«ДЕРМАТОЛОГИЯ ЖӘНЕ ВЕНЕРОЛОГИЯ МӘСЕЛЕЛЕРІ»
ғылыми-практикалық журнал

«ВОПРОСЫ ДЕРМАТОЛОГИИ И ВЕНЕРОЛОГИИ»
научно-практический журнал

Рецензируемый
научно-практический журнал
Основан в 1999 году

УЧРЕДИТЕЛЬ И ИЗДАТЕЛЬ:
РГП на ПХВ «Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний» Министерства здравоохранения Республики Казахстан

Журнал зарегистрирован
Министерством культуры, информации и общественного согласия РК
Свидетельство об учетной регистрации СМИ №817-Ж, г. Астана, 02.08.1999 г.
Свидетельство о постановке на переучет периодического печатного издания
№ KZ83VPY00016771 от 04.11.2019
Министерства информации и общественного развития РК
ISSN: 2707-3696
Linking ISSN (ISSN-L): 1680-9149

Все права защищены.
Перепечатка материалов и их использование возможны только с разрешения редакции и ссылки на источник
Ответственность за достоверность информации несут авторы и рекламодатели
Редакция не вступает в переписку, не рецензирует материалы, может не разделять мнения авторов опубликованных материалов

Редакционная коллегия
Байсеркин Б.С. - доктор медицинских наук (главный редактор)
Джусупгалиева М.Х. – кандидат биологических наук (выпускающий редактор, корректор)
Абишев А.Т. – кандидат медицинских наук, директор КНЦДИЗ
Есенгараева З.Б. – доктор медицинских наук, профессор
Сайлауова К.С. – кандидат медицинских наук, ассоциированный профессор, член EADV
Оспанова С.А. – кандидат медицинских наук, доцент, член EADV
Сарыбаева Г.К. – кандидат медицинских наук
Касымханова А.А. – кандидат медицинских наук, член научно-консультативного совета VRFoundation (USA)
Айткулова В.Р. – кандидат медицинских наук, доцент
Бримжанова М.Д. – доктор PhD
Суханбердиева З.М. - докторант PhD
КазНМУ имени С.Д. Асфендиярова

АДРЕС РЕДАКЦИИ:
050002, г. Алматы,
пр. Райымбека, 60
Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний МЗ РК
тел.: +7(727) 397-42-14
E-mail: science@kncdiz.kz,
сайт www.kncdiz.kz

СОДЕРЖАНИЕ

ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР

Абишев А.Т., Петренко И.И., Габасова М.К., Джусупгалиева М.Х. Современные представления о генитальных микоплазмах (обзор литературы) …… 7

Толыбекова А.А., Сагидолдина Л.К., Амрина Л.К., Чернова О.А., Думышева А. Дерматологические проявления коронавирусной инфекции (обзор литературы) …… 23

Jumanova A. E., Iskakova A. T. Biological therapy of psoriasis (review) ……... 27

Оспанова С.А., Джуманова А.Е., Аринова А.Н. Важность генетических исследований при атопическом дерматите (обзор) …… 30

Искакова А.Т., Джуманова А.Е., Аринова А.Н. Дерматологические проявления при заболеваниях полости рта (обзор) …… 34

Аринова А.Н., Джуманова А.Е. Подологические решения дерматологических проблем (обзор) ……. 40

Дуйсенова А.М. Особенности пациентов с псориазом (обзор) ……. 43

АКТУАЛЬНАЯ ТЕМА

Таубаева А.А. Основные показатели работы клиники КНЦДИЗ за 8 месяцев 2021 года 48

Темиржанова Г.Б. Обзор эпидемиологической ситуации по ВИЧ-инфекции за 8 месяцев 2021 года …….. 50

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Ольховская Е.В. Клинический случай генерализованного пустулёзного псориаза …… 56

Клонюк А.П. Клинический случай синдрома Блоха-Сульцбергера …….. 63

Кабардинская Л.И. Клинический случай врождённого сифилиса …… 67

Жантлеуова О.О. Клинические случаи лечения витилиго методом фототерапии …….. 70

Куанов Т.О.[1], Есентаева С.Е.[2], Баев А.И.[1] Кожно-токсическая реакция: случай из практики …… 74

ХРОНИКА СОБЫТИЙ ……..... 79

Памяти профессора Сапарбекова Мурата Какимжановича …… 79

МАЗМҰНЫ

ӘДЕБИ ШОЛУ

А.Т. Әбішев, И.И. Петренко, М.К. Ғабасова, М.Х. Жүсіпғалиева Жыныс микоплазмалары туралы заманауи көріністер (әдеби шолу)…….. 7

А.А. Толыбекова, Л.К. Сағидолдина, Л.К. Амрина, О.А. Чернова, А. Думышева COVID-19 кезіндегі дерматологиялық көріністері (әдеби шолу) 23

А.Е. Жұманова, А.Т. Искакова Псориаз кезіндегі биологиялық терапия (шолу)…….... 27

С.А. Оспанова, А.Е. Жұманова, А.Н. Аринова Атопиялық дерматит кезіндегі генетикалық зерттеулердің маңыздылығы (шолу) 30

А.Т. Искакова, А.Е. Жұманова, А.Н. Аринова Ауыз қуысы аурулары кезіндегі дерматологиялық көріністер (шолу) ……... 34

А.Н. Аринова, А.Е. Жұманова Дерматологиялық мәселелердің подологиялық шешімдері (шолу) …….. 40

Ә.М. Дүйсенова Псориазбен ауыратын науқастардың ерекшеліктері (шолу) ……... 43

НӘТИЖЕЛІК ТАҚЫРЫБЫ

А.А. Таубаева ҚДИАҒО клиникасының 2021 жылдағы 8 айдың негізгі көрсеткіштері .. 48

Г.Б. Темиржанова 2021 жылғы 8 айындағы АИТВ-инфекциясы бойынша эпидемиологиялық жағдайға шолу …….. 50

КЛИНИКАЛЫҚ ЖАҒДАЙ

Е.В. Ольховская Жайылған пустулезді псориаздың клиникалық жағдайы 56

А.П. Клонюк Блох-Сульцбергер синдромының клиникалық жағдайы 63

Л.И. Кабардинская Туа біткен мерездің клиникалық жағдайы ……. 67

О.О. Жантлеуова Витилигоны фототерапия әдісімен емдеудің клиникалық жағдайлары …… 70

Т.О. Қуанов[1], С.Е. Есентаева[2], А.И. Баев[1] Тері-уытты реакция: практикада болған жағдай 74

ОҚИҒАЛАР ХРОНИКАСЫ 79

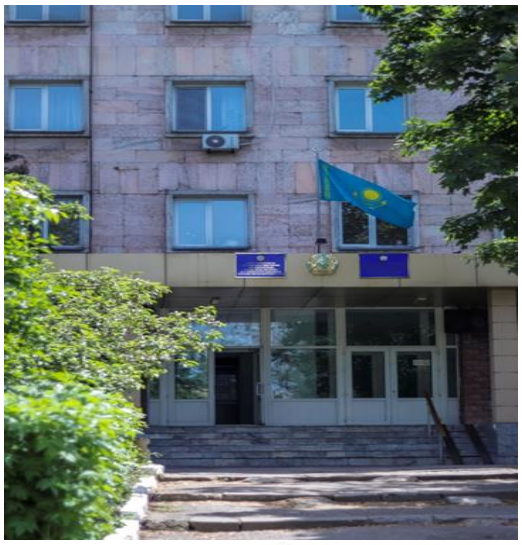
Профессор Сапарбеков Мұрат Кәкімжанұлыны еске алу ……. 79

РГП НА ПХВ «КНЦДИЗ»
МЗ РК

ҚР ДСМ «QDIAGO»
ШЖҚ РМК

Предприятие создано в соответствии с постановлением Правительства РК от 14 сентября 2018 года №565 «О некоторых вопросах Министерства здравоохранения Республики Казахстан» путем слияния РГП на ПХВ «Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД» МЗ РК и РГП на ПХВ «Научно-исследовательский кожно-венерологический институт» МЗ РК

ҚР ДСМ QDIAGO– МАМАНДЫҚҚА БАҒДАР ЖОЛ!
КНЦДИЗ МЗ РК – ДОРОГА В ПРОФЕССИЮ!
Резидентура. 7R09112 – Дерматовенерология, в том числе детская.
7R09112 «Дерматовенерология, соның ішінде балаларға арналған»



- ✓ *Гибкая система оплаты* — ✓ *Икемді төлеу жүйесі*
- ✓ *Яркая резидентская жизнь* — ✓ *Жарқын резиденттік өмір*
- ✓ *Социальная поддержка* — ✓ *Әлеуметтік қолдау*
- ✓ *Трудоустройство* — ✓ *Жұмыспен қамту*
- ✓ *Академическая мобильность* — ✓ *Академиялық ұтқырлық*
- ✓ *Развитая инфраструктура* — ✓ *Дамыған инфрақұрылым*

www.kncdiz.kz *Вечерний Алматы*

НИКВИ Казахский **НИКВИ Казахский** **НИКВИ Алматы**

Наш девиз: Комфорт и эффективность!

Адрес: г. Алматы, пр. Райымбека 50, 60.
Телефоны для справок: +7 (727) 397 39 45
(приемная), +7 (727) 397 42 23
+ 7 701 538 70 12
+ 7 701 740 78 16
E-mail: info@kncdiz.kz, nauka@kncdiz.kz

РГП на ПХВ «КАЗАХСКИЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР ДЕРМАТОЛОГИИ И ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВНИЙ» МЗ РК
ПРОИЗВОДИТ ПРИЕМ В РЕЗИДЕНТУРУ
на 2021 – 2023 учебные годы

Государственная лицензия **на занятие образовательной деятельностью** перерегистрирована № KZ70LAA00016692 от 27.07.19 г, Приложение к лицензии №001 от 27.07.2019г. – Послевузовское образование – Шифр **7R091 «Здравоохранение (медицина)»**, выданное Министерством образования и науки Республики Казахстан, на основании Приказа исполняющего обязанности председателя ГУ «Комитет по контролю в сфере образования и науки Министерства образования и науки РК» от 23 июля 2019 года № 620.

