9. Kuzin MI. Wounds and wound infection: a guide for physicians. M.: Meditsina, 1990; 592 p. Russian (Кузин М.И. Раны и раневая инфекция: руководство для врачей. М.: Медицина, 1990; 592 с.).

10. Gul NY, Topal A, Cangul T. The effects of topical tripeptide copper complex and helium-neon laser on wound healing in rabbits. Veterinary Dermatology 2008; 19 (1): 7–14.

11. Nechaeva OV, Shurshalova NF, Zayarskiy DA, et al. The biological activity of compounds from enamines and their modified analogues in respect to reference-strains and clinical isolates of bacteria. Fundamental Research 2013; (12):127–130. Russian (Нечаева О.В., Шуршалова Н.Ф., Заярский Д.А. и др. Биологическая активность соединений ряда енаминов и их модифицированных аналогов в отношении референс-штаммов и клинических изолятов бактерий. Фундаментальные исследования 2013; (12): 127–130).

12. Nechaeva OV, Zayarskiy DA, Vakaraeva MM, et al. The study of the biological activity of polyazolidin-ammonia modified with hydrated halogens ions, and its modifications in respect to microorganisms. Bulletin of Science and Education Development 2014; (1): 32–36. Russian (Нечаева О.В., Заярский Д.А., Вакараева М.М. и др. Изучение биологической активности полиазолидинаммония, модифицированного гидрат ионами галогенов, и его модификаций в отношении микроорганизмов. Вестник развития науки и образования 2014; (1): 32–36).

13. Nechaeva OV, Tikhomirova EI, Zayarskiy DA, Vakaraeva MM. Antimicrobial activity polyazolidin-ammonia modified with hydrated ions of iodine. Zhurnal Mikrobiologii, Epidemiologii i Immunobiologii 2015; (3): 88–92. Russian (Нечаева О.В., Тихомирова Е.И., Заярский Д.А., Вакараева М.М. Антимикробная активность полиазолидинаммония, модифицированного гидрат-ионами йода. Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии 2015; (3): 88–92).

14. Nechaeva OV, Tikhomirova EI, Zayarskiy DA, Vakaraeva MM. Creating innovative products based on heterocyclic compounds and polyazolidin-ammonia modified with hydrated halogen ions. Fundamental Research 2014; (6): 506–511. Russian (Нечаева О.В., Тихомирова Е.И., Заярский Д.А., Вакараева М.М. Создание инновационных препаратов на основе гетероциклических соединений и полиазолидинаммония, модифицированного гидрат ионами галогенов. Фундаментальные исследования 2014; (6): 506–511).

15. Shurshalova NF, Nechaeva OV, Vakaraeva MM, et al. Development and testing of laboratory samples of innovative biologically active compounds based on the “core — shell” structures. Izvestiya of Saratov Universiy. New series. Series: Chemistry. Biology. Ecology 2015; 15 (3): 76–80. Russian (Шуршалова Н.Ф., Нечаева О.В., Вакараева М.М. и др. Разработка и испытание лабораторных образцов инновационных биологически активных препаратов на основе структуры «ядро — оболочка». Известия Саратовского университета. Новая серия. Серия: Химия. Биология. Экология 2015; 15 (3): 76–80).

УДК 616.517 (470.44) Оригинальная статья

# НОЗОМЕТАМОРФОЗ ПСОРИАЗА В САРАТОВСКОМ РЕГИОНЕ

***О.И. Нелюбова —*** *ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России, кафедра кожных и венерических болезней, аспирант;* ***С. Р. Утц —*** *ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России, заведующий кафедрой кожных и венерических болезней, профессор, доктор медицинских наук.*

# NOSOMETAMORPHOSIS OF PSORIASIS IN THE SARATOV REGION

***O.I. Nelyubova —*** *Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Department of Skin and Venereal Diseases, Graduate student;* ***S. R. Utz —*** *Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Head of Department of Skin and Venereal Diseases, Professor, Doctor of Medical Science.*

Дата поступления — 26.08.2016 г. Дата принятия в печать — 15.09.2016 г.

***Нелюбова О.И., Утц С. Р.*** **Нозометаморфоз псориаза в Саратовском регионе. Саратовский научно-медицинский журнал 2016; 12 (3): 467–475.**

*Цель:* расширенное изучение клинического полиморфизма псориаза в условиях Саратовского региона за тридцатилетний период. *Материал и методы.* Проведен ретроспективный анализ 2083 медицинских карт пациентов с различными формами псориаза, находившихся на стационарном лечении в клинике кожных и венерических болезней Саратовского медицинского института в период с 1984 по 1988 г., и данных для статистического сравнения из регистра 1450 медицинских карт пациентов с различными формами псориаза, также находившихся на стационарном лечении в клинике кожных и венерических болезней Саратовского медицинского университета в период с 2009 по 2013 г. *Результаты.* Отмечено увеличение частоты тяжелых и атипичных форм дерматоза. При псориазе чаще регистрируются экссудативные и пустулезные формы, при псориатическим артрите встречается несколько больше экссудативных форм. *Заключение.* Риск заболеть псориазом наблюдается в возрастной категории от 10 до 30 лет. При артропатическом псориазе учащение случаев заболеваемости фиксируется в период от 30 до 60 лет.

**Ключевые слова:** псориаз, псориатический артрит, нозометаморфоз, клинический полиморфизм.

***Nelyubova OI, Utz SR.*** **Nosometamorphosis of psoriasis in the Saratov region. Saratov Journal of Medical Scientific Research 2016; 12 (3): 467–475.**

*Aim:* to study the clinical polymorphism of psoriasis widely in Saratov region for the last 30 years period. *Materials and methods.* A retrospective analysis of medical records of 2083 patients with various forms of psoriasis, which were hospitalized at the Clinic of Skin and Venereal Diseases of Saratov Medical Institute in the period from 1984 to 1988 and data for statistical comparison from register of 1450 medical records of patients with various forms of psoriasis, also hospitalized at the Clinic of Skin and Venereal Diseases of Saratov State Medical University in the period of 2009–2013. *Results.* An increase in the incidence of severe and atypical forms of dermatosis is noted. Exudative and pustular forms of psoriasis are found more commonly. Psoriatic arthritis is noted to be slightly more associated with exudative form. *Conclusion.* The risk of psoriasis developing is noted in the age group of 10–30 years. In psoriatic arthritis an increase in morbidity is noted in the period of 30–60 years.

**Key words:** psoriasis, psoriatic arthritis, nosometamorphosis, clinical polymorphism.

**Введение.** Проблема псориаза постоянно находится в центре внимания исследователей, оставаясь до настоящего времени одной из важнейших в дерматологии [1–4].

В последние десятилетия как в России, так и за рубежом количество больных псориазом продолжает неуклонно возрастать. Отмечается тенденция к увеличению удельного веса тяжелых по своему клиническому течению и атипичных форм дерматоза [5–7].

Причины разнообразия клинической картины псориаза заложены в мультифакториальной природе заболевания, означающей участие в формировании дерматоза множества аддитивно действующих генетических и средовых факторов [8, 9].

Современные взаимоотношения человеческих популяций и природной среды характеризуются бурными темпами модификации последней, все нарастающей мозаичностью ее биотических и физико-химических свойств в различных точках земного шара, что, безусловно, отражается на течении заболеваний человека, и в частности псориаза, приводя к нозометаморфозу заболевания [10–12].

