

<https://doi.org/10.25208/0042-4609-2018-94-3-30-38>

Распространенность очагов хронической инфекции у больных дерматозами

Патрушев А. В. *, Самцов А. В., Иванов А. М., Сухарев А. В., Асфендиаров Д. Д.

Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова Министерства обороны Российской Федерации
194044, Российская Федерация, г. Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 6

Проведено ретроспективное эпидемиологическое исследование по выявляемости очагов хронической инфекции (ОХИ) у больных Т-клеточноопосредованными дерматозами. Полученные значения сопоставлены с распространенностью ОХИ в общей популяции, а также с данными контрольной группы, которую составили практически здоровые лица при прохождении ими углубленного медицинского обследования.

У больных псориазом отмечается более высокая распространенность хронического тонзиллита в сравнении как с общей популяцией, так и контрольной группой ($p = 0,001$). Больные экземой отличаются повышенной превалентностью хронического гранулематозного периодонтита, но только по отношению к практически здоровым лицам ($p = 0,046$). У больных атопическим дерматитом, красным плоским лишаем и гнездной алопецией обнаружены значимые различия по хроническому тонзиллиту, который встречается более часто, чем в общей популяции и группе практически здоровых лиц ($p = 0,001$).

Ключевые слова: распространенность, превалентность, Т-клеточноопосредованные заболевания, псориаз, атопический дерматит, пустулез ладоней и подошв, экзема, красный плоский лишай, гнездная алопеция, хронический тонзиллит, апикальный периодонтит

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

Для цитирования: Патрушев А. В., Самцов А. В., Иванов А. М., Сухарев А. В., Асфендиаров Д. Д. Распространенность очагов хронической инфекции у больных дерматозами. Вестник дерматологии и венерологии. 2018;(1):30–38. <https://doi.org/10.25208/0042-4609-2018-94-3-30-38>

Prevalence of chronic infection foci in patients with dermatoses

Aleksandr V. Patrushev*, Aleksey V. Samtsov, Andrey M. Ivanov, Aleksey V. Sukharev, Denis D. Asfendiarov

S. M. Kirov Military Medical Academy of the Ministry of Defence of the Russian Federation
Academician Lebedev str., 6, Saint Petersburg, 194044, Russian Federation

This paper presents the results of a retrospective epidemiological study carried out to detect chronic infection foci (CIF) in patients affected by T-cell mediated dermatoses. The values obtained for the CIF prevalence are compared with those in the general population, as well as in the control group. The latter comprised generally healthy people according to the results of in-depth medical examination.

It is found that patients with psoriasis demonstrate a higher prevalence of chronic tonsillitis compared to the values both in the general population and in the control group ($p = 0.001$). Patients with eczema are characterized by an increased prevalence of chronic granulomatous periodontitis, but only in comparison with generally healthy individuals ($p = 0.046$). The results obtained for patients with atopic dermatitis, lichen planus and alopecia areata are found to be statistically significant for chronic tonsillitis, which occurs therein more frequently than in the general population and in the group of generally healthy people ($p = 0.001$).

Keywords: prevalence, T-cell-mediated diseases, psoriasis, atopic dermatitis, palm and sole pustulosis, eczema, lichen planus, alopecia areata, chronic tonsillitis, apical periodontitis

Conflict of interest: the authors state that there is no potential conflict of interest requiring disclosure in this article.

For citation: Patrushev A. V., Samtsov A. V., Ivanov A. M., Sukharev A. V., Asfendiarov D. D. Prevalence of chronic infection foci in patients with dermatoses. *Vestnik Dermatologii i Venerologii*. 2018;(1):30–38. <https://doi.org/10.25208/0042-4609-2018-94-3-30-38>

■ К основным Т-клеточноопосредованным дерматозам, в развитии которых могут иметь значение очаги хронической инфекции (ОХИ), относятся следующие: псориаз, пустулез ладоней и подошв (ПЛП), экзема, красный плоский лишай (КПЛ), атопический дерматит (АД) и гнездная алопеция (ГА). По всей видимости, основными патогенетическими механизмами, приводящими к поражению кожи в этих случаях, являются аутоиммунные и аллергические реакции. Не исключается также воздействие ОХИ на центральную нервную систему, вследствие чего нарушается вегетативный баланс, трофика и реактивность кожи (рефлекторный механизм) [1].

На сегодняшний день имеются научные данные, позволяющие говорить о связи стрептококковой инфекции и псориаза. Предполагается, что антигены стрептококка могут индуцировать выработку ассоциированных с кожей Т-лимфоцитов, запускающих иммунное воспаление [2]. В 2015 г. в журнале Американской академии дерматологии был опубликован первый систематический обзор, посвященный влиянию тонзилэктомии на течение псориаза. Проанализировали результаты 20 исследований из 8 стран (участвовали 545 пациентов). Из 410 человек, перенесших удаление небных миндалин, 290 отметили улучшение течения заболевания в последующем. Был сделан вывод о негативном влиянии хронического тонзиллита на течение вульгарного псориаза. При этом авторы подчеркнули необходимость дальнейших исследований в этом направлении [3].

