

Цель. Выявление особенностей мотивационной сферы и гендерных отличий у инвалидов с ампутационным дефектом конечностей.

Методы. Объектом исследования были 318 пациентов с нарушениями структуры и функций конечностей, обратившихся для протезирования в протезно-ортопедический центр «Реабилитация инвалидов» с 2008 по 2010 гг. Среди людей с ампутационным дефектом конечностей присутствовали 267 (83,3%) мужчин и 51 (16,7%) женщины. Эмпирические данные мотивационной сферы были получены при помощи анкетирования и тестирования 191 человека в возрасте от 18 до 66 лет. Оценивали качество жизни, индивидуально-психологические особенности личности, эмоциональную и мотивационную сферы, окружающую социально-культурную и природную среду.

Результаты. Выраженная аффилиативная потребность была характерна для тревожных ($r=0,15$, $p < 0,05$) и эмотивных ($r=0,17$, $p < 0,01$) личностей и снижена при застревающем типе ($r=-0,26$, $p < 0,01$). Стремление быть принятым другими людьми отрицательно коррелировало с потребностью в достижении успеха ($r=-0,19$, $p < 0,05$). Аффилиативная потребность у женщин оказалась статистически значимо выше по сравнению с мужчинами ($t=2,87$, $p < 0,05$). Также женщин отличала выраженная отрицательная взаимосвязь стремления в принятии другими людьми с мотивацией достижения ($r=-0,46$, $p < 0,01$), в мужской выборке эта связь оказалась недостоверной ($r=-0,11$). Демонстративные ($r=0,21$, $p < 0,05$) и гипертимные ($r=0,24$, $p < 0,01$) личности чаще стремились к достижениям и успеху. Педантичные ($r=-0,23$, $p < 0,01$), тревожные ($r=-0,28$, $p < 0,01$) и циклотимные ($r=-0,28$, $p < 0,01$) черты характера были связаны с мотивацией избегания неудач. Мотивация достижения была статистически достоверно выше у мужчин ($t=-2,82$, $p < 0,05$). Для женщин с доминирующим мотивом избегания неудач были характерны высокая личностная тревога ($r=-0,38$, $p < 0,05$) и депрессия ($r=-0,36$, $p < 0,05$). В мужской выборке отмечена отрицательная зависимость силы мотивации достижения и ситуативной ($r=-0,23$, $p < 0,01$), личностной ($r=-0,19$, $p < 0,05$) тревоги, а также депрессии ($r=-0,36$, $p < 0,001$). Из этого следует, что тревожность и депрессия отрицательно сказываются на стремлении к успеху у обоих полов.

Вывод. При составлении индивидуальной программы реабилитации инвалидов необходимо учитывать гендерные особенности, поскольку взаимосвязи мотивации достижения, аффилиации, личностных черт, эмоциональной сферы и характеристик двигательной активности у мужчин и женщин различны.