Необходимым условием для совершенствования диспансеризации и реабилитации больных является формирование научно обоснованного представления о клиническом полиморфизме дерматоза и факторах, определяющих течение заболевания в конкретных климатогеографических условиях [13, 14]. Нуждаются в дальнейшей разработке методы скрининга лиц, входящих в группу риска по развитию тяжелых форм псориаза. Переход к более интенсивным формам работы дерматологических учреждений, позволяющим без дополнительных материальных и кадровых ресурсов повысить эффективность лечебно-профилактических мероприятий в группе больных псориазом, требует проведения медико-социологических исследований и разработки рекомендаций по профилактике заболевания и его осложнений.

*Цель*: комплексное изучение клинического полиморфизма псориаза и его нозометаморфоза в условиях Саратовского региона за тридцатилетний период.

**Материал и методы.** Исследование проведено на базе клиники кожных и венерических болезней Саратовского государственного медицинского университета им. В.И. Разумовского. Использован банк данных, содержащий сведения о 2083 историях болезни пациентов с различными формами псориаза (мужчин 1171, женщин 912), находившихся на стационарном лечении в клинике кожных и венерических болезней Саратовского медицинского института МЗ СССР в период с 1984 по 1988 г. (I группа). С целью сравнения использованы данные регистра пациентов (1450 историй болезни: мужчин 831, женщин 619), проходивших стационарное лечение в клинике кожных и венерических болезней Саратовского государственного медицинского университета им. В.И. Разумовского в период с 2009 по 2013 г. (II группа). Все пациенты находились в возрастной категории от 18 лет и старше.

Статистическая обработка материала выполнялась с использованием методов параметрической и непараметрической статистики в программе Statsoft, версия 10.0. Различия между параметрами считались значимыми при $p<0,05$.

**Ответственный автор —** Нелюбова Ольга Игоревна
Тел.: +7845222-38-14
E-mail: nowest777@mail.ru

**Результаты.** Средний возраст пациентов с псориазом составил 27,7±13,9 года (I группа) и 34,5±7,18 года (II группа). Каких-либо существенных различий в возрастно-половой структуре больных обеих групп выявлено не было.

Для расчета оценки «кумулятивной» заболеваемости, которая представляет собой вероятность заболеть псориазом в какой-либо период жизни на протяжении от рождения до 70 лет и старше, использованы повозрастные показатели заболеваемости. Показатель «кумулятивной» заболеваемости является величиной, не зависящей ни от возрастной структуры популяции, ни от смертности больных.

Наибольшая скорость накопления случаев заболевания наблюдалась в период от 10 до 30 лет (рис. 1). Скорость накопления заболеваемости у мужчин и женщин существенно не отличалась.

В I группе пациентов наиболее частыми факторами, способствующими началу обострения дерматоза,

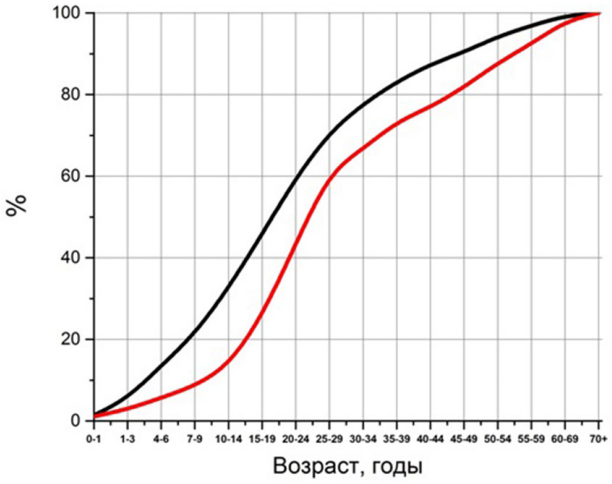


Рис. 1. Кумуляты заболеваемости псориазом. *Здесь и на рис. 14 черным цветом отмечена I группа, красным II группа*

были эмоциональное перенапряжение, инфекционные заболевания, физические травмы, алкогольная интоксикация. У пациентов II группы на первое место выходят эмоциональные факторы (61,7%) и инфекционные заболевания (20,8%), с меньшей частотой встречались алкогольная интоксикация (3,9%), прием лекарственных препаратов (2,8%), физические травмы (2,4%) (рис. 2).

По данным регистра, первые клинические признаки заболевания в I группе появлялись чаще на волосистой части головы (31,0%), в области локтей и колен (26,6%), на нижних конечностях (21,1%). У пациентов II группы дерматоз достоверно чаще манифестировался на волосистой части головы (36,5%) и верхних конечностях (21,4%) (рис. 3). Данные о локализации начальных проявлений в зависимости от пола существенно не отличаются: у женщин несколько чаще впервые поражаются верхние конечности (28,6%), у мужчин в 11,7% случаев ($p<0,05$).

При изучении особенностей локализации псориаза на момент обследования установлено, что в I группе (оба пола) чаще вовлекались в патологический процесс нижние конечности (38%), верхние конечности (37%) и туловище (36%). Во II группе несколько увеличилась частота поражения верхних конечностей (до 40%) (рис. 4).

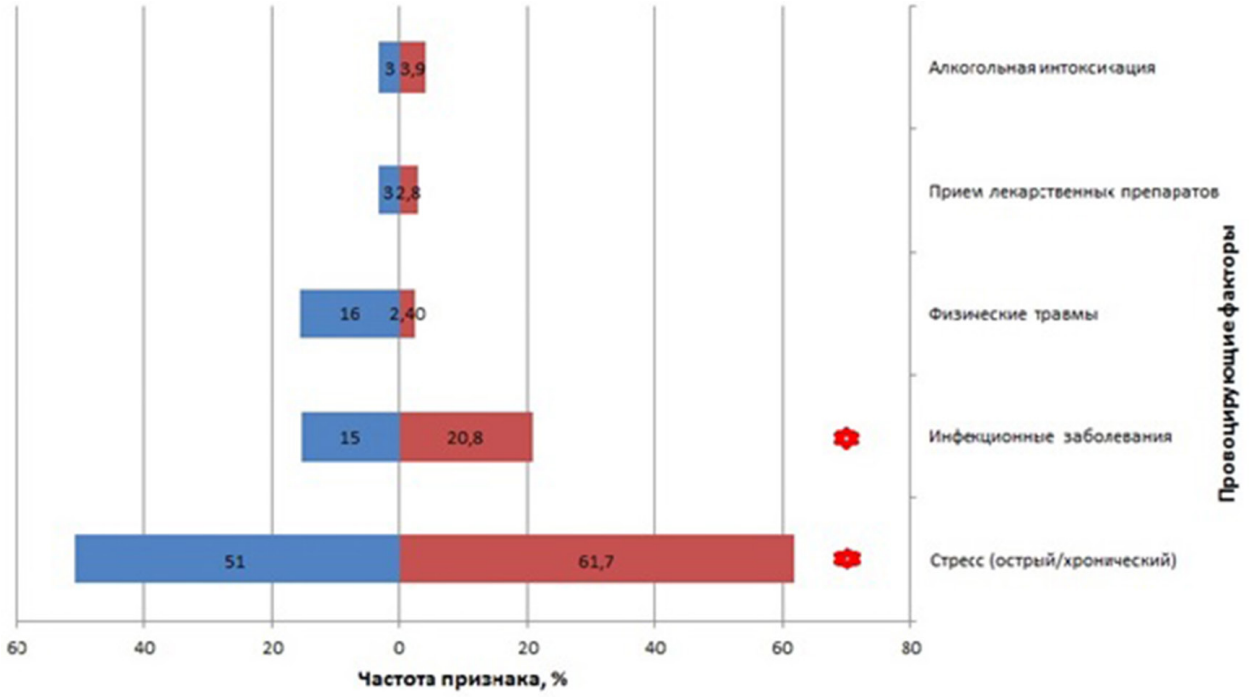


Рис. 2. Провоцирующие факторы. *Здесь и далее на рис. 3–13 синим цветом отмечена I группа, красным II группа; * — полученное эмпирическое значение φ* находится в зоне значимости*

