

В.Г.Панкратов, А.М.Лукьянов

РОЛЬ ФАКТОРОВ РИСКА В ВОЗНИКНОВЕНИИ И ТЕЧЕНИИ МИКОЗОВ СТОП, ПСОРИАЗА И ЭКЗЕМЫ

Кафедра кожных и венерических болезней Белорусского государственного медицинского университета, г. Минск.

//Теория и практика оценки риска в медицине / Материалы 30-й научно-методической конференции преподавателей медико-профилактического факультета БГМУ г. Минск 13 марта 2013 г. /Под редакцией А.Р.Аветисова. – Минск, 2013. – С. 31-35.

Кожа, будучи внешним барьером человеческого организма, подвергается постоянному воздействию факторов риска физической, химической и биологической природы. Болезни кожи нередко приводят к временной нетрудоспособности, могут обуславливать весьма неблагоприятный статус больного в бытовом и психологическом плане.

Под факторами риска заболеваний подразумевают [1, 2] те обстоятельства, условия, привычки, состояния, которые соответствуют следующим критериям:

- ассоциируются с большой распространенностью заболевания;
- ассоциируются с большой частотой возникновения новых случаев заболеваний;
- их элиминация или снижение выраженности ведёт к уменьшению частоты возникновения новых случаев болезни.

При изучении роли факторов риска в возникновении дерматозов речь должна идти прежде всего о больных аллергическими дерматозами, псориазом, микозами стоп и онихомикозами, суммарный удельный вес которых в общей структуре кожной заболеваемости довольно высок (до 50 % и более, в зависимости от региона).

Микозы стоп и онихомикозы. По данным ВОЗ, микозами стоп поражены от 11,5 до 18 % всего населения Земли [3, 4]. На долю микозов приходится 37-42 % от всех болезней кожи и ногтей, и до 40 % патологии ногтей имеют грибковую природу [4, 5]. Источниками заражения микозами стоп и онихомикозами являются сами больные и инфицированные ими предметы: пол в саунах и банях, банное оборудование, мочалки, ножницы, кусачки, ванночки для маникюра и педикюра и др. К группам риска относятся банщики, спортсмены (стопу, пораженную микозом, нередко называют «стопой атлета»), военнослужащие, рабочие, посещающие душевые; лица, регулярно пользующиеся банями или саунами. Заболеваемость микозами стоп рабочих промышленных предприятий колеблется от 33 до 65 %, причём в горячих цехах заболеваемость в 2 раза выше, чем во вспомогательных; у шахтёров и рабочих горнорудных производств – 70-80% [3, 4]. Интенсивный показатель заболеваемости микозами стоп в Российской Федерации составил в 1998 году 103,3 случая на 100 000 населения [4].

Среди социально-демографических факторов, влияющих на эпидемический процесс микозов стоп в доступной литературе обсуждаются

такие параметры риска, как пол, возраст, семейный анамнез, социальный статус, профессиональные вредности [3, 4, 6]. Распространенность онихомикозов среди мужчин в 1,5-3 раза выше, чем у женщин, выявляемость микозов стоп и онихомикозов увеличивается с возрастом пациентов [3, 6, 7, 8]. Перегревание, усиленное потоотделение, травматизация, понижение содержания кислорода, повышенное барометрическое давление, высокая влажность, большие перепады температур являются неблагоприятными факторами риска заражения микозами стоп и онихомикозами в производственных условиях [3, 4]. Исследования, выполненные в Татарстане, показали, что наиболее значимыми факторами риска заражения микозами стоп являются ношение сапог в течение рабочего дня, тесная обувь, вибрация и длительная работа в положении стоя, стаж работы на вредном производстве более 3 лет, заболеваемость сердца и сосудов [9].