При ПЛП тонзиллит и очаги одонтогенной инфекции также рассматриваются как одни из наиболее значимых триггеров наряду с курением, климатическими факторами и целиакией [4]. Имеются единичные работы, доказывающие влияние очагов стоматогенной инфекции (ОСИ) на течение атопического дерматита и бляшечной экземы [5, 6]. Что касается КПЛ и ГА, то серьезных исследований по этому поводу не проводилось. Также отсутствуют материалы о связи Т-клеточноопосредованных дерматозов с другими ОХИ организма, помимо тонзиллита и ОСИ. Все вышесказанное свидетельствует об актуальности и недостаточной проработке данной темы.

На кафедре кожных и венерических болезней Военно-медицинской академии мы провели исследование по оценке распространенности ОХИ при Т-клеточноопосредованных дерматозах в сравнении с общей популяцией и практически здоровыми лицами.

Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ 1299 историй болезни пациентов клиники кожных и венерических болезней, проходивших лечение в период с 2010 по 2014 г. Отбирались истории болезни больных псориазом, ПЛП, экземой, АД, КПЛ, ГА и подробно анализировались случаи, при которых проводилось обследование с целью выявления ОХИ. Пациент считался обследованным, если ему выполнялась рентгенография придаточных пазух носа, ортопантограмма, ультразвуковое исследование органов брюшной полости и малого таза, проводились консультации лор-врачом, стоматологом, терапевтом, а также урологом (гинекологом) при наличии показаний. Полученные результаты распространенности (превалентности) ОХИ у больных Т-клеточноопосредованными дерматозами сопоставлялись с данными в общей популяции.

В связи с тем что материалы официальной статистики в доступных источниках представлены только по отдельным классам заболеваний, значения для сравнения были взяты из отечественных монографий по соответствующему профилю. Так, средняя распространенность хронического тонзиллита во взрослой популяции составляет 7 % (от 4 до 10 %) [7], хронического верхнечелюстного синусита (гайморита) — 5 % [7], желчнокаменной болезни (хронического калькулезного холецистита) — 3–12 % (среднее значение 7,5 %) [8], хронического простатита — от 5 до 8 % (среднее значение 6,5 %) [9], хронического пиелонефрита — 4,6 % [10].

Анализ литературных источников о распространенности хронического гранулематозного периодонтита (ХГП) в отечественной популяции показал отсутствие необходимых данных. Из научных статей можно привести данные Кукушкина В. Л. и соавт. (2014), которые свидетельствуют о встречаемости апикального периодонтита у 30,2 % обследованных пациентов, однако невозможно экстраполировать эти данные на общую популяцию в связи с особенностями исследования (ретроспективный анализ по обращаемости в узком возрастном диапазоне) [11]. Зарубежные источники дают показатель распространенности верхушечного периодонтита в пределах от 30 до 50 %, при этом в большинстве случаев расчет проводился не по случайной выборке населения, а также применялся метод конусно-лучевой компьютерной томографии, что существенно повышает чувствительность метода и позволяет выявить даже минимальные рентгенологические признаки периодонтита [12–16].

В нашем исследовании рентгенологические признаки периодонтита у больных дерматозами оценивались по данным ортопантограммы, поэтому с целью корректного сопоставления данных мы провели собственный анализ распространенности хронического периодонтита среди пациентов, обратившихся в клиники Военно-медицинской академии и которым в течение 2014–2015 гг. было проведено данное исследование. Для анализа из электронной базы данных случайным образом было отобрано 100 ортопантограмм, выполненных на аппарате Orthophos SL (система денальная рентгеновская панорамная) по стандартной методике. Заключение о наличии гранулематозного периодонтита выносилось сертифицированным врачом-рентгенологом и подтверждалось челюстно-лицевым хирургом. Фиксировались явные признаки ХГП, когда рентгенологически в области верхушки корня, иногда с переходом на его боковую поверхность, выявлялся округлый или овальный очаг разрежения костной ткани с четкими границами. Наличие у пациента поражения одного или нескольких зубов относили к выявленным очагам стоматогенной (ОСИ) инфекции. По результатам исследования значимые ОСИ в виде апикального периодонтита были диагностированы в 19 % случаев.

Также в качестве контрольной группы были обследованы 100 практически здоровых лиц (мужчины в возрасте от 21 до 48 лет), проходивших углубленное медицинское обследование в клинике военно-морской терапии в период с 2015 по 2017 г. Объем и методы исследований соответствовали перечню при обследовании дерматологических пациентов для выявления очагов фокальной инфекции. ОХИ были выявлены у 18 %

пациентов (18/100), из них ХГП — в 12 %, ХТ — в 2 %, хронический синусит — в 2 %.

Для оценки распространенности ОХИ определялся показатель превалентности периода (prevalence rate period, PRP), который вычислялся по формуле: $PRP = (A/N) \times R$, где A — число пациентов данной нозологической формы, у которых выявлен конкретный очаг фокальной инфекции; N — число обследованных пациентов данной нозологической формы; R — размерность показателя, выражаемая в процентах, т.е. на 100 человек ($R = 100$).

Рассчитанный показатель PRP сравнивался с популяционной частотой ОХИ (P_p). Для оценки значимости различий использовался способ проверки гипотезы о совпадении наблюдаемой и ожидаемой частот значений бинарного признака — вычисление критерия χ^2 . Для реализации этого способа формировалась следующая таблица (табл. 1).