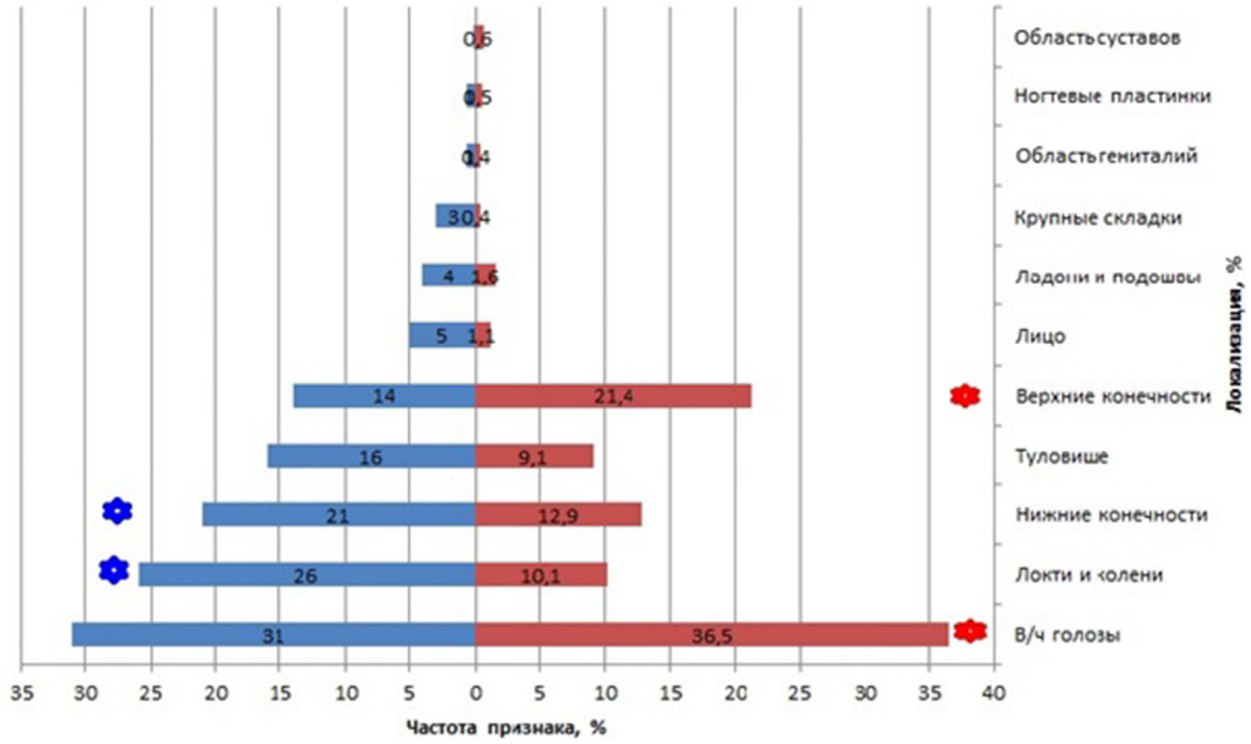


Рис. 3. Начальная локализация

При исследовании вариантов клинической картины поражения кожи в I группе пациентов отмечается наибольшая распространенность вульгарного псориаза (66%). Другие клинические формы заболевания у больных I группы наблюдались значительно реже: экссудативная (17%), гиперкератотическая (11%), псориатическая эритродермия (6%), пустулезный псориаз (менее 1%). У мужчин и женщин не зафиксировано достоверных различий.

Во II группе отчетливо прослеживается тенденция к росту тяжелых и атипичных форм псориаза. Выросло число экссудативных форм (24,4%) и пустулезного псориаза (1,93%) (рис. 5).

При анализе особенностей морфологической картины псориаза замечено, что в обеих группах папулезно-