В КНЦДИЗ созданы все условия и есть всё необходимое оснащение для обучения в резидентуре по специальности 7**R 09112 «Дерматовенерология, в том числе детская»** с широким выбором по каталогу **«Элективных дисциплин»**, а также предусмотрены внешняя и внутренняя **академическая мобильность** и **членство** в «Совете молодых ученых».

КНЦДИЗ МЗ РК аккредитован НКАОКО: 1) Свидетельство об Институциональной аккредитации IA**-C № 12 от 25 июня 2018 года**. Уровень обучения: Резидентура. Срок действия свидетельства: 25 июня 2018 г. – 23 июня 2023 года. 2) Свидетельство о первичной аккредитации **IS-C № 0002 от 25 июня 2018 года**. Уровень обучения: Резидентура. Образовательная программа: 7**R09112 – Дерматовенерология, в том числе детская.**

Наш девиз: Комфорт и эффективность!

Адрес: г. Алматы, пр. Райымбека 50, 60, КНЦДИЗ МЗ РК
Телефоны для справок: +7 (727) 3974223(приемная), +7 (727) 3974220
+ 7 701 538 70 12 **(+whatsapp)**
+ 7 701 740 78 16 **(+whatsapp)**
Сайт: www.kncdiz.kz
E-mail: info@kncdiz.kz
nauka@kncdiz.kz
Instagram (nikvi_kazakh), (rcaidskazahstan);
Facebook (Никви Казахский)

УДК 618.1:616.69-022.7

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ГЕНИТАЛЬНЫХ МИКОПЛАЗМАХ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Абишев А.Т. – директор КНЦДИЗ, к.м.н.;
Петренко И.И., Габасова М.К.,
Джусупгалиева М.Х.

РГП на ПХВ «Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний» МЗ РК, г.Алматы
РЕСПУБЛИКА КАЗАХСТАН

Резюме

На основании данных современной литературы составлен обзор о генитальных микоплазмах. Освещены таксономические и морфологические особенности, эпидемиологические аспекты о распространенности генитальных микоплазм, клиническое значение, современные методы лабораторной диагностики и терапии.

Ключевые слова: генитальные микоплазмы, распространенность, идентификация, антибиотикорезистентность.

Согласно современной таксономической классификации, микоплазмы относятся к царству Prokaryotae, отделу Tenericutes, классу Mollicutes, порядку Mycoplasmatales и семейству Mycoplasmataceae, которое, в свою очередь, состоит из родов Mycoplasma и Ureaplasma. Наиболее известными представителями рода Mycoplasma являются Mycoplasma genitalium, Mycoplasma hominis, Mycoplasma pneumoniae, Mycoplasma fermentans, Mycoplasma penetrans, а рода Ureaplasma - Ureaplasma parvum и Ureaplasma urealyticum [1,2]. Исследователями идентифицировано 14 серотипов Ureaplasma, которые ранее объединяли в два биовара Ureaplasma parvo (серотипы 1,3,6 и 14) и Ureaplasma urealyticum, или T-960 (серотипы 2,4,5,7-13) [3,4]. В последние годы для изучения подтипов и серотипов уреаплазм используется определение нуклеотидных последовательностей гена 16S rRNA, межгенного промежутка 16S rRNA-23S rRNA, гена субъединиц уреазы, 5′-конца гена multiple-banded antigen (mba). Данные участки генетического материала отличаются консервативностью, а также обладают серовар- и видоспецифическими свойствами. В связи с выявленными молекулярно-генетическими различиями биоваров parvo и T-960 исследователями было предложено выделить их как два отдельных вида, именуемые в настоящее время Ureaplasma parvum и Ureaplasma urealyticum [5-7].

Большинство ученых полагают, что филогенетически микоплазмы являются «потомками» грамположительных бактерий, предположительно клостридий [2,8]. Трансформация последних привела к упрощению их организации и образованию микроорганизмов с наименьшим размером наследственного материала. Тот факт, что жизнедеятельность микоплазм преимущественно связана с человеческим организмом, растениями и животными, указывает на то, что их геном, имеющий малые размеры, является прямым отражением паразитического образа жизни и определяет их зависимость от клеток высших организмов [9]. До настоящего времени неизвестна роль генетических мутаций в формировании патогенных свойств микоплазм. Микоплазмы являются хемогетеротрофными микроорганизмами с ограниченными биосинтетическими возможностями. Большинство генов, необходимых для синтеза аминокислот, пуриновых и пиримидиновых оснований, компонентов

клеточной стенки, а также гены, кодирующие ферменты цикла трикарбоновых кислот, были утеряны микроорганизмами в процессе эволюции. При этом микоплазмы обладают способностью активно продуцировать ферменты деградации (нуклеазы и протеазы), необходимые для получения питательных веществ из клеток хозяина. Вероятно, это связано с тем, что развитие молликутов шло по пути получения данных продуктов из эукариотических клеток [10,9]. И хотя все представители микоплазм произошли от общего «предка», они обладают уникальными системами синтеза энергии: M.genitalium - гликолизом, Ureaplasma spp. - гидролизом мочевины, M.hominis - гидролизом аргинина [11-13]. В процессе эволюции микоплазмы также смогли отказаться от многих метаболических функций, сохранив небольшую группу генов, необходимых для обеспечения процессов жизнедеятельности. При этом, несмотря на информационную ограниченность генома, молликуты успешно конкурируют с другими представителями микробиоценоза урогенитального тракта [10,14]. Кроме того, микоплазмы являются самыми малыми по размеру свободноживущими, самореплицирующимися микроорганизмами на планете, что определяет огромный интерес к изучению молликут в целом и их генома в частности.

Из всего многообразия представителей класса Mollicutes более 10 видов микоплазм и уреаплазм могут колонизировать различные органы человека в качестве патогенов или комменсалов. Для дерматовенерологов особый интерес представляют M.genitalium, M.hominis, U.urealyticum и U.parvum – микоплазмы, ассоциированные с воспалительными заболеваниями урогенитального тракта.

Вместе с тем, деление микроорганизмов на патогенные, условно-патогенные и непатогенные виды условно, нет раз и навсегда установленных рамок, большое значение имеет численность микроорганизмов в смешанной популяции. И хотя имеются, казалось бы, убедительные данные о причастности микоплазм к развитию патологических процессов, широкое распространение их среди практически здоровых лиц, несовершенство методов лабораторной диагностики, не всегда их правильная трактовка, сложность дифференциации клинических проявлений микоплазменных инфекций от аналогичных патологических процессов другой этиологии, выявление зачастую сразу нескольких ассоциантов микробиоценоза затрудняют решение вопроса о их патогенности.

В свете изложенного, актуальным представляется взгляд современных исследователей на эту проблему.

Иранскими учеными Khadijeh Moridi, Mohammad Khatami, Amir Asiman, Mohammad Hossein File, Hamid Hanegahi Abyaneh, Karash Gazvini [15] несколькими эпидемиологическими исследованиями документально подтверждены распространенность Mycoplasma hominis, M. genitalium и Ureaplasma urealyticum при заболеваниях половых органов. Этот метаанализ представляет распространенность M.hominis, M.genitalium и U.urealyticum среди иранских пар и корреляцию между инфекцией микоплазм и бесплодием.

Показано, что распространенность U.urealyticum составляла 17,53%, M.genitalium и M.hominis - 11,33 и 9,68% соответственно. Частота инфицирования M.genitalium, M.hominis и U.urealyticum у женщин с симптомами инфекции мочеполовых путей была выше, чем у мужчин с инфекциями мочеполовых путей (6,46% против 5,4, 7,67% против 5,88 и 21,04% против 12,13% соответственно). Распространенность M.genitalium, U.urealyticum и M.hominis среди бесплодных женщин (12,73, 19,58 и 10,81%) была выше, чем у фертильных женщин (3%, 10,85% и 4,35%). Точно так же распространенность M.hominis и U.urealyticum среди бесплодных мужчин (14 и 21,18%) была выше, чем у фертильных мужчин (4 и 3%). На основании этого анализа установлено, что частота U.urealyticum была выше, чем M.genitalium и M.hominis среди бесплодных мужчин и женщин по сравнению с фертильной группой. Уровень распространенности M.genitalium, M.hominis и U.urealyticum в центральных провинциях выше, чем в других частях Ирана.

Проведенный метаанализ подчеркивает значимую взаимосвязь между уровнем бесплодия и инфекциями, вызванными U.urealyticum, M.genitalium и M.hominis. Находки авторов помогли спланировать карту распространенности M.hominis, M.genitalium и U.urea-

lyticum в Иране, однако, необходимы дальнейшие исследования, чтобы предложить стандартный скрининг на патогены.

В исследованиях Radhuan Gura, Viem Kashu, Via Chari et al. [16] сообщается, что генитальные уреаплазмы (Ureaplasma urealyticum и Ureaplasma parvum) и микоплазмы (Mycoplasma genitalium и Mycoplasma hominis) являются потенциально патогенными видами, играющими этиологическую роль как в генитальных инфекциях, так и в мужском бесплодии. Однако, сообщения о влиянии инфекций этих микроорганизмов на семинологические параметры сперматозоидов противоречивы. Проведенное авторами исследование в Тунисе было направлено на определение частоты генитальных уреплазм и микоплазм в образцах спермы, взятых у бесплодных мужчин, и на сравнение семенологических переменных спермы инфицированных и неинфицированных мужчин с этими микроорганизмами. С помощью собственного ПЦР-микропланшета с гибридизацией на наличие ДНК генитальных уреаплазм и микоплазм было исследовано в общей сложности 120 образцов спермы, взятых у бесплодных мужчин.