Важным фактором риска возникновения микоза стоп являются эндокринные заболевания, особенно сахарный диабет, метаболический синдром, патология периферического кровообращения [3, 6, 7]. Исследования последних лет указывают на высокую распространенность микоза стоп и онихомикозов при иммунодефицитах, у ВИЧ-инфицированных [3, 4, 5]. Требуется уточнения роль кожной патологии (псориаз, красная волчанка, экзема, атопический дерматит и др.) в качестве фактора риска заражения микозами стоп. Вместе с тем, возбудители микоза стоп могут создавать благоприятный фон для развития дерматозов аллергической природы – у лиц, страдающих микозом стоп, аллергический дерматит развивается в 3 раза чаще, а лекарственная непереносимость в 4 раза чаще [5].

Псориаз и экзема.

З.Б.Гандарова (2000) изучала основные факторы риска социально-гигиенической обусловленности возникновения псориаза и экземы у жителей Ингушетии. Анкета-опросник содержала 51 вопрос-признак. Автор пришла к выводу, что возникновение экземы и псориаза в основном детерминировано психологическими, поведенческими факторами риска. В плане профилактики этих дерматозов даны рекомендации семейным врачам уделять больше внимания устранению таких социально-гигиенических факторов, как злоупотребление алкоголем, курение, недостаточная (менее 6 часов) продолжительность сна, избыточное потребление соли, специй, кофе и жиров животного происхождения [1].

Ряд работ посвящено влиянию факторов технологического загрязнения окружающей среды промышленных городов на заболеваемость аллергодерматозами. Показано, что приоритетными факторами окружающей среды территории проживания населения для риска дерматологической заболеваемости являются показатели качества питьевой воды (концентрация железа, мутность, цветность, жесткость, концентрация нитратов) и атмосферного воздуха (загрязнение воздуха формальдегидом, фенолом, аммиаком, сажей, сероводородом, двуокисью азота, солями тяжёлых металлов), загрязнение почвы свинцом, никелем, цинком [10, 11].

Показано, что среди разнообразных триггеров псориаза чаще фигурируют ожирение, энтерит, острые респираторные вирусные инфекции, курение, алкоголизм, иммунодефициты, инфицирование ВИЧ [12, 13]. Доказано, что именно курение (до 20 сигарет в день и более) ассоциируется с возникновением псориаза (в 3,3 раза чаще, чем у некурящих) [14]. Рецидивы псориаза чаще всего ассоциируются с употреблением алкоголя, курением, стрессом, наличием отрицательных эмоций в личной жизни [12, 14, 15, 16]. Алкоголь вызывает иммунный дисбаланс и индуцирует изменения в кожных капиллярах, провоцируя обострения болезни, создаёт неблагоприятный фон для лечения псориаза у алкоголика [15]. Ряд медикаментов могут вызывать обострения псориаза (тербинафин, анаболические стероидные гормоны, каптоприл, альфа- и бета-интерфероны) [16].

Р.Ф.Айзятупов и В.В.Юхименко (2001) особо подчёркивают роль стресса в этиологии и патогенезе псориатической болезни, рекомендуют шире включать в комплексную терапию больных псориазом психотерапевтические методы, направленные на мобилизацию функциональных резервов организма и предотвращение срыва адаптации при психоэмоциональных перегрузках [12].

Исследования О.С.Нечаевой (2003) показали, что медико-социальными факторами риска обострения хронических дерматозов (экзема, атопического дерматита, псориаза) являются недостаточный уровень медицинской информированности больного как в сельской местности, так и в городе, и несоблюдение принципов здорового образа жизни, неблагоприятные условия проживания, несоблюдение правил личной гигиены, воздействие неблагоприятных факторов трудовой деятельности, низкий уровень материальных затрат на лечение [17]. К факторам риска обострений относят также психоэмоциональные переживания и стрессы, нарушение диеты, обострение очагов хронической инфекции, воздействие косметических, химических, ультрафиолетовых раздражителей. Значительная доля (14,6 %) больных из сельской местности и 3,7 % городских жителей имеют крайне негативные психологические установки на исход заболевания, чувство тревоги и безнадёжности усугубляют конфликтность больных в семье (70,8 % в селе и 85,4 % в городе), на работе (85,9 % и 87,7 %), в медицинском учреждении (6,8 % и 15,5 %) [17]. Многие больные не удовлетворены качеством диагностики и лечения в кожно-венерологическом диспансере (49,4 % в селе и 75,4 % в городе). Качество медицинской помощи оценено сельскими жителями на $3,4 \pm 0,7$ баллов, а в городе уровень средней удовлетворенности составил $2,2 \pm 0,57$ баллов (по 5-бальной шкале)[17]. Результаты исследования позволили автору дать ряд предложений по совершенствованию организационных форм лечебно-профилактической помощи больным хроническими дерматозами.