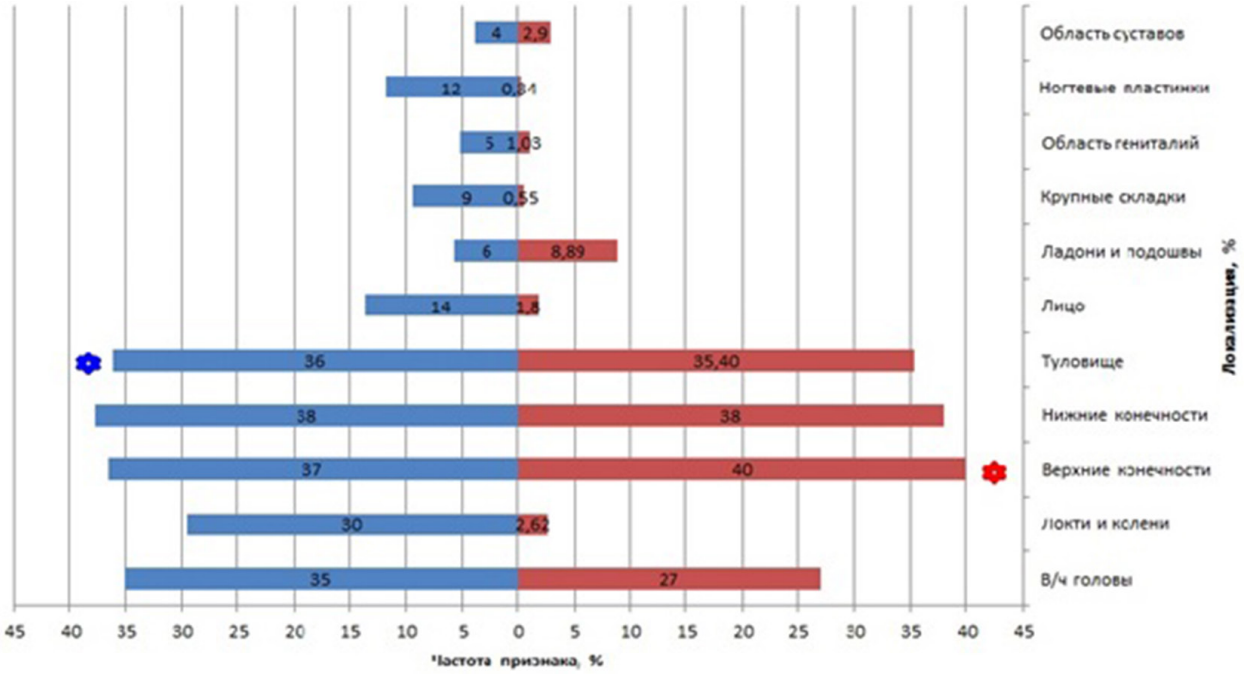


Рис. 4. Начальная локализация на момент обследования

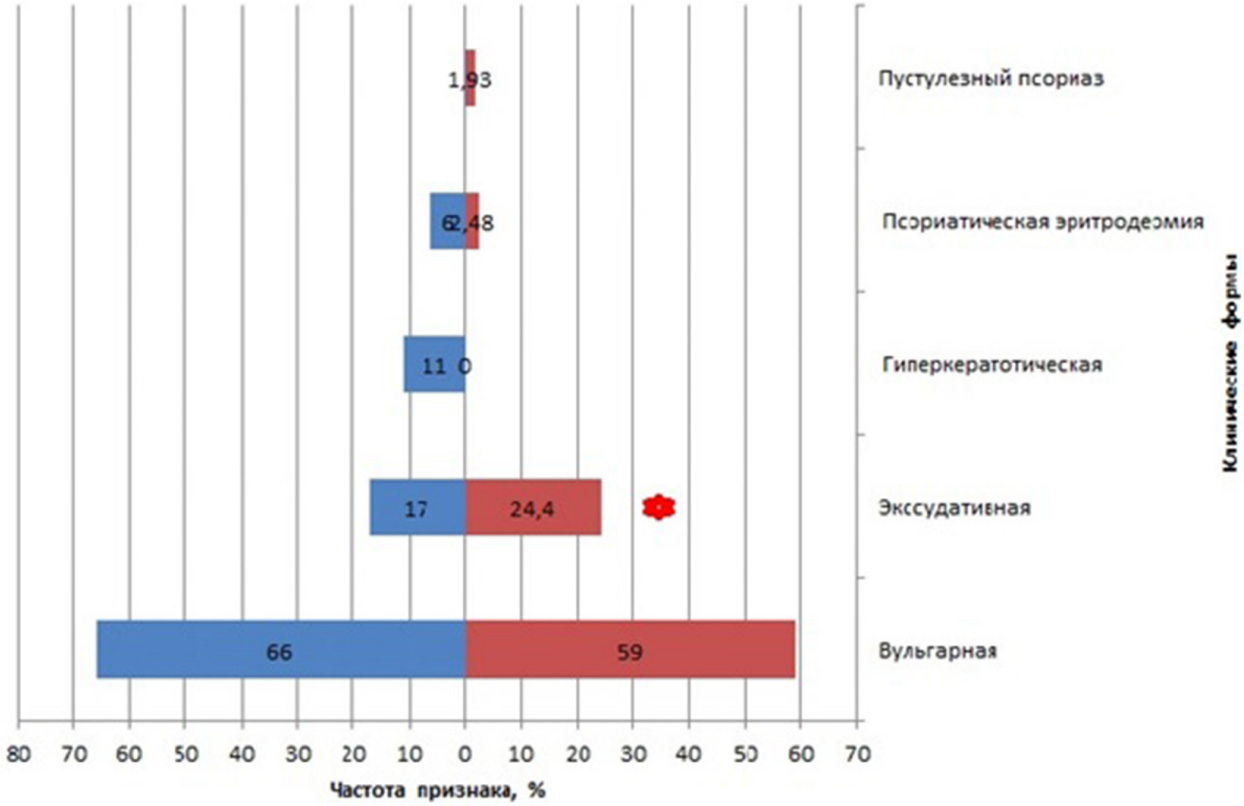


Рис. 5. Клинические формы псориаза (общий показатель, %)

бляшечная форма псориаза занимает первое место (39 и 84,6% соответственно). Однако во II группе отмечается выраженная тенденция к увеличению частоты диффузного (5,86%) и универсального поражения кожи (3,31%): в сравнении с I группой 3 и 1% соответственно (рис. 6).

Сравнивая клинические особенности псориаза в зависимости от длительности дерматоза, удалось установить: при длительности заболевания до одного года удельный вес экссудативной формы составил в I группе 3,9%, во II группе 2,34%, от 10 лет и более — 4,8 и 5,8% соответственно. Отмечается склонность к увеличению числа экссудативных форм у пациентов II группы при длительности заболевания от 10 и более лет (рис. 7).