Данные таблицы вносили в отдельный файл программы Statistica 6.0, а затем производили расчеты

Таблица 1. Таблица наблюдаемых и ожидаемых частот бинарного признака
Table 1. Observed and expected frequencies of binary attributes

	Наблюдаемые абсолютные частоты	Ожидаемые абсолютные частоты
Наличие ОХИ	A	$P_p \times N$
Отсутствие ОХИ	$N - A$	$N - (P_p \times N)$

Таблица 2. Показатели превалентности ОХИ у больных Т-клеточноопосредованными дерматозами
Table 2. Indicators of the prevalence of chronic infection foci in patients affected by T-cell-mediated dermatoses

Нозологии / ОХИ	Псориаз (n = 338)	Пустулез ладоней и подошв (n = 7)	Экзема (n = 230)	Атопический дерматит (n = 77)	Красный плоский лишай (n = 30)	Гнездная алопеция (n = 42)
Хронический тонзиллит	20,1 %* (68/338)	14,2 % (1/7)	9,6 % (22/230)	20,8 %* (16/77)	26,6 %* (8/30)	16,7 %* (7/42)
Хронический апикальный периодонтит	10,1 %* (34/338)	71,5 %* (5/7)	21,3 % (49/230)	11,7 % (9/77)	23,3 % (7/30)	16,7 % (7/42)
Хронический синусит	2,4 % [‡] (8/338)		3,9 % (9/230)	3,9 % (3/77)	3,3 % (1/30)	4,8 % (2/42)
Хронический холецистит	2,1 % [‡] (7/338)		2,2 % [‡] (5/230)			
Хронический пиелонефрит	1,2 % [‡] (4/338)		2,2 % (5/230)	1,3 % (1/77)		4,8 % (2/42)
Хронический простатит	0,9 % [‡] (3/338)		1,3 % [‡] (3/230)			
Хронический пародонтит	0,9 % (3/338)		2,6 % (6/230)			
Хронический бронхит	0,9 % (3/338)				3,3 % (1/30)	
Хронический отит	0,6 % (2/338)		0,9 % (2/230)	1,3 % (1/77)		
Хронический уретрит	0,3 % (1/338)					
Хронический ларингит	0,3 % (1/338)					
Хронический фарингит	0,3 % (1/338)					
Хронический цистит	0,3 % (1/338)					
Хронический колит			0,4 % (1/230)			

Примечания: учитывая то, что такие ОХИ, как хронический пародонтит, хронический отит, хронический уретрит, хронический ларингит, хронический фарингит, хронический цистит, хронический колит, встречались в единичных случаях, статистический анализ для сравнения с распространенностью в общей популяции не проводился; за распространенность хронического апикального периодонтита в общей популяции условно принято значение в 19 % (по данным собственного исследования); * — статистически значимые различия в сравнении с общей популяцией в случае большей превалентности ОХИ в группах хронических дерматозов; [‡] — статистически значимые различия в случае большей превалентности ОХИ в общей популяции.

Notes: Provided that such chronic infection foci as chronic periodontitis, chronic otitis media, chronic urethritis, chronic laryngitis, chronic pharyngitis, chronic cystitis and chronic colitis were identified only in individual cases, statistical analyses for comparison of these patients with the general population were not conducted; the value of 19 % was conventionally taken for the prevalence of chronic apical periodontitis in the general population (according to the authors' data); * — statistically significant differences compared to the general population in case of a greater prevalence of chronic infection foci in groups with chronic dermatoses; [‡] — statistically significant differences in case of a greater prevalence of chronic infection foci in the general population.

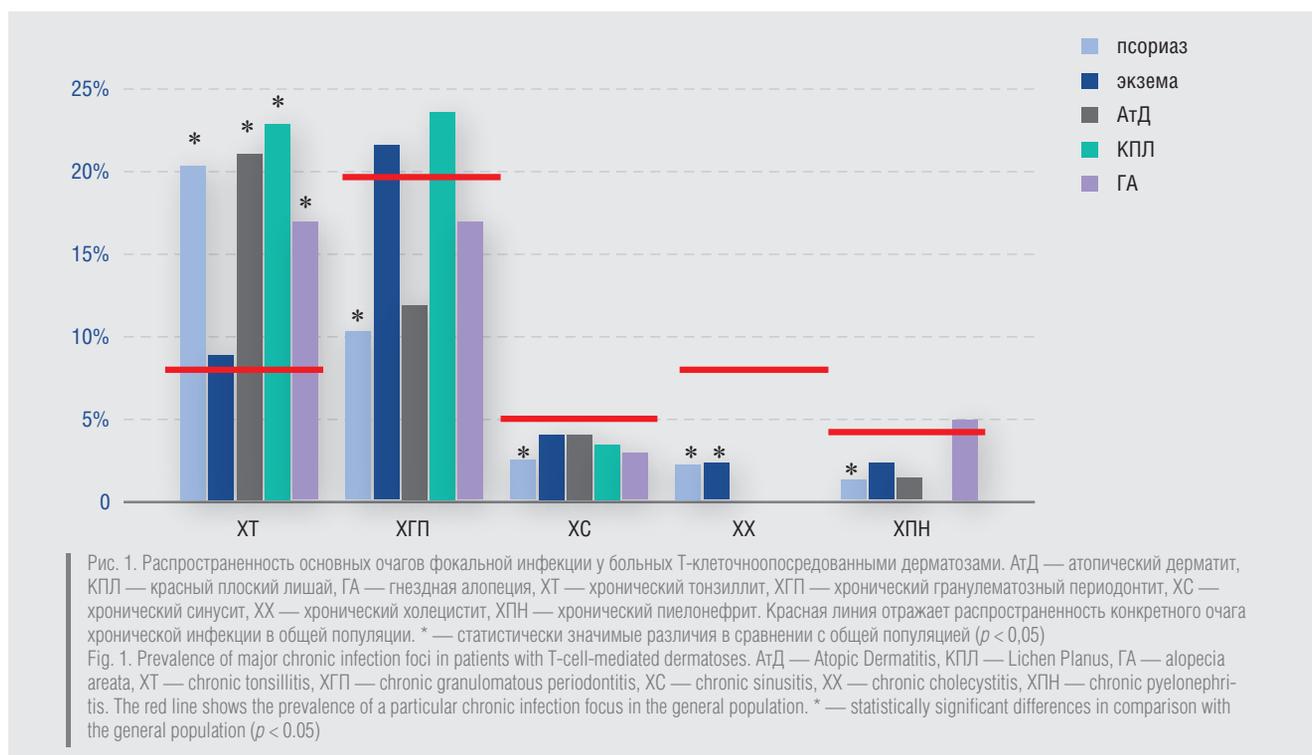
в модуле «Наблюдаемые частоты в сравнении с ожидаемыми». Значимыми считались различия при $p < 0,05$.