Частота генитальных уреаплазм и микоплазм, обнаруженных в образцах спермы бесплодных мужчин, составила соответственно 19,2% (23/120) и 15,8% (19/120). Частота Ureaplasma urealyticum (15%) была выше, чем у Mycoplasma hominis (10,8%), Ureaplasma parvum (4,2%) и Mycoplasma genitalium (5%). Смешанные виды микоплазм и уреаплазм были обнаружены в 6,7% образцов спермы. Сравнение параметров стандартного анализа спермы между партнерами мужского пола бесплодных пар с генитальными уреаплазмами и микоплазменной инфекцией и без них показало, что наличие ДНК Mycoplasma hominis в образцах спермы связано с низкой концентрацией спермы (p=0,007) и аномальной морфологией спермы (p=0,03) и отрицательной корреляцией между концентрацией спермы и обнаружением Mycoplasma genitalium в образцах спермы бесплодных мужчин (p=0,05). Средние значения объема семенной жидкости, pH, жизнеспособности, подвижности и количества лейкоцитов не были существенно связаны ни с обнаружением ДНК генитальных микоплазм, ни с обнаружением ДНК уреаплазм в образцах спермы.

Исследование показало широкую распространенность генитальных микоплазм и уреаплазм среди мужчин-партнеров бесплодных пар в Тунисе и отрицательное влияние генитальных микоплазм на качество спермы. Авторами отмечено, что метод гибридизации ПЦР-микротитровальный планшет обеспечивает быстрый и эффективный метод обнаружения генитальных микоплазм и уреаплазм человека, что имеет большое значение для этиологических и эпидемиологических исследований этих патогенов.

Brian A Mondecha, Nadia M. Rodriguez, Oreste Blanco, Carmen Fernandez, Jorgen S. Jensen [17] изучали распространенность инфекции M.genitalium у сексуально активных кубинских мужчин и женщин с урогенитальными синдромами в рамках этиологического надзора за урогенитальными синдромами на Кубе. Образцы от мужчин и женщин с урогенитальными синдромами, представленные в Справочную лабораторию микоплазм для диагностики микоплазм с 1 января 2014 г. по 1 июня 2015 г., были проанализированы с помощью полимеразной цепной реакции (ПЦР) для выявления M.genitalium. Получена и обработана 971 проба. Из числа обследованных пациентов 5,7% (47/824) женщин и 27, 9% (41/147) мужчин были положительными на M.genitalium. На основании полученных результатов исследований авторы предлагают рассматривать M.genitalium, как важный патоген, особенно среди мужчин с урогенитальными синдромами, что явилось основанием для включения в кубинские протоколы борьбы с инфекциями, передаваемыми половым путем.

По мнению Sophie Edouard, Hervé Tissot-Dupont, Gregory Dubourg, Yannick Bernard, Pierre-Edouard Fournier, Isabelle Pravo, Andreas Stein, Didier Raoul [18] M.genitalium - это вновь появляющийся микроорганизм, ответственный за инфекции, передаваемые половым путем (ИППП), распространенность которого варьируется в зависимости от страны и исследуемой группы населения. Авторы сообщают о распространенности M.genitalium среди образцов, полученных для диагностики ИППП в обычной микробиологической лаборатории университетской больницы в Марселе, Франция. Ими протестировано 4 624 образца от 3 793

пациентов с помощью ПЦР на M.genitalium, C.trachomatis, N.gonorrheae, T.pallidum. Из этих образцов 528 (13,6%) пациентов дали положительный результат по крайней мере на один патоген, а 126 (3,3%) были положительными на M.genitalium. M.genitalium является вторым по распространенности микроорганизмом у женщин после C.trachomatis (10,4%) и третьим по распространенности у мужчин после C.trachomatis (5,1%) и N.gonorrhoeae (4,4%). Не отмечено значительных различий между распространенностью M.genitalium в образцах из влагалища, уретры и мочи (p=0,9). Распространенность M.genitalium значительно выше у пациентов в возрасте от 10 до 30 лет (4,1%) по сравнению с пациентами в возрасте от 30 до 50 лет (2,7%) (p=0,02, OP=1,54 [1,06-2,24]) и пациентами старше 50 лет (1,1%) (p=0,003, OP=3,98 [1,47-10,8]).

M.genitalium является распространенным возбудителем ИППП, поэтому авторами предложено систематически обследовать этот микроорганизм во время хронических, рецидивирующих или устойчивых к антибиотикам генитальных инфекций, а также в группах высокого риска ИППП. 1% по сравнению с людьми в возрасте от 30 до 50 лет (2,7%) (p=0,02, OP=1,54 [1,06-2,24]) и пациентами старше 50 лет (1,1%) (p=0,003, OP=3,98 [1.47-10.8]).

В исследованиях Horner P. J., Martin D. H. [19] показано, что Mycoplasma genitalium - одна из основных причин негонококкового уретрита (НГУ) у мужчин во всем мире, тем не менее это нечастая инфекция, передающаяся половым путем (ИППП) среди населения в целом. Риск передачи половым путем, вероятно, ниже, чем для Chlamydia trachomatis. Инфекция у мужчин обычно протекает бессимптомно, и, вероятно, у большинства мужчин инфекция проходит без развития болезни. Инкубационный период для NGU, вызванного Mycoplasma genitalium, вероятно, дольше, чем для NGU, вызванного C.trachomatis. Авторами указано, что эффективное лечение мужчин и их сексуальных партнеров затруднено, поскольку устойчивость к противомикробным препаратам к макролидам сейчас широко распространена во многих странах, вероятно, из-за широкого использования 1 г азитромицина для лечения ИППП и ограниченной доступности диагностических тестов на M.genitalium. Улучшение результатов у мужчин с NGU и лучшее управление антимикробными препаратами, вероятно, возникнет в результате внедрения диагностического тестирования амплификации нуклеиновых кислот M.genitalium, включая тестирование устойчивости к противомикробным препаратам у мужчин с симптомами NGU, а также у их текущих сексуальных партнеров. Доказательства того, что M.genitalium вызывает эпидидимоорхит, проктит и реактивный артрит и способствует передаче вируса иммунодефицита человека у мужчин, слабы, хотя биологически правдоподобны. В отсутствие рандомизированных контролируемых исследований, демонстрирующих экономическую эффективность, скрининг бессимптомных мужчин не может быть рекомендован.

По данным Европейского руководствова по инфекциям Mycoplasma genitalium [20] показано, что инфекция M.genitalium вызывает 10-35% нехламидийных негонококковых уретритов у мужчин. У женщин M.genitalium ассоциируется с цервицитом и воспалительными заболеваниями органов малого таза (ВЗОМТ). Передача M.genitalium происходит через прямой контакт со слизистой оболочкой. Нередки бессимптомные инфекции. У женщин симптомы включают выделения из влагалища, дизурию или симптомы ВЗОМТ - боль в животе и диспареунию. У мужчин преобладают уретрит, дизурия и выделения. Помимо симптомов показанием к лабораторным исследованиям является сексуальное поведение с высоким риском. Диагностика возможна только с помощью тестирования амплификации нуклеиновых кислот (NAAT). Если возможно, после диагностики NAAT следует провести анализ устойчивости к макролидам. Лечение M.genitalium показано при обнаружении M.genitalium или на эпидемиологической основе. Доксициклин имеет низкий показатель излечения 30-40%, но не повышает резистентность. Азитромицин излечивает 85-95% инфекций, чувствительных к макролидам. Похоже, что расширенный курс дает более высокий процент излечения. Растущая распространенность резистентности к макролидам, скорее всего, из-за широкого использования однократной дозы азитромицина 1 г без теста на

излечение, резко снижает скорость излечения. Моксифлоксацин можно использовать в качестве терапии второй линии, но резистентность к нему растет. Неосложненную инфекцию M.genitalium следует лечить азитромицином 500 мг в первый день, затем 250 мг во 2-5 дни (перорально) или джозамицином 500 мг три раза в день в течение 10 дней (перорально). Второй линией лечения и лечения неосложненной инфекции M.genitalium, устойчивой к макролидам, является моксифлоксацин 400 мг 1 раз в сутки в течение 7-10 дней (перорально). Для лечения третьей линии стойкого M.genitalium после приема азитромицина и моксифлоксацина доксициклина по 100 мг два раза в день в течение 14 дней можно попробовать, и он может вылечить 30%. Пристинамицин 1 г четыре раза в день в течение 10 дней (перорально) имеет показатель излечения примерно 90%. Осложненную инфекцию M.genitalium (ВЗОМТ, эпидидимит) лечат моксифлоксацином 400 мг 1 раз в сутки в течение 14 дней [20].

Для определения связи между инфекцией Mycoplasma genitalium и синдромами женских половых путей с помощью метаанализа Rebecca Lees, Ali Rouhani-Rahbar, Lisa E. Manhart [21] были выявлены англоязычные рецензируемые исследования с помощью PubMed, Embase, Biosis, Кокрановской библиотеки и справочного обзора. Два рецензента независимо друг от друга извлекли данные. Для расчета сводных оценок использовались модели со случайными эффектами, неоднородность между исследованиями оценивалась с использованием статистики I (2), систематическая ошибка публикации оценивалась с помощью воронкообразных диаграмм и тестов Бегга и Эггера, а также оценивалось методологическое качество.

Результаты исследования показали, что инфекция Mycoplasma genitalium была значительно связана с повышенным риском цервицита (объединенное отношение шансов [OR], 1,66 [95% доверительный интервал {CI}, 1,35-2,04]), воспалительным заболеванием органов малого таза (объединенное OR, 2,14 [95% CI, 1,31-3,49]), преждевременных родов (объединенное ОШ, 1,89 [95% ДИ, 1,25-2,85]), и самопроизвольный аборт (совокупный OR, 1,82 [95% ДИ, 1,10-3,03]). Риск бесплодия был также повышен (совокупный OR 2,43 [95% ДИ 0,93-6,34]). В субанализах, учитывающих коинфекцию, все ассоциации были более сильными и статистически значимыми. Авторы сделали заключение, что может потребоваться тестирование женщин с симптомами высокого риска на M.genitalium.

Newton Sergio De Carvalho, Gabriele Palu, Steven S. Witkin [22] показано, что Mycoplasma genitalium связана с рядом урогенитальных заболеваний у женщин, таких как цервицит, эндометрит, воспалительные заболевания органов малого таза, бесплодие и восприимчивость к вирусу иммунодефицита человека (ВИЧ). Однако M.genitalium может также действовать как скрытый патоген в женских половых путях, не проявляя никаких симптомов. Его распространенность варьируется между различными группами, в среднем 0,5-10% среди населения в целом и 20-40% среди женщин с инфекциями, передаваемыми половым путем. Рекомендуемое лечение этой инфекции - азитромицин в виде однократной дозы 1 г. Авторами отмечено, что в последние годы резистентность к макролидам увеличилась, что значительно снижает скорость излечения, составляющую менее 50% в некоторых исследованиях. В связи с этим указана необходимость изучения новых схем лечения из-за растущей лекарственной устойчивости.