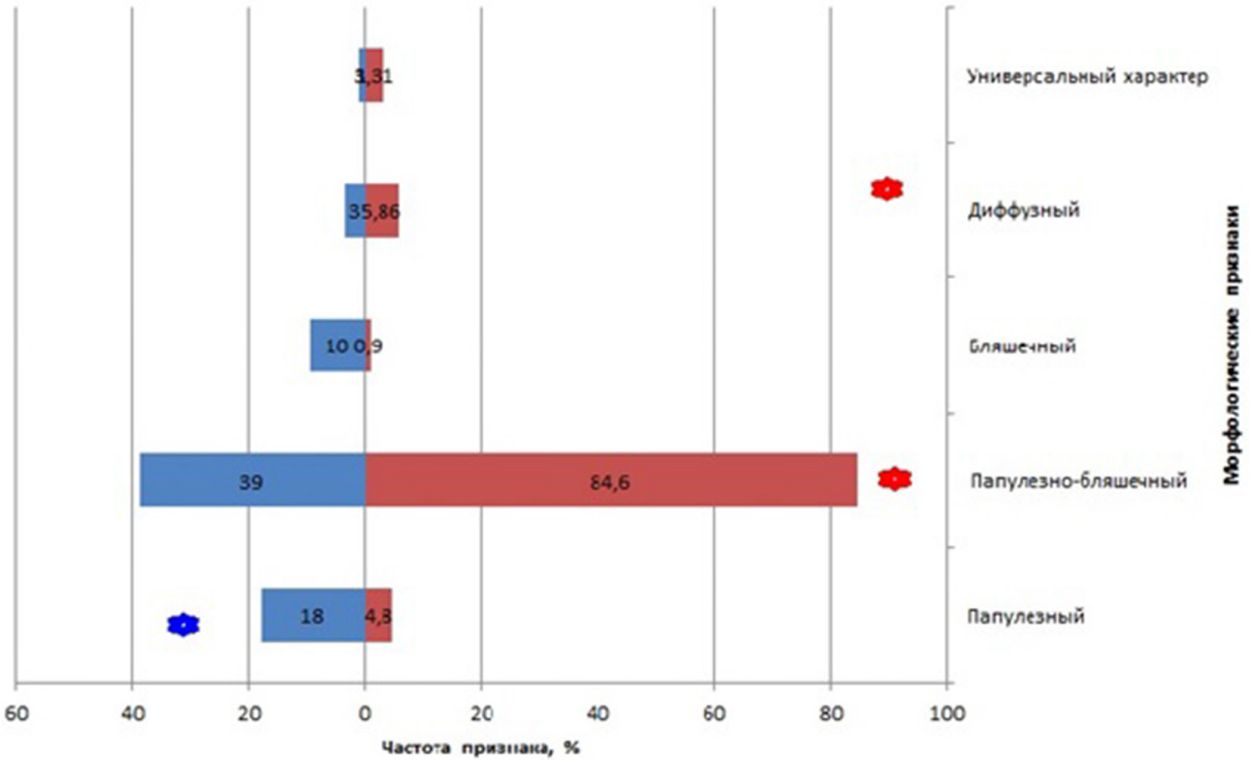


Рис. 6. Распределение больных по морфологическим признакам

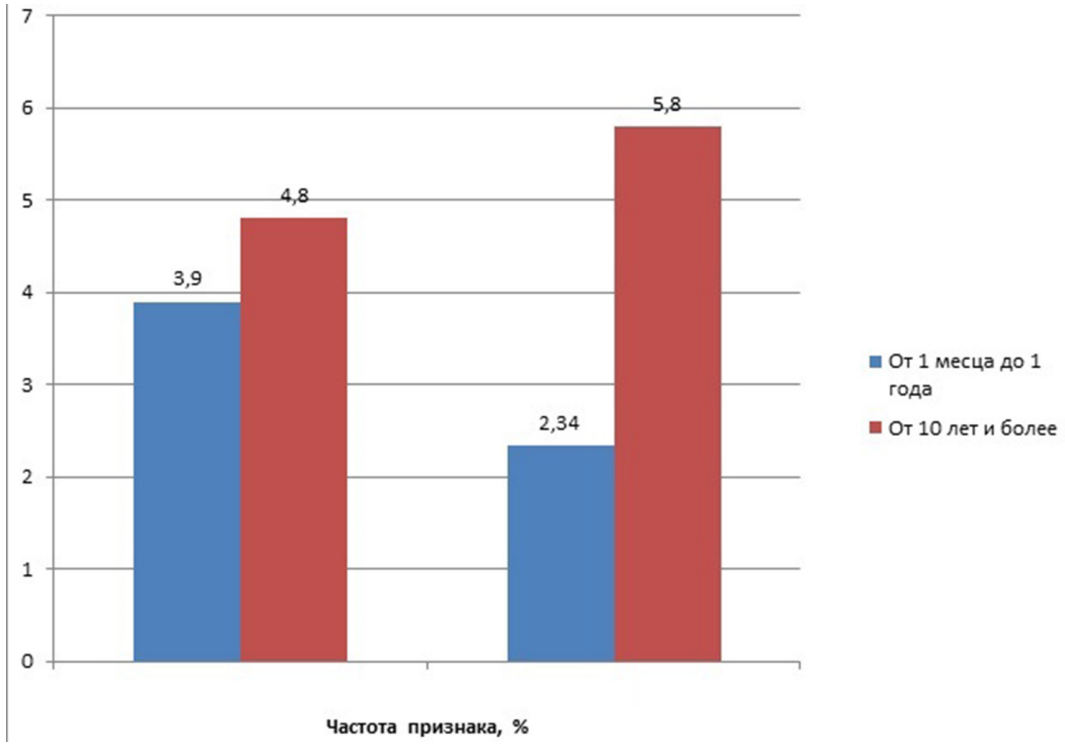


Рис. 7. Удельный вес экссудативной формы псориаза в зависимости от длительности заболевания

Удельный вес пустулезного псориаза при продолжительности заболевания до одного года составил в I группе 0,5%, во II группе 0,8% (p>0,05). При давности псориаза 10 лет и более наблюдается выраженная склонность к увеличению количества пустулезного псориаза в I группе (13%), тогда как во II группе число таких случаев составило лишь 1,4% (p<0,05) (рис. 8).

Количество случаев эритродермической формы псориаза при длительности заболевания до одного года в I группе составило 0,7%, во II группе 0,5% (p>0,05). При длительности дерматоза более 10 лет

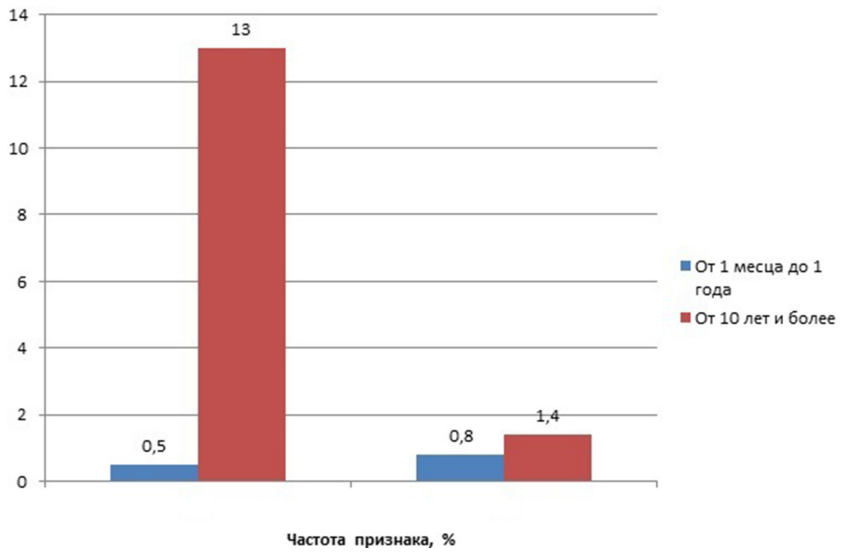


Рис. 8. Удельный вес пустулезного псориаза в зависимости от длительности заболевания

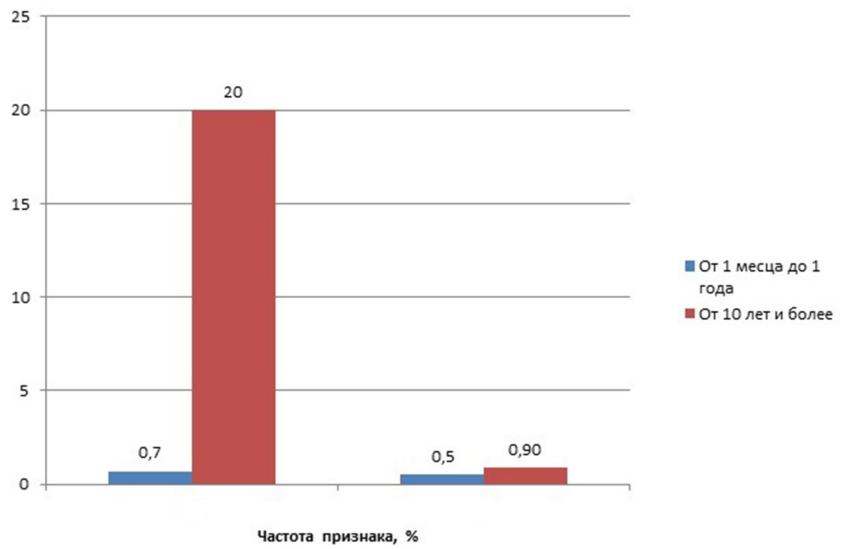


Рис. 9. Удельный вес эритродермической формы в зависимости от длительности заболевания