Для сравнения доли пациентов, имеющих различные ОХИ, в двух группах (практически здоровые и хронические дерматозы) рассчитывали относительную частоту каждого признака, а затем проверяли нулевую гипотезу о равенстве частот в двух популяциях с использованием двустороннего критерия статистической значимости (модуль программы Statistica 6.0 «Различие между двумя пропорциями»). При $p < 0,05$ нулевая гипотеза отклонялась и принималась альтернативная гипотеза о существовании различий между группами.

Результаты обследования больных псориазом

Отобрано 593 истории болезни больных псориазом, из них обследовано с целью выявления ОХИ 338 пациентов в возрасте от 18 до 87 лет. Мужчин было 269 (79,6 %), женщин — 69 (21,4 %). Средний возраст обследованных составил $45,5 \pm 16,9$ года. Больные бляшечным псориазом составили 95,3 % (322 человека), каплевидным псориазом — 2,7 % (9 человек), экссудативным псориазом — 1,2 % (4 человека), генерализованным пустулезным псориазом — 0,9 % (3 человека), у 4,1 % (14 человек) диагностирован псориатический артрит как сопутствующая патология.

В 124 случаях (36,7 %) были найдены ОХИ (табл. 2, рис. 1). Из большого спектра ОХИ, диагностированных у больных псориазом, значимые результаты были получены только в случае хронического тонзиллита, который выявлен у 20,1 % больных ($p < 0,001$), что существенно



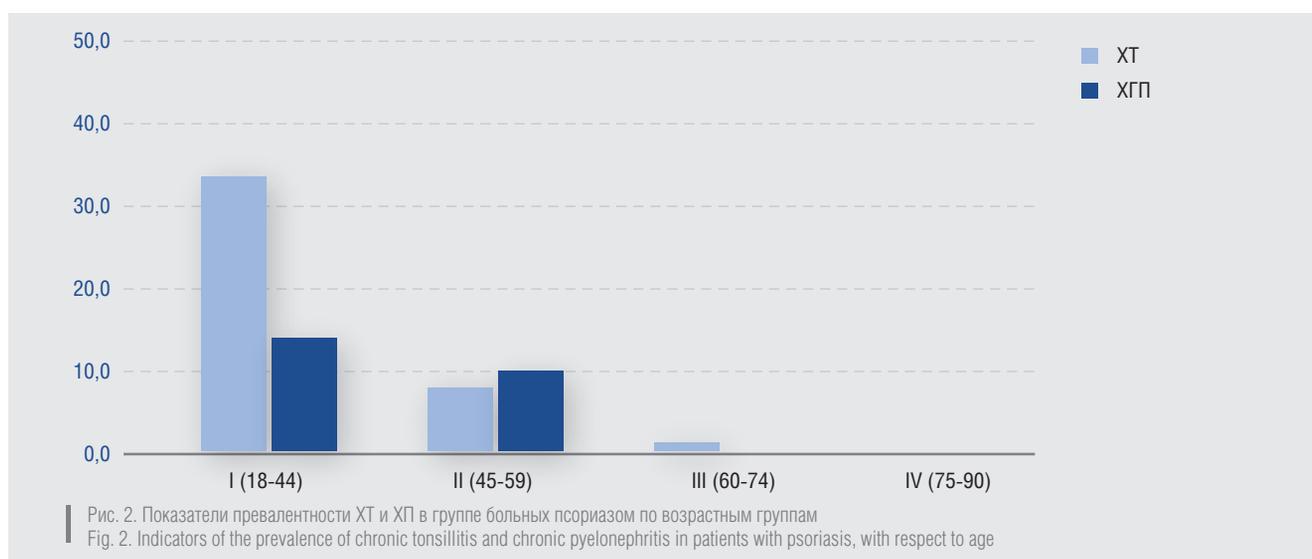
выше, чем в общей популяции (7,5 %). Остальные очаги ОХИ, наоборот, чаще встречались в общей популяции. Так, превалентность ХГП составила 10,1 % против 19 % ($p < 0,001$), хронического синусита — 2,4 против 5 % ($p = 0,03$), хронического холецистита — 2,1 против 7,5 % ($p < 0,001$), хронического пиелонефрита — 1,2 против 4,6 % ($p < 0,001$), хронического простатита — 0,9 против 6,5 % ($p < 0,001$). Остальные ОХИ встречались менее чем в 1 % случаев.