Последствия болезней, передаваемых половым путем, для здоровья непропорционально сильно сказываются на женщинах, поэтому важно определить, вызывают ли новые патогены последствия. Хотя патогенная роль Mycoplasma genitalium при мужском уретрите очевидна, среди женщин было проведено меньше исследований для определения ее патогенной роли в женских репродуктивных путях. Воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ) являются важной причиной бесплодия и внематочной беременности, а Chlamydia trachomatis и Neisseria gonorrhoeae являются признанными микробными причинами. Новые данные демонстрируют связь между M.genitalium и ВЗОМТ, а ограниченные данные предполагают связь с бесплодием и преждевременными родами, однако относительный риск инфекций женских половых путей еще предстоит определить. Необходимы дальнейшие исследования,

чтобы лучше определить влияние M.genitalium на репродуктивное здоровье женщин. Важно отметить, что проспективные исследования, оценивающие, улучшают ли программы скрининга и целенаправленное лечение M.genitalium репродуктивные результаты у женщин, необходимы для руководства политикой общественного здравоохранения в отношении этого появляющегося патогена [23].

Bortkevichene D., Opolskiene G., Bartkevichute A, Arlauskene A., Lauzikiene D., Zakarevichene Ya., Ramasauskaite D. [24] проведено исследование по оценке взаимосвязи уреаплазм с осложнениями беременности и заболеваниями новорожденных. В исследование были включены беременные с жалобами и угрожающими признаками преждевременных родов. Образцы, взятые из канала шейки матки и со слизистой шейного участка, были исследованы в микробиологической лаборатории для обнаружения ДНК из семи патогенов: C.trachomatis, Mycoplasma hominis, Mycoplasma genitalium, Ureaplasma parvum, Ureaplasma urealyticum, N.gonorrchoeae и T.vaginalis. В исследование было включено 50 беременных с жалобами и угрожающими признаками преждевременных родов. Преждевременный разрыв оболочек матки был обнаружен у 23 (46%) пациенток и 38 женщин (76%) имели преждевременные роды. Инфекции уреаплазмы были связаны с преждевременным разрывом плодных оболочек ($p<0,004$), воспалением плаценты ($p<0,025$), респираторным дистресс-синдромом новорожденных ($p<0,019$). Авторы пришли к заключению, что уреаплазмы могли повлиять на преждевременное истечение околоплодных вод плода и связаны с воспалением плаценты и респираторным дистресс-синдромом новорожденных.

Взаимосвязь между микоплазмой, инфекцией уреаплазмы и мужским бесплодием широко изучена, однако, результаты остаются противоречивыми.

Метаанализ, проведенный Ts Huang, HL Zhu, KR Xu, SY Wang, WB Zhu [25] позволил определить связь между генитальными уреаплазмами (Ureaplasma urealyticum, Ureaplasma parvum) и микоплазмами (Mycoplasma hominis, Mycoplasma genitalium) и риском мужского бесплодия. Были сопоставлены различия в распространенности инфекции уреаплазмой и микоплазмой между Китаем и остальным миром. Данные исследования были собраны из PubMed, Embase и Китайской национальной инфраструктуры знаний. Суммарное отношение шансов (OR) с 95% доверительным интервалом (CI) применялось для оценки взаимосвязи. Одновременно было проведено тестирование на неоднородность и публикационную предвзятость. Всего было использовано 14 исследований: пять исследований случай-контроль с 611 случаями бесплодия и 506 контрольными случаями инфекции U.urealyticum, а также девять исследований случай-контроль с 2410 случаями и 1223 контрольными случаями в отношении инфекции M.hominis. Две другие инфекции (U.parvum и M.genitalium) были представлены в пяти и трех исследованиях соответственно. Результаты метаанализа показали, что U.parvum и M.genitalium не связаны с мужским бесплодием. Однако, существует значительная связь между U.urealyticum и M.hominis и мужским бесплодием. Сравнивая среднемировой показатель со средним показателем в Китае, как в бесплодной, так и в контрольной группах наблюдался значительно более высокий положительный уровень U.urealyticum, но значительно более низкий положительный показатель для M.hominis-инфекции.

Hui Ye, Teenage Song, Xi Jing et al. [26] проведен систематический обзор и метаанализ для изучения связи между микоплазмами женских половых органов и этими заболеваниями. Был проведен всесторонний поиск в компьютеризированных базах данных. Для оценки силы связи были приняты объединенные нечетные радиостанции (OR) и корреляционные 95% доверительные интервалы (CI).

Метаанализ включал 22 исследования с 16 181 участником. Ureaplasma urealyticum и Ureaplasma parvum были связаны со значительно повышенным риском общей инфекции ВПЧ (OR 1,57, 95% ДИ 1,05-2,34; OR 3,02, 95% ДИ 2,10-4,33 соответственно), а U.urealyticum и Mycoplasma genitalium были связаны со значительно повышенным риском инфицирования ВПЧ высокого риска (ОШ 1,37, 95% ДИ 1,05-1,80; ОШ 1,50, 95% ДИ 1,11-2,02, соответственно). Кроме того, U.urealyticum, U.parvum и Mycoplasma hominis были связаны со

значительно повышенным риском аномальной цитопатологии шейки матки (OR 1,51, 95% ДИ 1,23-1,85; OR 1,41, 95% ДИ 1,10-1,80; OR 1,48, 95% ДИ 1,10-1,99 соответственно).

Полученные результаты дают основание полагать, что U.urealyticum и M.genitalium могут повышать риск ВПЧ-инфекции высокого риска, в то время как U.urealyticum, U.parvum и M.hominis могут повышать риск аномальной цитопатологии шейки матки.

Iani Silva, Fatima Cerqueira, Anna Luisa Teixeira [27] были изучены распространенность и факторы риска, связанные с генитальными микоплазмами (Mycoplasma hominis [MH], M.genitalium [MG]) и уреаплазмами (Ureaplasma urealyticum [UU], U.parvum [UP]) у португальских женщин репродуктивного возраста. Поперечное исследование включало 612 образцов из шейно-влагалищного тракта, взятых самостоятельно у женщин в возрасте 15-44 лет, проверенных на ЗГ, МГ, UU, UP с помощью полимеразной цепной реакции. ДНК Y-хромосомы (Yc) была обнаружена как биомаркер недавнего незащищенного полового акта. Распространенность UU, UP, MH и MG составила 28,4% (95% доверительный интервал [ДИ] 25,0-32,1), 22,4% (95% ДИ 19,3-25,9), 8,5% (95% ДИ 6,5-11,0) и 0,8%. (95% ДИ 0,4-1,9) соответственно. В целом, женщины в возрасте 20-29 лет (отношение шансов [OR] 1,78; P=0,010) и наличие Yc-ДНК (OR 2,33; P=0,038) были связаны с повышенным риском UU. Количество половых партнеров в течение жизни было предиктором UU, UP и MH (OR 2,46; P<0,001, OR 2,78; P<0,001 и OR 1,55; P<0,001, соответственно, для более чем одного партнера по сравнению с одним). Распространенность MG была низкой, в то время как UU, UP и MH были распространены у португальских женщин репродуктивного возраста. Наличие UU, UP и MH было связано с сексуальной активностью (количеством половых партнеров), хотя последствия их распространенности полностью не изучены и требуют дальнейшего изучения. UP и MH были обычным явлением у португальских женщин репродуктивного возраста.

Колонизация урогенитального тракта микоплазмами и уреаплазмами - фактор, существенно влияющий на микроэкологию влагалища. Отсутствие специфических симптомов, частое бессимптомное течение и полиморфизм клинических проявлений существенно затрудняют диагностику микоплазменной инфекции. Решающее значение в выявлении урогенитальной микоплазменной инфекции получили методы лабораторной диагностики, направленные на выявление в исследуемом материале возбудителя, его антигенов, специфических фрагментов ДНК или же уреамикоплазменных антител.

Barbara Van Der Pol, Ken B. Waits, Li Xiao [29] диагностику инфекции M.genitalium рекомендуют проводить с помощью теста на нуклеиновую кислоту. В этом многоцентровом исследовании авторами оценивалась эффективность анализа cobas Trichomonas vaginalis (TV)/MG (cobas) на обнаружение M.genitalium с использованием 22150 урогенитальных образцов как у мужчин, так и у женщин с симптомами и бессимптомно, собранных в географически разных местах по всей территории Соединенных Штатов. Производительность сравнивалась с эталонным стандартом трех лабораторных тестов (LDT). Специфичность анализа cobas на M.genitalium варьировала от 96,0% до 99,8% среди мужчин и женщин с симптомами и бессимптомно. Чувствительность женских вагинальных мазков и образцов мочи составила 96,6% (95% доверительный интервал [ДИ], 88,5-99,1%) и 86,4% (95% ДИ, 75,5-93,0%), соответственно. Чувствительность образцов мужской мочи и мазков из уретры составила 100% (95% ДИ, 94,0-100%) и 85,0% (95% ДИ, 73,9-91,9%), соответственно. Исследование продемонстрировало, что анализ cobas был высокочувствительным и специфичным во всех соответствующих клинических образцах для обнаружения M.genitalium.

Christian Leli, Antonella Mencacci, Maria Agnese Latino et al. [30] провели 21-месячное многоцентровое наблюдательное исследование в четырех итальянских клинических микробиологических лабораториях, в которое были включены женщины, сообщившие о симптомах вагинита/цервицита или имевшие в анамнезе бесплодие, беременность, выкидыш или преждевременные роды. Обнаружение Ureaplasma parvum, Ureaplasma urealyticum, Mycoplas-

ma hominis, Mycoplasma genitalium проводили из мазков шейки матки с помощью коммерчески доступной мультиплексной ПЦР в реальном времени.