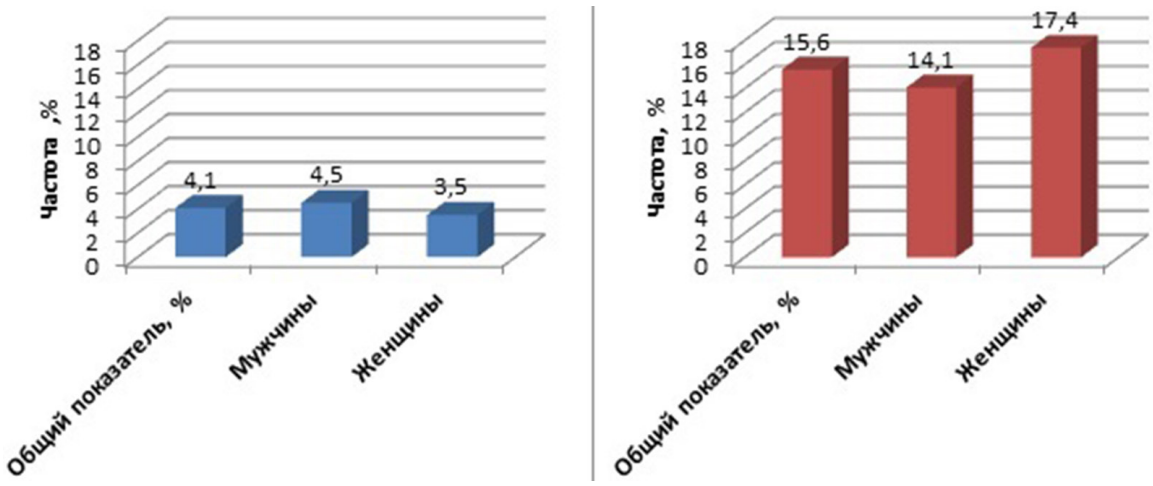


Рис. 10. Псориатический артрит

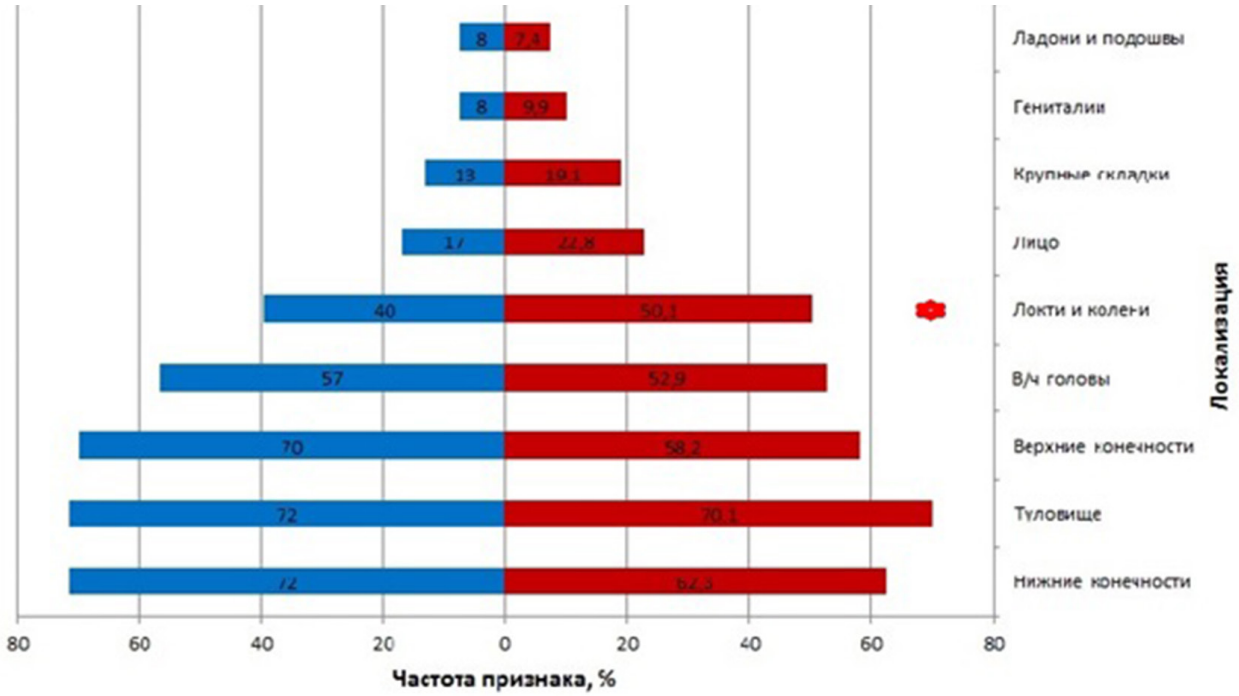


Рис. 11. Локализация высыпаний при псориатическом артрите у мужчин

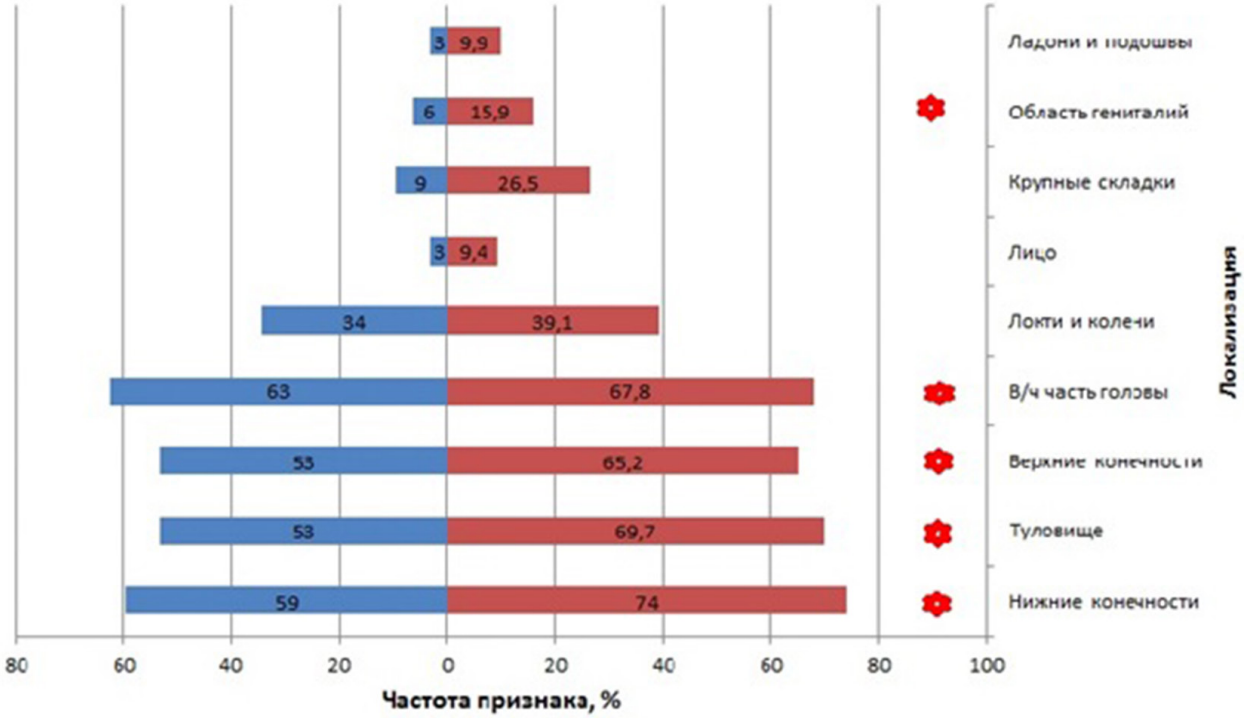


Рис. 12. Локализация высыпаний при псориатическом артрите у женщин

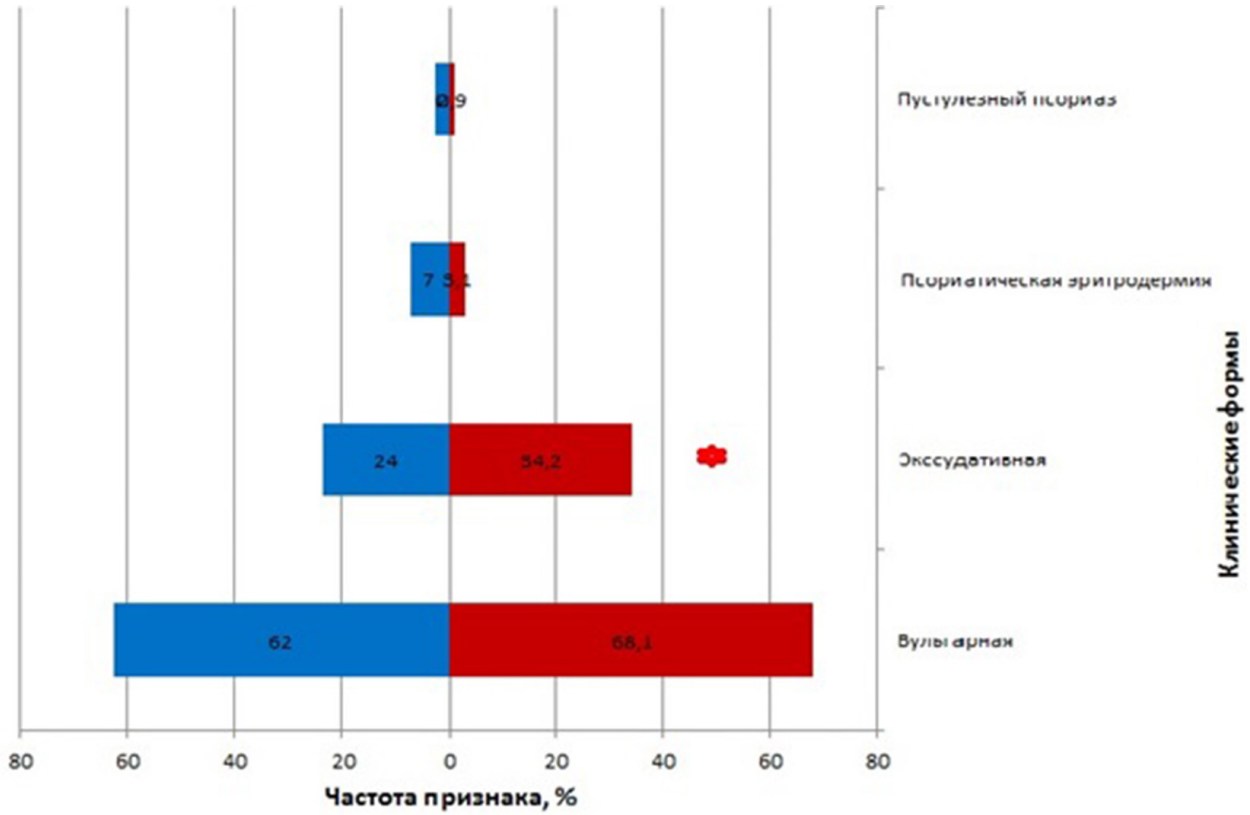


Рис. 13. Клинические формы поражения при псориатическом артрите

удельный вес эритродермии в I группе составил 20%, во II группе чуть меньше 1% (0,90%) (p>0,05) (рис. 9).

Клинические признаки поражения суставов выявлены у 85 (4,1%) из 2083 пациентов I группы и у 166 (14,4%) из 1450 больных II группы. Таким образом, налицо существенное прогрессирование поражения опорно-двигательного аппарата в последние годы (рис. 10). Средний возраст дебюта псориатического артрита составил 33,9 года (I группа) и 42,6 года (II группа) (p>0,05).

Анализ топографических особенностей поражения кожного покрова у пациентов с псориатическим артритом в зависимости от пола свидетельствует о наиболее частой локализации патологического процесса в I группе у мужчин на волосистой части головы (57%), верхних (70%) и нижних конечностях (72%), области туловища (72%). Во II группе при поражении суставов чаще вовлекается в патологический процесс кожа в области туловища (70,1%), верхних (58,2%) и нижних конечностей (62,3%), а также волосистая часть головы (52,9%) (рис. 11).