В 9 случаях (2,7 %) было выявлено сочетание нескольких ОХИ у одного пациента (5 случаев сочетания ХП и ХТ, 1 случай сочетания ХП и ХС, 1 случай сочетания ХТ и ХХ, 1 случай сочетания хронического пародонтита и хронического бронхита, 1 случай сочетания ХТ и ХС).

Интересны результаты анализа выявляемости ХТ и ХГП с учетом возрастных периодов (табл. 3). Больные псориазом были разделены на четыре группы: 1-я группа —

Таблица 3. Показатели превалентности ОХИ у больных псориазом в соответствии с возрастными группами
Table 3. Indicators of the prevalence of chronic infection foci in patients with psoriasis, with respect to age

Нозологии / ОХИ	I группа (n = 175)	II группа (n = 103)	III группа (n = 42)	IV группа (n = 18)
Хронический тонзиллит	33,7 % (59/175)	7,7 % (8/103)	2,4 % (1/42)	0 % (0/18)
Хронический гранулематозный периодонтит	13,7 % (24/175)	9,7 % (10/103)	0 % (0/42)	0 % (0/18)



молодой возраст (18–44 года), 2-я группа — средний возраст (45–59 лет), 3-я группа — пожилой возраст (60–74 года) и 4-я группа — старческий возраст (75–90 лет). В каждой группе был произведен расчет показателя PRP, характеризующего распространенность ХТ и ХП (табл. 3, рис. 2).

Как видно из результатов, хронический гранулематозный периодонтит выявлялся только у лиц 1-й и 2-й групп. Хронический тонзиллит был диагностирован в 1-й, 2-й и 3-й группах, при этом надо отметить, что в 1-й группе (молодого возраста) показатель PRP составил 33,7 %. Это более чем в четыре раза превышает распространенность ХТ в общей популяции и составляет 86,8 % всех случаев ХТ, выявленных у больных псориазом.

Результаты обследования больных пустулезом ладоней и подошв

Проанализировано 9 историй болезни, из них обследовано с целью выявления ОХИ 7 пациентов в возрасте от 25 до 55 лет, мужчин 3 (42,9 %), женщин 4 (58,1 %). Средний возраст обследованных составил $47,5 \pm 8,9$ года. В 6 случаях (85,7 %) были диагностированы ОХИ. В 1 случае выявлен ХТ (14,2 %), в 5 случаях — ХП (71,5 %). Наличие одновременно нескольких ОХИ у одного пациента выявлено не было. При вычислении критерия χ^2 различия оказались значимыми в случае ХГП ($p < 0,001$), при ХТ значимых различий не зафиксировано ($p = 0,45$), однако в данном случае нельзя судить обо всей генеральной совокупности (всех больных ПЛП), так как количество наблюдений слишком мало.

Результаты обследования больных экземой

Отобрано 443 истории болезни, из них обследовано с целью выявления ОХИ 230 пациентов в возрасте



от 18 до 90 лет (средний возраст $50,1 \pm 19,8$ года), мужчин 156 (68,4 %), женщин 74 (31,6 %). Распределение пациентов по клиническим формам представлено на рис. 3. В 89 случаях (38,7 %) были диагностированы ОХИ (табл. 2, рис. 3).

Наиболее часто встречающимися ОХИ были хронический гранулематозный периодонтит (21,3 %), хронический тонзиллит (9,6 %), хронический синусит (3,9 %), хронический пародонтит (2,6 %), хронический холецистит и хронический пиелонефрит у 2,2 % пациентов, а также хронический простатит, хронический отит и хронический колит у 1,3, 0,9 и 0,4 % соответственно. При проведении статистического анализа значимые различия в сравнении с общей популяцией были получены только в отношении хронического холецистита ($p = 0,002$) и хронического простатита ($p = 0,001$), причем данные ОХИ встречались чаще в общей популяции.

Таблица 4. Показатели превалентности ОХИ у больных экземой в соответствии с возрастными группами
Table 4. Indicators of the prevalence of chronic infection foci in patients with eczema, with respect to age

Нозологии / ОХИ	I группа (n = 95)	II группа (n = 52)	III группа (n = 59)	IV группа (n = 22)
Хронический тонзиллит	15,8 % (15/95)	7,7 % (4/52)	3,4 % (2/59)	4,5 % (1/22)
Хронический гранулематозный периодонтит	23,2 % (22/95)	36,5 % (19/52)	13,5 % (8/59)	0 % (0/22)