Изучение роли факторов риска в возникновении и течении хронических дерматозов является актуальной проблемой и для Беларуси, хочется надеяться, что эти исследования в нашей стране не заставят себя долго ждать.

1. Гандарова З.Б. Социально-гигиенические факторы риска болезней кожи. // Рос. семейный врач. – 2000. - №2. – С.57-59.
2. Метелица В.Н., Мазур Н.А. Эпидемиология и профилактика ишемической болезни сердца. М.: Медицина, 1972. 167 с.
3. Рукавишников В.М. Микозы стоп. Издание 2-е переработанное и дополненное. – М.: ЭликсКом, 2003. – 330 с.
4. Тоскин И.А., Галустян С.М. Факторы, влияющие на эпидемический процесс микозов стоп. // Вестн. дерматол. венерол. – 2001.- № 6.– С. 15-19.
5. Кубанова А.А., Потекаев Н.С., Потекаев Н.Н. Руководство по практической микологии. – М.: ФИД «Деловой экспресс», 2001. – 143 с.
6. Rosseuw D. Achilles foot screening project : preliminary results of patients screened by dermatologists. // J Eur Acad Dermatol Venereol/ -1999; 12. Suppl.1 : S6-S9. discussion S 17.
7. Perea S., Ramos M.J., Garau M. et al. Prevalence and risk factors of tinea unguium and tinea pedis in the general population of Spain. // J Clin Microbiol. -2000; 38:9.- p. 3226-3230.
8. Ghannoum M.F. A large-scale North American study of fungal isolates from nails: The frequency of onychomycosis, fungal distribution, and antifungal susceptibility patterns. // J Amer. Acad. Dermatol. – 2000; 43:4. - p. 641-648.
9. Файзуллина Е.В. Факторы риска возникновения микозов кожи и ногтей: значение для профилактики. // Иммунология. Аллергология. Инфектология. – 2001. - № 3. –С. 96-100.
10. Белецкая Т.Ф. Технологические факторы риска дерматологической заболеваемости населения: автореф. дисс. ... канд. мед. наук . – М., 2006. - 24 с.
11. Трухина Е.В. Гигиеническая оценка риска развития аллергических заболеваний кожи у детского населения промышленного города : автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – М., 2005. – 25 с.
12. Айзятулов Р.Ф., Юхименко В.В. Значение факторов риска в возникновении и течении псориазической болезни. // Вестн. дерматол. венерол. – 2001. - № 1. – С.41-43.
13. Лукьянов А.М. Псориаз: объективизация выбора рациональной терапии: методическое пособие. - Минск : «Доктор Дизайн», 2011. – 191 с.
14. Poikolainen K., Reunala T., Karvonen J. Smoking, alcohol and life events related to psoriasis among women. // Br. J. Dermatol. – 1994; 130:4. - p. 473-477.
15. Higgins E.M., du Vivier A.M., Peters T.J. Cutaneous disease and alcohol misuse. // Br. J. Dermatol. – 1994; 50:1. –p. 85-98.
16. Knopf B., Geyer A., Roth H., Barta U. Der Einfluß endogener und exogener Faktoren auf die Psoriasis vulgaris. // Dermatol Mschr. -1989; 175:4. –s.242-246.
17. Нечаева О.С. Клинико-статистическая оценка факторов риска, распространенность хронических дерматозов в сельской и городской местности и обоснование системы их лечения в сельской и городской

местности : автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – Санкт-Петербург, 2003. – 20 с .