В I группе у женщин с псориатическим артритом высыпания локализуются сравнительно чаще на волосистой части головы (63%) и нижних конечностях (59%); во II группе — в области туловища (69,7%), крупных складок (25,6%), верхних конечностей (65,2%), волосистой части головы (67,8%) (рис. 12).

При псориатическом артрите у пациентов I группы в несколько раз чаще диагностировались тяжелые и атипичные формы дерматоза: экссудативный псориаз — 24% и псориатическая эритродермия — 7%. Во II группе фиксируется высокая распространенность экссудативной формы псориаза (34,2%) (рис. 13).

Графики на рис. 14 представляют собой кумуляты заболеваемости псориазом и псориатическим артритом. В последние годы (II группа) отмечается увеличение количества случаев возникновения псориатического артрита в возрастном периоде от 30 до 50 лет (более 60%).

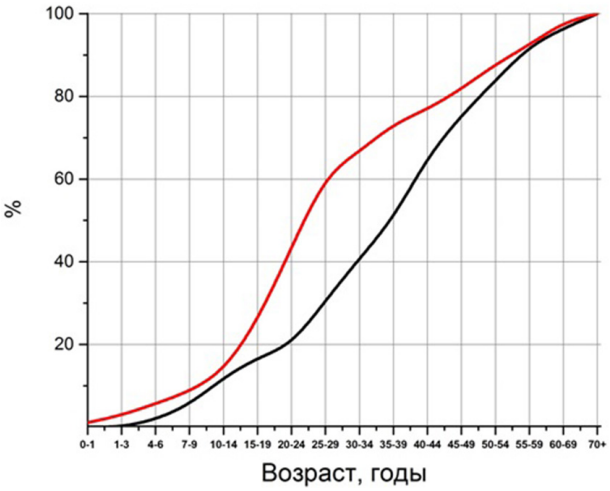


Рис. 14. Кумуляты заболеваемости псориазом и псориатическим артритом

**Обсуждение.** Клинический полиморфизм псориаза недостаточно исследован [15, 16]. Нами предпринята попытка изучить ряд клинико-анамнестических факторов у больных, находившихся на стационарном лечении в клинике с интервалом в 30 лет. Выявлено увеличение частоты тяжелых и атипичных форм дерматоза. При псориазе чаще встречаются экссудативные и пустулезные формы, при псориатическим артрите регистрируется несколько больше экссудативных форм.

Риск заболеть псориазом наблюдается в возрастной категории от 10 до 30 лет. При артропатической форме псориаза учащение случаев заболеваемости наблюдается в период от 30 до 60 лет.