В общей сложности 1761 женщина соответствовала критериям включения и была включена в исследование. Общая распространенность составила: U.parvum 38,3%, U.urealyticum 9%, M.hominis 8,6% и M.genitalium 0,6%. Доля иностранных пациентов, положительных на U.parvum, была значительно выше по сравнению с итальянскими пациентами (37% против 30,1%, p=0,007), а также по общей колонизации микоплазмой (53,4% против 45,8%, p=0,011). Число симптоматических пациентов, положительных на M.hominis, было значительно выше, чем у отрицательного контроля (2,9% против 1%, p=0,036). Значительная положительная тенденция в колонизации микоплазмы была обнаружена в отношении недели беременности для U.urealyticum (p=0,015), M.hominis (p=0,044) и для общей колонизации микоплазмы (p=0,002).

Авторами сделано заключение, что мультиплексная ПЦР может быть ценным инструментом для оценки реальной эпидемиологии колонизации микоплазмами шейки матки**.**

По данным Sylvia Andrzejczak-Grzondko, Izabella Dolinska [31] урогенитальные микоплазмы, принадлежащие к родам Mycoplasma и Ureaplasma, являются одновременно комменсальными и патогенными микроорганизмами, золотым стандартом обнаружения которых в клинических образцах является посев и идентификация на основе биохимических тестов. Однако, в силу трудоемкости и низкой специфичности указанных методов, авторы использовали метод ПЦР, который позволил обнаружить микоплазмы с определением не только рода, но и вида. В этом исследовании было проанализировано 100 клинических образцов для идентификации M.hominis, M.genitalium, U.parvum и U.urealyticum с использованием как биохимических, так и молекулярных методов. Полученные авторами результаты подтвердили низкую специфичность биохимических тестов и более высокую эффективность обнаружения отдельных видов с помощью молекулярных методов.

Osamu Hashimoto, Takeshi Ishida, Hiroki Ishiko, Miyuki Ido, Takashi Tekuchi [32] изучили быстрый и надежный метод диагностики, основанный на анализе ПЦР в реальном времени LightCycler SYBER green I и филогенетическом анализе, для обнаружения микоплазм и уреаплазм в моче ВИЧ-1-инфицированных пациентов. Праймеры были сконструированы для амплификации фрагмента гена 16S рРНК длиной 711 п.н. Положительные продукты, амплифицированные ПЦР, были дополнительно секвенированы и филогенетическое дерево было построено путем соединения соседних последовательностей V4 и V5 из 15 штаммов-прототипов. ПЦР-положительные образцы были обнаружены в 17 (9,1%) пробах мочи, их прототипы следующие: 2/17 (11,2%) M.genitalium, 1/17 (5,9%) M.hominis, 12/17 (70,6%) Ureaplasma urealyticum, 1/17 (5,9%) смешанных M.genitalium и M.hominis, и 1/17 (5,9%) M.hominis и U.urealyticum, соответственно. Нагрузка микоплазмой и уреаплазмой для каждого образца составляла от 3,8x10 копий/мл до 7,2x10 (3) копий/мл. В целом, это исследование демонстрирует, что ПЦР в реальном времени и филогенетический анализ являются самыми быстрыми доступными методами обнаружения микоплазм в урогенитальном тракте. M.hominis, 12/17 (70,6%) Ureaplasma urealyticum, 1/17 (5,9%) смешанных M.genitalium и M.hominis и 1/17 (5,9%) M.hominis и U.urealyticum, соответственно. Хотя многие виды микоплазм считаются нормальной флорой, некоторые виды вызывают серьезные заболевания половых органов.

R Gdoura, W Kchaou, L. Ammar-Keskes, N. Chakroun, Cellemi, Zenakazen, T. Rebay, Hammami [33] сравнивали образцы спермы и первой порции мочи (FVU) от бессимптомных бесплодных мужчин для выявления Chlamydia trachomatis, генитальной уреаплазмы и генитальной микоплазмы с использованием собственной полимеразной цепной реакции (ПЦР), контролируемой ингибиторами, гибридизационного анализа на микротитрационном планшете, также была определена распространенность этих организмов у бесплодных мужчин в Тунисе с целью изучения связи между этими бактериями и мужским бесплодием.

Парные образцы мочи и спермы 104 пациентов были исследованы с помощью собственной ПЦР на наличие ДНК Chlamydia trachomatis, генитальных уреаплазм

(Ureaplasma urealyticum и Ureaplasma parvum) и генитальных микоплазм (Mycoplasma hominis и Mycoplasma genitalium). Между обнаружением Chlamydia trachomatis, генитальной уреаплазмы и Mycoplasma hominis в сперме и соответствующих образцах FVU выявлена высокая достоверность (>95%) и соответствие (каппа>0,9). Наши результаты также показывают высокую достоверность (81,1%) и соответствие (каппа=0,79) между обнаружением Mycoplasma genitalium в обоих образцах. Было обнаружено, что C.trachomatis, генитальные микоплазмы и генитальные уреаплазмы широко распространены среди бесплодных пациентов мужского пола в Тунисе, о чем свидетельствует их соответствующая распространенность в 43,3%, 18,3% и 14,4%. Средние значения объема семенной жидкости, концентрации сперматозоидов, жизнеспособности сперматозоидов, подвижности сперматозоидов, морфологии сперматозоидов, и количество лейкоцитов не были существенно связаны ни с обнаружением ДНК C trachomatis, ни с ДНК генитальной уреаплазмы, ни с ДНК микоплазмы в образцах спермы. С помощью собственной ПЦР и сперма, и FVU оказались чувствительными диагностическими образцами для обнаружения C. trachomatis, уреаплазм и микоплазм. FVU, менее инвазивный и самостоятельно собранный образец, может служить маркером присутствия этих организмов в половых путях и может использоваться как надежный способ выявления бессимптомных носителей инфекции.

Waites KB, Xiao L, Paralanov V, Viscardi RM, Glass JI. [34] представлен краткий и критический обзор методов, подходящих для обнаружения и характеристики микоплазм и уреаплазм человека, с акцентом на методы молекулярной генотипии. Авторами показано, что для медленнорастущих видов, таких как Mycoplasma pneumoniae и Mycoplasma genitalium, молекулярное обнаружение является единственным практическим средством быстрой микробиологической диагностики. Большинство молекулярных методов, используемых для обнаружения и характеристики обычных бактерий, были применены к этим организмам. Полная последовательность генома доступна для одного или нескольких штаммов всех важных патогенов человека из родов Mycoplasma и Ureaplasma. Ожидается, что информация, полученная в результате анализа генома и повышения эффективности секвенирования ДНК, значительно продвинет область молекулярного обнаружения и генотипирования в течение следующих нескольких лет.

Charlotte Gaydos, Lisa E. Manhart, Stephanie N. Taylor [35] провели проспективное многоцентровое клиническое исследование с участием субъектов из 21 центра США для проверки эффективности нового диагностического теста амплификации нуклеиновых кислот (NAAT) in vitro для обнаружения Mycoplasma genitalium. Семь типов урогенитальных образцов (n=11,556), полученных из 1778 женщин в возрасте от 15 до 74 лет и 1583 мужчин в возрасте от 16 до 82 лет были протестированы с помощью анализа Aptima Mycoplasma genitalium, исследовательской транскрипционно-опосредованной амплификации (TMA) NAAT для обнаружения M.genitalium 16S рРНК. Инфицированный статус для включенных в исследование субъектов был установлен с использованием результатов, полученных в результате тестирования либо самостоятельно взятых вагинальных мазков, либо собранных клиницистами образцов мужских уретральных мазков с помощью составного эталонного метода, состоящего из трех транскрипционно-опосредованных NAAT амплификации, нацеленных на уникальные области 16S или 23S рРНК M.genitalium. Распространенность M.genitalium составила 10,2% у женщин и 10,6% у мужчин; распространенность была высокой как у пациентов с симптомами, так и у бессимптомных лиц обоих полов. По сравнению со стандартом статуса инфицированного субъекта, исследовательский тест имел оценки чувствительности и специфичности, соответственно, 98,9% и 98,5% для вагинальных мазков, собранных субъектом, 92,0% и 98,0% для вагинальных мазков, собранных врачом, 81,5% и 98,3% для эндоцервикальных мазков, 77,8% и 99,0% для женской мочи, 98,2% и 99,6% для мужских мазков из уретры, 88,4% и 97,8% для самостоятельно взятых мазков со слизистой полового члена и 90,9% и 99,4% для образцов мужской мочи. Для всех семи типов образцов положительное и отрицательное соответствие внутри образца между иссле-

дуемым тестом и составным эталонным стандартом составляло от 94,2% до 98,3% и от 98,5 до 99,9%, соответственно.

Используя метод транскрипционной амплификации Latimer R. L., Vodstrisil L., De Petra V. et al. [36] провели исследование, направленное на определение доли ректальных CT и ректальных инфекций NG у MCM, коинфицированных ректальным Mgen, и доли MCM с Mgen, обнаруженных в глотке, для использования в клинической практике. Это было перекрестное исследование, проведенное в Мельбурнском центре сексуального здоровья в Австралии. Последовательно собранные ректальные мазки у MCM, которые дали положительный результат на CT (n=212) или NG (n=212), и последовательно собранные образцы глотки (n=480) у MCM были протестированы на Mgen с использованием теста Aptima Mycoplasma genitalium (Hologic, San Diego). Образцы были связаны с демографическими данными и статусом симптомов.

Ректальный Mgen кодировался в 27 из 212 ректальных CT (13%, 95% ДИ от 9 до 18) и в 29 из 212 ректальных NG (14%, 95% CI от 9 до 19) образцов, без разницы в доле положительных Mgen. У MCM с ректальной коинфекцией CT/Mgen было больше сексуальных партнеров, чем у MCM с ректальной CT-моноинфекцией (в среднем 6 против 11, p=0,06). MCM с ректальной коинфекцией NG/Mgen с большей вероятностью были ВИЧ-положительными, чем те, у кого была ректальная моноинфекция NG (OR=2,96, 95% ДИ от 1,21 до 7,26, p=0,023). MCM с ректальной коинфекцией CT/Mgen с большей вероятностью использовали предэкспозиционную профилактику, чем MCM с ректальной коинфекцией NG/Mgen (OR 0,25, 95% ДИ от 0,10 до 0,65, p=0,002). Фарингеальный Mgen был необычным и был обнаружен в 8 из 464 образцов (2%, 95% ДИ от 1% до 3%). Фарингеальный Mgen был связан с ректальными ИППП (OR=10,61, 95% ДИ от 2,30 до 48,87, p=0,002).