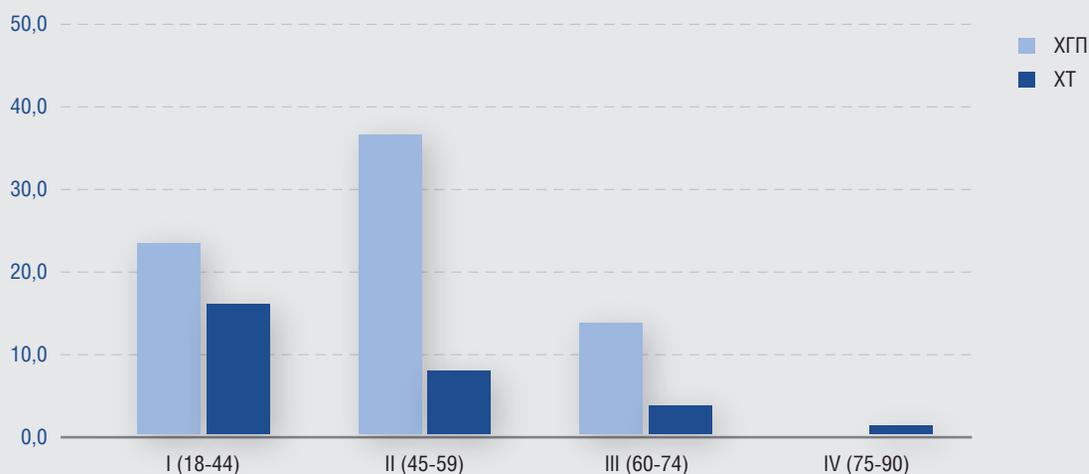


Рис. 4. Показатели превалентности ХТ и ХП в группе больных экземой в соответствии с возрастными группами
Fig. 4. Indicators of the prevalence of chronic tonsillitis and chronic pyelonephritis in patients with eczema, with respect to age

В 8 случаях (3,5 %) было выявлено сочетание нескольких ОХИ у одного пациента (3 случая сочетания хронического пародонтита и ХП, 2 случая сочетания ХП и ХТ, 1 случай сочетания ХП и ХС, 1 случай сочетания ХТ и ХХ, 1 случай сочетания ХХ и ХП, 1 случай сочетания ХТ, ХГ и хронического пародонтита).

Проведен анализ выявляемости ХТ и ХП с учетом возрастных периодов и с расчетом показателя PRP, характеризующего распространенность данных ОХИ в группе больных экземой (табл. 4, рис. 4).

Как следует из результатов, хронический тонзиллит, так же как и в группе больных псориазом, чаще выявлялся у лиц молодого возраста (1-я группа). Хронический гранулематозный периодонтит диагностировался в 1-й, 2-й и 3-й группах, при этом во 2-й группе (среднего возраста) показатель PRP был максимальным — 36,5 %. Это почти в два раза превышает распространенность ХГП в общей популяции и составляет 38,8 % всех случаев ХГП, выявленных у больных экземой.

Результаты обследования больных атопическим дерматитом

Проанализировано 142 истории болезни, из них обследовано с целью выявления ОХИ 77 пациентов в возрасте от 15 до 58 лет, мужчин 65 (84,4 %), женщин 12 (15,6 %). Средний возраст обследованных составил $27,2 \pm 9,4$ года. В 26 случаях (33,4 %) были диагностированы ОХИ (табл. 2, рис. 1).

В 16 случаях (20,8 %) был диагностирован хронический тонзиллит, в 9 случаях (11,7 %) — хронический периодонтит, в 3 случаях (3,9 %) — хронический синусит, в 1 случае (1,3 %) — хронический пиелонефрит и хронический средний отит. При проведении статистического анализа значимые различия в сравнении с общей популяцией были получены только в отношении хронического тонзиллита ($p < 0,001$). В 3 случаях (3,9 %) было выявлено сочетание нескольких ОХИ у одного пациента, все случаи были представлены сочетанием ХТ и ХП.

Результаты обследования больных красным плоским лишаем

Проведен анализ 52 историй болезни, из них обследовано с целью выявления ОХИ 30 пациентов в возрасте от 18 до 72 лет, мужчин 24 (80,0 %), женщин 6 (20,0 %), средний возраст составил $41,6 \pm 17$ лет. В 17 случаях (56,7 %) были диагностированы ОХИ.

В 8 случаях выявлен хронический тонзиллит, в 7 случаях — хронический апикальный периодонтит, что составляет 26,6 и 23,3 % соответственно, в 1 случае (3,3 %) выявлен хронический синусит и хронический бронхит. Значимые различия в сравнении с общей популяцией

получены для ХТ ($p < 0,001$). Сочетаний нескольких ОХИ у одного пациента диагностировано не было.

Результаты обследования больных гнездной алопецией

Проведен анализ 60 историй болезни, из них обследовано с целью выявления ОХИ 42 пациента в возрасте от 18 до 64 лет, мужчин 29 (69,0 %), женщин 13 (31,0 %), средний возраст составил $31,4 \pm 12,5$ года. В 16 случаях (38,1 %) были диагностированы ОХИ.

В 7 случаях выявлены хронический тонзиллит и хронический периодонтит, что составляет 16,7 % от общего количества обследованных больных, в 2 случаях (4,8 %) выявлены хронический синусит и хронический пиелонефрит. Значимые различия в сравнении с общей популяцией получены для ХТ ($p = 0,014$). В 4 случаях (9,5 %) было выявлено сочетание нескольких ОХИ у одного пациента (2 случая сочетания ХТ и ХГП, 1 случай сочетания ХТ и ХС и 1 случай сочетания ХТ и ХПН).