**Заключение.** В XXI в., по сравнению с прошлым столетием, более четко выражена тенденция к накоплению случаев заболеваемости псориазом в возрастной категории от 10 до 30 лет; увеличилась доля больных с тяжелыми формами псориаза, экссудативным и пустулезным псориазом. Подавляющее количество случаев начала псориатического артрита регистрируется в возрастном периоде от 30 до 50 лет, что составляет более 60%. В настоящее время достоверно увеличилось количество больных с псориатическим артритом с экссудативной формой поражения псориаза.

**Конфликт интересов** не заявляется.

**Авторский вклад:** концепция и дизайн исследования, анализ и интерпретация результатов, написание статьи — О.И. Нелюбова, С. Р. Утц; получение и обработка данных — О.И. Нелюбова; утверждение рукописи для публикации — С. Р. Утц.

### References (Литература)


1. Smriti K. Raychaudhuri, Emanual Maverakis, Siba P. Raychaudhuri. Diagnosis and classification of psoriasis. Autoimmunity Reviews 2014; 13: 490–495.
2. Utz SR. Modern approaches to therapy of a psoriasis. Remedium Privolzhye 2016; 1(141): 28-30. Russian (Утц С.Р. Современные подходы к терапии псориаза. Ремедиум Приволжье 2016; 1 (141): 28–30.).
3. Menter MA, Christopher EM, Griffiths EC. Psoriasis: the future. Dermatol Clin 2015; 33: 161–166.
4. Bakulev AL. Strategy "to achieve the goal of treatment" for psoriasis. Topical issues of the sustainability of biological therapy. Vestnik dermatologii i venerologii 2016; (5): 32-38. Russian (Бакулев А.Л. Стратегия "лечение до достижения цели" при псориазе. Актуальные вопросы устойчивости биологической терапии. Вестник дерматологии и венерологии. 2016; (5): 32–38).
5. Johnson MA, Armstrong AW. Clinical and Histologic Diagnostic Guidelines for Psoriasis: A Critical Review. Clinic Rev Allerg Immunol 2013; 44: 166–172.
6. Bronckers MG, Paller AS, Geel MJ, et al. Psoriasis in Children and Adolescents: Diagnosis, Management and Comorbidities. Pediatr Drugs 2015; 14: DOI 10.1007/s40272-015-0137-1.
7. Meier M, Sheth PB. Clinical Spectrum and Severity of Psoriasis. Management of Psoriasis 2009; 38: 1–20.
8. Dovzhansky SI, Utz SR. Psoriasis or psoriatic disease. Saratov: Publishing House of Saratov University, 1992; 172 p. Russian (Довжанский С. И., Утц С. Р. Псориаз или псориатическая болезнь. Саратов: Изд-во Саратов. ун-та, 1992; 172 с.).
9. Parisi R, Symmons DP, Griffiths CE, et al. Global Epidemiology of Psoriasis: a systematic review of incidence and prevalence. Journal of Investigative Dermatology 2012; 2: 1–9.
10. Ladizinski B, Lee KC, Wilmer E, et al. A Review of the Clinical Variants and the Management of Psoriasis. Clinical Management Extra Advances in Skin & Wound Care 2013; 26: 271–284.
11. Naldi L, Gambini D. The clinical spectrum of psoriasis. Clinics in Dermatology 2007; 25: 510–518.
12. Slesarenko NA, Utz SR. The role of bacterial infection in the pathogenesis of psoriasis. Journal of Dermatology and Venereology 2016; 3: 29–35. Russian (Слесаренко Н.А., Утц С. Р. Роль бактериальной инфекции в патогенезе псориаза. Вестник дерматологии и венерологии 2016; 3: 29–35).
13. Weinberg JM, Lebwohl M. Advances in Psoriasis: A Multisystemic Guide. Springer London Heidelberg New York Dordrecht 2014: 301–315.
14. Ryan C, Korman NJ, Gelfand JM. Research gaps in psoriasis: opportunities for future studies. J Am Acad Dermatol 2014; 70: 146–67.
15. Christophers E. Psoriasis: epidemiology and clinical spectrum. Clinical and Experimental Dermatology 2001; 26: 314–320.
16. Znamenskaya LF, Melekhina LE, Bogdanova EV, et al. Incidence and prevalence of psoriasis in the Russian Federation. Journal of Dermatology and Venereology 2012; 5: 20–29. Russian (Знаменская Л.Ф., Мелехина Л.Е., Богданова Е.В. и др. Заболеваемость и распространенность псориаза в Российской Федерации. Вестник дерматологии и венерологии 2012; 5: 20–29).


УДК 616.972 (470.44) Оригинальная статья

# АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СИФИЛИСОМ НА ТЕРРИТОРИИ САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ (2011-2015)

***Д.А. Шнайдер*** *— ГУЗ «Саратовский областной кожно-венерологический диспансер», главный врач;* ***С. Р. Утц*** *— ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России, заведующий кафедрой кожных и венерических болезней, профессор, доктор медицинских наук;* ***Л.А. Шерстобитова —*** *ГУЗ «Саратовский областной кожно-венерологический диспансер», заместитель главного врача по медицинской части;* ***В.В. Мартынова*** *— ГУЗ «Саратовский областной кожно-венерологический диспансер», заместитель главного врача по организационно-методической работе;* ***Е.Н. Горных —*** *ГУЗ «Саратовский областной кожно-венерологический диспансер», заведующий организационно-методическим отделом.*

# ANALYSIS OF SYPHILIS INCIDENCE AT THE TERRITORY OF SARATOV REGION (2011-2015)

***D.A. Schnaider*** *— Saratov Regional Dermatovenerological Dispensary, Head Physician;* ***S. R. Utz*** *— Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Department of Skin and Venereal Diseases, Professor, Doctor of Medical Science;* ***L.A. Sherstobitova —*** *Saratov Regional Dermatovenerological Dispensary, Deputy Director, Medicine Divisional Manager;* ***V.V. Martynova*** *— Saratov Regional Dermatovenerological Dispensary, Deputy Director, Organizational and Methodical Manager;* ***E.N. Gornykh —*** *Saratov Regional Dermatovenerological Dispensary, Head of Organizational and Methodical Department.*

Дата поступления — 28.08.2016 г. Дата принятия в печать — 15.09.2016 г.

***Шнайдер Д.А., Утц С. Р., Шерстобитова Л.А., Мартынова В.В., Горных Е.Н.*** **Анализ заболеваемости сифилисом на территории Саратовской области (2011-2015). Саратовский научно-медицинский журнал 2016; 12 (3): 475–481.**

*Цель:* анализ динамики и структуры заболеваемости сифилисом в Саратовской области за период 2011–2015 гг. *Материал и методы*. Проанализированы материалы форм государственного статистического наблюдения за 2011–2015 гг. *Результаты.* Анализ данных форм государственного наблюдения за указанные годы показал тенденцию к снижению сифилитической инфекции. Однако в ряде территорий Саратовской области регистрируется неблагополучная ситуация. Показатели заболеваемости по сифилису позднему и нейросифилису сохраняют тенденцию к росту. *Заключение.* Сифилис оказывает негативное влияние на репродуктивное здоровье населения. Частота его распространения должна быть под контролем особенно в условиях демографического кризиса.

**Ключевые слова:** заболеваемость сифилисом, структура заболеваемости сифилисом, врожденный сифилис, статистическая информация.