Полученные авторами результаты показывают, что каждый седьмой MCM, получавший ректальную КТ или ректальную НГ, будет иметь недиагностированный ген Mgen, потенциально подверженный воздействию азитромицина во время лечения этих ИППП. Коинфекция ректального Mgen была связана с определенными факторами риска, которые могут повлиять на методы тестирования. Pharyngeal Mgen было необычным.

Urshula Kasprzykovska, Beata Sobieszczanska, Anna Duda-Madej et al. [37] представлен ретроспективный анализ распространенности и антимикробной чувствительности M.hominis и Ureaplasma spp. у пациентов с инфекциями урогенитального тракта в течение двенадцатилетнего периода с 2003 по 2015 гг. Использовали тест Mycoplasma IST2 для обнаружения, подсчета, идентификации и тестирования чувствительности к противомикробным препаратам генитальных микоплазм в 1182 образцах от 778 женщин и 404 мужчин с инфекциями мочеполовых путей. Ориентировочный подсчет в тесте определяет, равно ли количество микоплазм в образце пороговому значению 10^4 колониеобразующих единиц или превышает его.

В 152 (12,8%) пробах обнаружены генитальные микоплазмы. M.hominis обнаружен только в трех образцах, а Ureaplasma spp. в 141 образце. И M.hominis, и Ureaplasma spp. были обнаружены в остальных восьми образцах. В анализируемый период с 2003 по 2015 гг. наблюдалось постепенное повышение устойчивости уреаплазм к ципрофлоксацину и кларитромицину и снижение устойчивости к офлоксацину, эритромицину и тетрациклину. Пристинамицин, джозамицин и доксициклин были наиболее активными в отношении Ureaplasma spp. Напротив, фторхинолоны имели самую низкую эффективность против Ureaplasma spp. и целых 116 (82,3%) и 77 (54,6%) Ureaplasma spp. изоляты были устойчивы к ципрофлоксацину и офлоксацину соответственно. Изоляты M.hominis были равномерно устойчивы к азитромицину, кларитромицин и эритромицин, но чувствительны к джозамицину, офлоксацину, доксициклину и пристинамицину. Одна треть этих изолятов была устойчивой к ципрофлоксацину и тетрациклину.

Авторы пришли к заключению, что Ureaplasma spp. и M.hominis были обнаружены с относительно низкой частотой по сравнению с другими исследованиями, однако большин-

ство этих изолятов были устойчивы к ципрофлоксацину, что указывает на необходимость более эффективного управления назначением ципрофлоксацина. Важные ограничения теста Mycoplasma IST2, касающиеся тестирования чувствительности к противомикробным препаратам, и расхождения между контрольными точками в тесте и рекомендациями EUCAST указывают на необходимость внедрения новых методологий для улучшения оценки устойчивых штаммов в нашем регионе.

Hilmarsdóttir I, Arnardóttir EM, Jóhannesdóttir ER, Valsdóttir F, Golparian D, Hadad R, Vigfússon HB, Unemo M. [38] сообщили о широком распространении Mycoplasma genitalium среди пациентов в клиниках по лечению инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), и затрудненном лечении из-за быстрого повышения уровня устойчивости к азитромицину и моксифлоксацину. В этом исследовании авторами впервые в Исландии оценена распространенность M.genitalium и мутаций, связанных с резистентностью к азитромицину и моксифлоксацину, а также оценена диагностическая эффективность S-DiaMGTV с маркировкой CE/in vitro (IVD) (Diagenode Diagnostics) по сравнению с одобренным FDA/CE/IVD США Aptima MG (AMG; Hologic) для M.genitalium. С октября 2018 года по январь 2019 года пациенты мужского и женского пола единственной в Исландии клиники по лечению ИППП сдавали мазки из мочи и влагалища. Образцы были протестированы с S-DiaMGTV и AMG, а мутации, связанные с устойчивостью, были определены с помощью гена 23S рРНК и секвенирования parC. Демографические и клинические данные были собраны из историй болезни. Распространенность M.genitalium в целом составляла 9,3%; 7,7% (38/491) среди мужчин и 10,9% (53/487) среди женщин. Мутации, связанные с устойчивостью к азитромицину и моксифлоксацину, были обнаружены в 57,0% (45/79) и 0,0% (0/80) исследуемых образцов, соответственно. Чувствительность составила 72,5% и 100%, а специфичность - 99,9% и 100% для S-DiaMGTV и AMG соответственно. Связи между M.genitalium и симптомами уретрита у мужчин не обнаружено. На основании данного исследования авторы пришли к заключению, что показатели распространенности M.genitalium и генов, связанных с устойчивостью к азитромицину, в Исландии являются одними из самых высоких в Европе, поскольку значительно более высокая чувствительность AMG по сравнению с S-DiaMGTV может иметь важные клинические последствия. Авторы также пришли к выводу о необходимости дополнительной информации для прояснения значений ложноотрицательных результатов, полученных с помощью S-DiaMGTV и других аналогичных широко используемых методов ПЦР в реальном времени для диагностики и лечения этой инфекции, передаваемой половым путем.

В исследованиях M. Unemo, K. Salado-Rasmussen, M. Hansen, AO Olsen, M. Falk, D Golparyan, M Aasterød, J. Ringlander, C Stezkó Nilsson, M. Sundqvist, K. Schoning, H Moi, H West, J. S. Jensen [39] указывается на то, что Mycoplasma genitalium (MG) вызывая уретрит и цервицит, потенциально вызывают репродуктивные осложнения и резистентность MG к терапии первой (азитромицин) и второй линии (моксифлоксацин) увеличилась. Авторы изучали клинические и аналитические характеристики нового теста Conformité Européene (CE)/диагностики in vitro (IVD) Aptima Mycoplasma genitalium (CE/IVD AMG; Hologic); распространенность MG, Chlamydia trachomatis (CT) и Neisseria gonorrhoeae (NG); и устойчивость MG к азитромицину и моксифлоксацину в Дании, Норвегии и Швеции в 2016 г. С февраля 2016 г. по февраль 2017 г. урогенитальные и экстрагенитальные (только в Дании) образцы от последовательных посетителей в трех клиниках по лечению заболеваний, передающихся половым путем, были протестированы с помощью CE/IVD AMG, теста MG Alt TMA-1 только для исследований (Hologic), Анализа Aptima Combo 2 (CT/NG) и разработанной в лаборатории TaqMan количественной ПЦР в реальном времени (qPCR) mgpB в реальном времени. Мутации, связанные с устойчивостью, определяли секвенированием. Также были протестированы штаммы MG и других видов микоплазм в различных концентрациях.

В исследование было включено 5269 пациентов. Распространенность MG составила 7,2% (382/5269; 4,9-9,8% по странам). Чувствительность CE/IVD AMG, MG Alt TMA-1 и mgpB qPCR составляла 99,13-100%, 99,13-100% и 73,24-81,60% соответственно в разных странах. Специфичность составляла 99,57-99,96%, 100% и 99,69-100% соответственно. Распространенность мутаций, связанных с устойчивостью к азитромицину и моксифлоксацину, составила 41,4% (120/290; 17,7-56,6%) и 6,6% (18/274; 4,1-10,2%) соответственно. Множественная устойчивость была обнаружена во всех странах (2,7%; 1,1-4,2%).

На основании проведенного исследования авторы пришли к выводу, что оба анализа MG, основанные на транскрипционной амплификации (TMA), имели гораздо более высокую чувствительность по сравнению с qPCR mgpB. Распространенность резистентности к MG и азитромицину была высокой. Проверенные молекулярные тесты гарантированного качества на MG, рутинное тестирование резистентности MG-положительных образцов и надзор за устойчивостью к противомикробным препаратам имеют решающее значение.

По мнению Machalek DA, Tao Y, Shilling H, Jensen JS, Unemo M, Murray G, Chow EPF, Low N, Garland SM, Vodstrcil LA, Fairley CK, Hocking JS, Zhang L, Bradshaw CS. [40] Mycoplasma genitalium в настоящее время признана важной бактериальной инфекцией, передаваемой половым путем. Для установления распространенности устойчивости авторами обобщены данные исследований мутаций, связанных с устойчивостью к макролидам и фторхинолонам у M. genitalium, также исследованы временные тенденции сопротивления в стремлении установить связь между сопротивлением и географическим положением.

В этом систематическом обзоре и метаанализе авторами проведен поиск в PubMed, Embase и MEDLINE исследований, которые включали данные о распространенности мутаций, связанных с устойчивостью к макролидам и фторхинолонам у M.genitalium, опубликованные на любом языке до 7 января 2019 г. Была определена распространенность, как доля образцов M.genitalium, положительных по ключевым мутациям, связанным с устойчивостью к азитромицину (ген 23S рРНК, положение 2058 или 2059) или устойчивостью к моксифлоксацину (S83R, S83I, D87N или D87Y в parC), или и тем, и другим, среди всех образцов M.genitalium, которые были успешно охарактеризованы. Использован метаанализ случайных эффектов для расчета суммарных оценок распространенности и проведен подгрупповой и мета-регрессионный анализ по регионам ВОЗ и временным периодам.