Сравнение превалентности ОХИ у больных хроническими дерматозами и практически здоровых лиц

При обследовании практически здоровых лиц были диагностированы следующие очаги фокальной инфекции: хронический тонзиллит, хронический гранулематозный периодонтит и хронический синусит. В связи с этим мы провели сравнение выявляемости данных нозологических форм у здоровых лиц и в группах хронических дерматозов (табл. 5).

Анализ полученных данных наглядно показывает повышенную частоту выявляемости ХТ при целом ряде хронических дерматозов в сравнении с практически здоровыми лицами. Это такие заболевания, как псориаз, ПЛП, АтД, КПЛ, экзема и ГА. Также выявлена более высокая превалентность ХГП при экземе. Различий по хроническому синуситу выявлено не было.

Обсуждение

Проведенное эпидемиологическое исследование по оценке распространенности ОХИ у больных Т-клеточноопосредованными дерматозами показало, что для целого ряда дерматозов отдельные очаги фокальной инфекции являются значимыми и должны рассматриваться как возможные факторы риска развития и обострения заболевания.

Так, при псориазе, атопическом дерматите, красном плоском лишае, гнездной алопеции необходимо исключать хронический тонзиллит, а при экземе — хронический гранулематозный периодонтит. Обследование больных пусулезом ладоней и подошв выявило повышенную частоту хронического гранулематозного перио-

Таблица 5. Превалянтность ОХИ при хронических дерматозах в сравнении с контрольной группой
Table 5. Prevalence of chronic infection foci in patients with chronic dermatoses in comparison with the control group

	Псориаз (n = 338)	ПЛП (n = 7)	Экзема (n = 230)	АтД (n = 77)	КПЛ (n = 30)	ГА (n = 42)	Контрольная группа (n = 100)
ХТ	21,3 %, p = 0,001	14,2 %, p = 0,06	9,6 %, p = 0,015	20,8 %, p = 0,001	26,6 %, p = 0,001	16,7 %, p = 0,001	2 %
ХГП	10,1 %, p = 0,59	71,5 %, p = 0,002	21,3 %, p = 0,046	11,7 %, p = 0,951	23,3 %, p = 0,126	16,7 %, p = 0,454	12 %
ХС	2,4 %, p = 0,82	0 %, p = 0,71	3,9 %, p = 0,38	3,9 %, p = 0,45	3,3 %, p = 0,86	4,8 %, p = 0,36	2 %

Примечание: черным выделены значения, значимо отличающиеся от контрольной группы ($p < 0,05$).
Notes: values that are significantly different from the control group are highlighted in black ($p < 0,05$).

донтиа, однако требуется включение большего количества пациентов для формулировки корректных выводов.

Необходимо отметить, что доказательства повышенной частоты того или иного ОХИ при конкретном дерматозе являются недостаточными для суждения о причинно-следственной связи. Только установление конкретных патогенетических особенностей функционирования иммунной системы у пациентов с сочетанием дерматоза и ОХИ в сравнении с пациентами, имеющими только ОХИ или только кожное заболевание, позволит сделать окончательное заключение.

Выводы

У больных псориазом отмечается более высокая распространенность хронического тонзиллита в срав-

нении как с общей популяцией, так и контрольной группой ($p = 0,001$). При этом хронический тонзиллит диагностируется преимущественно у лиц молодого возраста (от 18 до 44 лет). Больные экземой отличаются повышенной превалентностью хронического гранулематозного периодонтита, но только по отношению к практически здоровым лицам ($p = 0,046$). При данном дерматозе хронический гранулематозный периодонтит встречается преимущественно у людей среднего возраста (от 45 до 59 лет). У больных атопическим дерматитом, красным плоским лишаем и гнездной алопецией обнаружены значимые различия по хроническому тонзиллиту, который встречается более часто, чем в общей популяции и группе практически здоровых лиц ($p = 0,001$). ■