В целом 59 исследований из 21 страны соответствовали критериям включения в это исследование: 57 исследований устойчивости к макролидам (8966 образцов), 25 исследований устойчивости к фторхинолонам (4003 образца) и 22 исследования двойной устойчивости к макролидам и фторхинолонам (3280 образцов). Суммарная распространенность мутаций, связанных с устойчивостью к макролидам, среди образцов M.genitalium составила 35,5% (95% ДИ 28,8-42,5); распространенность увеличилась с 10,0% (95% ДИ 2,6-20,1%) до 2010 г. до 51,4% (40,3-62,4%) в 2016-2017 гг. ($p<0,0001$). Распространенность мутаций, связанных с устойчивостью к макролидам, была значительно выше в образцах из регионов ВОЗ для Западной части Тихого океана и Америки, чем в образцах из Европейского региона ВОЗ. Общая распространенность мутаций, связанных с устойчивостью к фторхинолонам, в образцах M.genitalium составляла 7,7% (95% ДИ 4,5-11,4%). Распространенность со временем существенно не изменилась, но была значительно выше в регионе Западной части Тихого океана, чем в регионе Европы. В целом, распространенность как мутаций, связанных с устойчивостью к макролидам, так и мутаций, связанных с устойчивостью к фторхинолонам, среди образцов M.genitalium составила 2,8% (1 · 3-4,7%). Распространенность двойной резистентности существенно не изменилась с течением времени и существенно не различалась по географическим регионам.

Авторами сделано заключение о срочной необходимости глобального эпиднадзора и мер по оптимизации эффективности лечения, включая стратегии на основе устойчивости, новые

противомикробные препараты и комбинированные противомикробные препараты для обеспечения излечения высокой доли инфекций M.genitalium и предотвращения дальнейшего распространения устойчивых штаммов.

Horner P., Ingle S. M., Garrett F., Were K., Kong F., Muir P., Moi H. [41] провели метаанализ исследований лечения M.genitalium с использованием однократной дозы азитромицина 1 г и азитромицина 500 мг в день 1, затем 250 мг в день в течение 4 дней (5-дневный режим), чтобы определить частоту неэффективности лечения и резистентности в обоих режимах. До апреля 2016 г. в онлайн-базах данных PubMed и Medline производился поиск по терминам «Mycoplasma genitalium», «макролид» или «азитромицин» и «резистентность». Генетические мутации, устойчивые к макролидам, до лечения и пациенты, у которых не получилось, снова были генотипированы по устойчивости. Метаанализ случайных эффектов использовался для оценки показателей отказов и сопротивляемости.

Было выявлено восемь исследований с участием 435 пациентов, из которых 82 (18,9%) получали 5-дневный режим. Суммарная частота неэффективности лечения и развития мутаций устойчивости к макролидам к противомикробным препаратам при применении 1 г азитромицина составила 13,9% (95% ДИ от 7,7% до 20,1%) и 12,0% (от 7,1% до 16,9%), соответственно. Среди лиц, получавших 5-дневный режим без предшествующего лечения доксициклином, меньше (3,7%; 95% ДИ 0,8-10,3%, p=0,012) неудачное лечение, у всех из которых развилась резистентность (p=0,027).

Авторами сделано заключение что 1 г азитромицина ассоциируется с высокой частотой неэффективности лечения и развития устойчивости к макролидам при инфекции M.genitalium без ранее существовавших мутаций макролидов. Имеются умеренные, но противоречивые данные о том, что 5-дневный режим может быть более эффективным и с меньшей вероятностью вызвать резистентность.

Nye MB, Harris A. B., Ferson A. J., Cartwright S. P. [42] в настоящем исследовании стремились выяснить, подвержены ли женщины с диагнозом «симптоматический БВ» повышенному риску сопутствующей инфекции Mycoplasma genitalium. Авторы использовали новый анализ на основе ПЦР (ResistancePlus MG; SpeeDx Pty. Ltd., Сидней, Австралия) для определения распространенности инфекции Mycoplasma genitalium и мутаций, опосредующих резистентность к макролидам 23S рРНК (MRMM) в когорте из 1532 женщин, представивших с симптомами вагинита. Результаты исследования показали, что M.genitalium был обнаружен в 4,0% (62/1532) проб, 37,1% (23/62) содержали MRMM. Распространенность инфекции M.genitalium у субъектов с BV была значительно выше, чем у субъектов с вагинитом без BV (7,0% против 3,6%; OR=1,97 (95% ДИ: 1,14-3,39). Сделан вывод о том, что распространенность инфекции M.genitalium связана с БВ у женщин с симптоматическим вагинитом. Улучшенное ведение БВ необходимо как компонент стратегии профилактики ИППП.

Таким образом, обобщая данные литературных источников необходимо сделать заключение о несомненной роли микоплазм в этиологии и патогенезе многих патологических процессов, однако, вопрос о значении микоплазм в качестве моновозбудителя на сегодняшний день окончательно не решен.

Отсутствие патогномоничных симптомов делает невозможным постановку диагноза без привлечения специальных лабораторных методов исследования. Широкое распространение этих микроорганизмов в популяции и высокая частота носительства и длительного бессимптомного течения процесса, отсутствие данных официальной регистрации требуют создания единого алгоритма диагностики. В связи с этим актуальным по-прежнему остается вопрос разработки алгоритма лабораторной диагностики заболеваний, ассоциированных с урогенитальными микоплазмами (M.genitalium, M.hominis, U.urealyticum и U.parvum). Разработка оптимальных алгоритмов и методов обследования и предупреждение распространения резистентных штаммов путем обязательного определения антибиотикочувствительности могут внести ясность в данную проблему.

Литература

1. Razin S. Mycoplasma taxonomy and ecology. In: Maniloff J, McElhaney R N, et al. Mycoplasmas: molecular biology and pathogenesis. Washington, D.C: Amer Soc Microbiol; 1992; 3-22.

2. Jensen J.S. Mycoplasma genitalium infections. Dan Med Bull. 2006; 53: 1-27.

3. Teng L.J., Zheng X., Glass J.I. et al. Ureaplasma urealyticum biovar specificity and diversity are encoded in multiple banded antigen gene // J Clin Microbiol 1994, 32, 1464-1469.

4. Harasawa R, Kanamoto Y. Differentiation of two biovars of Ureaplasma urealyticum based on the 16S-23S rRNA intergenic spacer region // J Clin Microbiol 1999, 37(12): 4135-4138.

5. Kong F., Ma Z., James G. et al. Species identification and subtyping of Ureaplasma parvum and Ureaplasma urealyticum using PCR-based assays // J Clin Microbiol 2000, 38(3): 1175-1179.

6. Kong, F., Gilbert G.L. Postgenomic taxonomy of human Ureaplasma a case study based on multiple gene sequences // Int J Syst Evolution Microbiol 2004, 54: 1815-1821.

7. Robertson J.A., Stemke G.W., Davis J.W. et al. Proposal of Ureaplasma parvum sp. Nov. and emended description of Ureaplasma urealyticum (Shepard et al. 1974) Robertson et al.2001 // Int J Syst Evol Microbiol. 2002, 52: 587-597.

8. Borkhsenius S.N., Chernova O.A., Chernov V.M., Vonskiy M.S. Mycoplasmas: Molecular and Cell Biology, the interaction with the immune system of mammals, pathogenicity, diagnostics. SPb., Science., 2002. 319 p. [Борхсениус С.Н., Чернова О.А., Чернов В.М., Вонский М.С. Микоплазмы: Молекулярная и клеточная биология, взаимодействие с иммунной системой млекопитающих, патогенность, диагностика. СПб., Наука 2002; 319]

9. Stein MA, Baseman JB. The evolving saga of Mycoplasma genitalium // Clin Microbiol Newsletter. 2005; 28: 41-48.

10. Fraser C.M., Gocayne J.D., White O. et al. The minimal gene complement of Mycoplasma genitalium // Science 1995; 270: 397-403.

11. Peterson S.N., Fraser C. M. The complexity of simplicity // Genome Biology. USA 2001: 2.

12. Peterson S.N., Hu P.C., Bott K.F., Hutchison C.A. A survey of the Mycoplasma genitalium genome using random sequencing // J Bacteriol 1993, 175: 7918-7930.

13. Pereyre, S., P. Sirand-Pugnet, L. Beven et al. Life on arginine for Mycoplasma hominis: clues from its minimal genome and comparison with other human urogenital mycoplasmas. PLoS Genet. Vol. 5: e1000677. 2009.

14. Smith, D. G., Russell, W. C., Ingledew, W.J. & Thirkell, D. Hydrolysis of urea by Ureaplasma urealyticum generates a transmembrane potential with resultant ATP synthesis // J Bacteriol 1993; 175: 3253-3258.

15. Khadijeh Moridi, Mohammad Khatami, Amir Asiman, Mohammad Hossein File, Hamid Hanegahi Abyaneh, Karash Gazvini Epidemiology of sexual infections caused by Mycoplasma hominis, M.genitalium and Ureaplasma urealyticum in Iran; systematic review and meta-analytical study (2000-2019) // BMC Public Health. 2020 29 июня; 20 (1): 1020. DOI: 10.1186 / s12889-020-08962-5.

16. Radhuan Gura, Viem Kashu, Via Chari, Abir Znamen, Leila Keskes, Tarek Rebay, Adnane Hamami Infections of Ureaplasma urealyticum, Ureaplasma parvum, Mycoplasma hominis and Mycoplasma genitalium and sperm quality of infertile men // BMX Infect Dis.-2007 November 8; 7: 129.

17. Brian A Mondecha, Nadia M. Rodriguez, Oreste Blanco, Carmen Fernandez, Jorgen S. Jensen Mycoplasma genitalium infections in Cuba: monitoring of urogenital syndromes, 2014-2015 // Int J STD, AIDS. 2018 September; 29 (10): 994-998.

18. Sophie Edouard, Hervé Tissot-Dupont, Gregory Dubourg, Yannick Bernard, Pierre-Edouard Fournier, Isabelle Pravo, Andreas Stein, Didier Raoul Mycoplasma genitalium, pathogens of the resumption of sexually transmitted infections // Journal of Pathology, Microbiology and Immunology APMIS.-2017 October; Volume 125 issue 10: Pages 916-920.

19. Horner P. J., Martin D. H. Mycoplasma genitalium infection in men // J Infect Dis. July 15, 2017; 216 (suppl_2): S396-S405.

20. Jensen J. S., Kuzin M., Gomberg M., Moi H. // J Eur Acad Dermatol Venereol. 2016 October; 30 (10): 1650-1656.

21. Rebecca Lees, Ali Rouhani-Rahbar, Lisa E. Manhart Mycoplasma genitalium infection and female genital tract disease: a meta-analysis // Clin Infect Dis.-2015 August 1; 61 (3): 418-26.