Литература/References

1. Иорданишвили А. К. Заболевания, повреждения и опухоли челюстно-лицевой области. СПб: СпецЛит, 2007. [Iordaniashvili A. K. Zabolovaniya, povrezhdeniya i opuholi chelyustno-licevoj oblasti. SPb: Speclit, 2007. (In Russ.)]
2. Thorleifsdottir R. H., Sigurdardottir S. L., Sigurgeirsson B. Improvement of psoriasis after tonsillectomy is associated with a decrease in the frequency of circulating T cells that recognize streptococcal determinants and homologous skin determinants. *J Immunol.* 2012;188(10):5160–5165.
3. Rachakonda T. D., Dhillon J. S., Florek A. G., et al. Effect of tonsillectomy on psoriasis: a systematic review. *J Am Acad Dermatol.* 2015;72(2):261–75.
4. Мровиц У. Пустулезные высыпания ладоней и подошв. В: Дерматология Фицпатрика в клинической практике: в 3 т. Т. I. Пер. с англ.; общ. ред. Н. Н. Потеекаева, А. Н. Львова. Москва: Издательство Панфилова; БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. С. 279–286. [Mrowietz U. Pustular eruptions of palms and soles. In Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine: in 3 vol. Vol. I. Transl. from English, ed. by N. N. Potekaeva, A. N. Lvov. Moscow: Panfilov Publishing house, BINOM. Laboratory of Knowledge, 2015. Pp. 279–286. (In Russ.)]
5. Tanaka T., Satoh T., Yokozeki H. Dental infection associated with nummular eczema as an overlooked focal infection. *J Dermatol.* 2009;36(8):462–465.
6. Igawa K., Nishioka K., Yokozeki H. Odontogenic focal infection could be partly involved in the pathogenesis of atopic dermatitis as exacerbating factor. *Int J Dermatol.* 2007;46(4):376–379.
7. Пальчун В. Т., Магомедов М. М., Лучихин Л. А. Руководство по практической оториноларингологии. Москва: МИА, 2011. [Pal'chun V. T., Magomedov M. M., Luchihin L.A. A Guide on Practical Otolaryngology. Moscow: MIA, 2011. (In Russ.)]
8. Ильченко А. А. Болезни желчного пузыря и желчных путей: руководство для врачей. Москва: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2011. [Il'chenko A.A. Diseases of the Gallbladder and Biliary Tract: A Guide for Doctors. Moscow: Medical Information Agency Publishing house, Ltd, 2011. (In Russ.)]
9. Гуськов А. Р. Истоки хронического простатита. М.: Медика, 2008. [Gus'kov A. R. Origins of Chronic Prostatitis. Moscow: Medica, 2008. (In Russ.)]
10. Тиктинский О. Л., Калинина С. Н. Пиелонефриты. Санкт-Петербург: СПбМАПО, Медиа Пресс, 1996. [Tiktinsky O. L., Kalinina S. N. Pyelonephritis. Saint Petersburg, SPbMAPO, Media Press, 1996. (In Russ.)]
11. Кукушкин В. Л., Смирницкая М. В., Кукушкина Е. А. и др. Некоторые эпидемиологические аспекты осложнений кариеса зубов. *Эндодонтия today.* 2014;(1):3–5. [Kukushkin V. L., Smirnitskaja M. V., Kukushkina E. A., et al. Epidemiological Aspects of Dental Caries Complications. *Endodontia today.* 2014;(1):3–5. (In Russ.)]
12. Kirkevang L.-L., Vaeth M., Horsted-Bindslev P., Bahrami G., et al. Risk factors for developing apical periodontitis in a general population. *International Endodontic Journal.* 2007;40:290–299.
13. Dutta A., Smith-Jack F., Saunders W. P. Prevalence of periradicular periodontitis in a Scottish subpopulation found on CBCT images. *Int Endod J.* 2014;47(9):854–63.
14. López-López J., Jané-Salas E., Estrugo-Devesa A., et al. Frequency and distribution of root-filled teeth and apical periodontitis in an adult population of Barcelona, Spain. *Int Dent J.* 2012;62(1):40–46.
15. Marques M. D., Moreira B., Eriksen H. M. Prevalence of apical periodontitis and results of endodontic treatment in an adult, Portuguese population. *Int Endod J.* 1998;31(3):161–165.
16. Mehrzarin Sh., Alshaiikh A., Kang M. K. Molecular Mechanisms of Apical Periodontitis. *Dent Clin N Am.* 2017;61:17–35.

Информация об авторах

Александр Владимирович Патрушев* — к.м.н., ассистент кафедры кожных и венерических болезней Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова Министерства обороны Российской Федерации; e-mail: alexpat2@yandex.ru

Алексей Викторович Самцов — д.м.н., профессор, заведующий кафедрой кожных и венерических болезней Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова Министерства обороны Российской Федерации; e-mail: avsamstov@mail.ru

Андрей Михайлович Иванов — д.м.н., профессор, член-корр. РАН, заведующий кафедрой клинической биохимии и лабораторной диагностики Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова Министерства обороны Российской Федерации; e-mail: iamvma@mail.ru

Алексей Владимирович Сухарев — д.м.н., профессор, профессор кафедры кожных и венерических болезней Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова Министерства обороны Российской Федерации; e-mail: asoukharev@mail.ru

Денис Дамирович Асфендиаров — к.м.н., ассистент кафедры челюстно-лицевой хирургии Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова Министерства обороны Российской Федерации; e-mail: asf-denis@yandex.ru

Information about the authors

Aleksandr V. Patrushev* — Cand. Sci. (Medicine), Research Assistant, Department of Skin and Sexually Transmitted Diseases, S. M. Kirov Military Medical Academy of the Ministry of Defence of the Russian Federation; e-mail: alexpat2@yandex.ru

Aleksey V. Samstov — Dr. Sci. (Medicine), Prof., Departmental Head, Department of Skin and Sexually Transmitted Diseases, S. M. Kirov Military Medical Academy of the Ministry of Defence of the Russian Federation; e-mail: avsamstov@mail.ru

Andrey M. Ivanov — Dr. Sci. (Medicine), Corresponding Member of the Russian Academy of Sciences, Prof., Departmental Head, Department of Clinical Biochemistry and Laboratory Diagnostics, S. M. Kirov Military Medical Academy of the Ministry of Defence of the Russian Federation; e-mail: iamvma@mail.ru

Aleksey V. Sukharev — Dr. Sci. (Medicine), Prof., Department of Skin and Sexually Transmitted Diseases, S. M. Kirov Military Medical Academy of the Ministry of Defence of the Russian Federation; e-mail: asoukharev@mail.ru

Denis D. Asfendiarov — Cand. Sci. (Medicine), Research Assistant, Department of Maxillofacial Surgery, S. M. Kirov Military Medical Academy of the Ministry of Defence of the Russian Federation; e-mail: asf-denis@yandex.ru