22. Newton Sergio De Carvalho, Gabriele Palu, Steven S. Witkin Mycoplasma genitalium, the hidden female reproductive tract // Eur J Clin Microbiol Infect Dis.-2020 February; 39 (2): 229-234.

23. Harold K. Wiesenfeld, Lisa E. Manhart Mycoplasma genitalium in women: current knowledge and research priorities of this newly emerged pathogen // J Infect Dis. July 15, 2017; 216 (suppl_2): S389-S395.

24. Bortkevichene D., Opolskiene G., Bartkevichute A, Arlauskene A., Lauzikiene D., Zakarevichene Ya., Ramasauskaite D. The effect of Ureaplasma infections on pregnancy complications // Libyan J Med.-2020 December; 15 (1): 1812-821.

25. C Хуанг, HL Zhu, KR Xu, SY Wang, WB Zhu Mycoplasma infection, ureaplasma and male infertility: a systematic review and meta-analysis // Andrology.-2015 September; 3 (5): 809-16.

26. Hui Ye, Teenage Song, Xi Jing, Lin Li, Minmin Hou, Mingong Si The relationship between genital mycoplasma infection and human papillomavirus infection, abnormal cytopathology of the cervix and cervical cancer: a systematic review and meta-analysis // Arch Gynecol Obstet. 2018 Jun; 297 (6): 1377-1387.

27. Iani Silva, Fatima Cerqueira, Anna Luisa Teixeira, Maria Clara Biche, Ru and Company, Jose Amorim, Ruki Medeiros Genital mycoplasmas and ureaplasmas in cervical-vaginal independent samples of women of reproductive age: prevalence and risk factors // Int J STD AIDS.-2018 sep; 29 (10): 999-1006.

28. Huang Ts., Zhu H. L., Xu K. R., Wang S. Yu., Fan L. K., Zhu WB. Mycoplasma and ureaplasma infection and male infertility: a systematic review and meta-analysis // Andrology.-2015 September; 3 (5): 809-16.

29. Barbara Van Der Pol, Ken B. Waits, Li Xiao, Stephanie N. Taylor, Arundati Rao, Melinda Nye, Steven Chawuti, Aaron Ermel, Claire Kaplan, David Eisenberg, Philip A Chan, Leandro Mena, Sixto Pacheco, Smita Krishnamurti, Ruchika Mohan, Rasa Bertuzis, Chris L. McGowan, Rodney Arsenas, Elizabeth M. Marlowe Detection of Mycoplasma genitalium in urogenital samples from men and women with and without symptoms using the cobas TV / MG test // J Clin Microbiol.-2020 26 May; 58 (6): e02124-19.

30. Christian Leli, Antonella Mencacci, Maria Agnese Latino, Pierangelo Clerici, Mario Rassu, Stefano Perito, Roberto Castronari, Eleonora Pistoni, Eugenio Luciano, Daniela De Maria, Cristina Morazzoni, Michela Pascarella, Silvia Bozza, Alessandra Sensini Prevalence of cervical colonization by Ureaplasma parvum, Ureaplasma urealyticum, Mycoplasma hominis and Mycoplasma genitalium in childbearing age women by a commercially available multiplex realtime PCR: An Italian observational multicentre study // Journal of Microbiology, Immunology and Infection Volume 51, Issue 2, April 2018, Pages 220-225.

31. Sylvia Andrzejczak-Grzondko, Izabella Dolinska Detection of urogenital mycoplasmas in clinical samples // Posters of Biochem.-2019 October 23; 65 (4): 299-305.

32. Osamu Hashimoto 1, Takeshi Ishida, Hiroki Ishiko, Miyuki Ido, Takashi Tekuchi Quantitative detection and identification based on the phylogeny of mycoplasmas and ureaplasmas in patients with human immunodeficiency virus type 1 // J Clin Microbiol. -2006 February; 12 (1): 25-30.

33. R Gdoura, W Kchaou, L. Ammar-Keskes, N. Chakroun, Cellemi, Zenakazen, T. Rebay, Hammami Assessment of Chlamydia trachomatis, Ureaplasma urealyticum, Ureaplasma parvum, Mycoplasma hominis and Mycoplasma genitalium in seminal fluid and first urine samples of asymptomatic male partners of infertile couples // J Androl. March-April 2008; 29 (2): 198-206.

34. Waites KB, Xiao L, Paralanov V, Viscardi RM, Glass JI. Molecular methods for detecting Mycoplasma and ureaplasma infections in humans: a report from the 2011 William Beaumont Hospital Symposium on Molecular Pathology // J Mol Diagn.-2012 сентябрь; 14 (5): 437-50.

35. Charlotte Gaydos, Lisa E. Manhart, Stephanie N. Taylor, Rebecca Lillis, Edward V. Hook, Jeffrey D. Klausner, Carmel V Remillard, Melissa Love, Byron McKinney, Damon K. Getman Molecular testing for Mycoplasma genitalium in the USA: results of a prospective multicenter clinical trial of AMES // J Clin Microbiol. 2019 October 23; 57 (11): e01125-19.

36. Latimer R. L., Vodstrisil L., De Petra V., Fairley K. K., Reed T. R., Williamson D., Doyle M., Chow E. P., Bradshaw K. Extragenital Mycoplasma genitalium infections in men who practice sex with men // The floor transmission.-2020 Feb; 96 (1): 10-18.

37. Urshula Kasprzykovska, Beata Sobieszczanska, Anna Duda-Madej, Anna Sytsevich, Joanna Nowicka, Grazyna Gosczyniak Twelve-year retrospective analysis of the prevalence and sensitivity models to antimicrobial drugs Ureaplasma spp.and Mycoplasma hominis in the province of Lower Silesia in Poland // Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.-2018 Jan; 220: 44-49.

38. Hilmarsdóttir I, Arnardóttir EM, Jóhannesdóttir ER, Valsdóttir F, Golparian D, Hadad R, Vigfússon HB, Unemo M. The prevalence of Mycoplasma genitalium and mutations associated with antibiotic resistance in patients at the sexually transmitted infections clinic in Iceland, and a comparison of S-DiaMGTV and Aptima Mycoplasma genitalium tests for diagnosis // J Clin Microbiol.-2020 August 24; 58 (9): e01084-20.

39. M Unemo, K. Salado-Rasmussen, M. Hansen, AO Olsen, M. Falk, D Golparyan, M Aasterød, J. Ringlander, C Stezkó Nilsson, M. Sundqvist, K. Schoning, H Moi, H West, J. S. Jensen Clinical and analytical evaluation of a new Optima Mycoplasma genitalium analysis with data on the prevalence of M. genitalium and antimicrobial resistance of M. genitalium in Denmark, Norway and Sweden in 2016 // Clin Microbiol Infection. 2018 May; 24 (5): 533-539.

40. Machalek DA, Tao Y, Shilling H, Jensen JS, Unemo M, Murray G, Chow EPF, Low N, Garland SM, Vodstrcil LA, Fairley CK, Hocking JS, Zhang L, Bradshaw CS. Prevalence of mutations associated with resistance to macrolides and fluoroquinolones in Mycoplasma genitalium: a systematic review and meta-analysis // Lancet Infect Dis.-2020 November; 20 (11): 1302-1314.

41. Horner P., Ingle S. M., Garrett F., Were K., Kong F., Muir P., Moi H. Which azithromycin regimen should be used to treat Mycoplasma genitalium? Meta-analysis // The floor transmission.-2018 February; 94 (1): 14-20.

42. Nye MB, Harris A. B., Ferson A. J., Cartwright S. P. Prevalence of Mycoplasma genitalium infection in women with bacterial vaginosis // BMC Women's Health.-2020 Mar 26; 20 (1): 62.

Түйіндеме

Қазіргі әдебиеттің деректері негізінде жыныс микоплазмаларына шолу жасалды. Таксономиялық және морфологиялық ерекшеліктері, жыныс микоплазмаларының таралуы туралы эпидемиологиялық аспектілері, клиникалық маңызы, зертханалық диагностика мен терапияның заманауи әдістері қамтылған.

Түйінді сөздер: жыныс микоплазмалары, таралуы, идентификациясы, антибиотикке төзімділік.

Resume

Based on the data of modern literature, a review of genital mycoplasmas has been compiled. Taxonomic and morphological features, epidemiological aspects of the prevalence of genital mycoplasmas, clinical significance, modern methods of laboratory diagnostics and therapy are highlighted.

Key words: genital mycoplasmas, prevalence, identification, antibiotic resistance.

УДК 616.9 616.5-005 616.51

ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Толыбекова А.А. – зав. кафедрой дерматовенерологии, к.м.н., доцент;
Сагидолдина Л.К., Амрина Л.К., Чернова О.А., Думышева А.

НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет», г.Алматы
РЕСПУБЛИКА КАЗАХСТАН

Резюме

Актуальность изучения клинических проявлений при коронавирусной инфекции не вызывает сомнений, сведения о возможных проявлениях, в частности, дерматологических, постоянно дополняются и обновляются. Целью настоящей статьи явилось обобщение актуальных литературных данных о поражениях кожи при коронавирусной инфекции.

Ключевые слова: коронавирусная инфекция, поражения кожи, ангииты кожи, папулы, везикулы, эритема.

В декабре 2019 года, были представлены о незнакомой тогда нам коронавирусной инфекции. Впервые заболевание было установлено у жителей г. Ухань, отличалось высокой летальностью и, по данным различных авторов, летальность достигает от 0,5 до 15%. Возможность бессимптомного течения заболевания, носительства инфекции, высокая контагиозность инфекции, множественность путей передачи инфекции - это воздушно-капельный, контактно-бытовой, воздушно-пылевой, также обсуждается возможность фекально-орального пути, способствовали быстрому распространению инфекции, росту числа инфицированных и привело к пандемии. Уже 1 января 2020 года был установлен первичный очаг инфекции - рынок морепродуктов, а 9 января зафиксирован первый летальный исход заболевания, 20 января 2020 года китайские доктора подтвердили возможность передачи инфекции от человека человеку. С 21 января 2020 года ВОЗ ежедневно публикует отчеты о текущей ситуации (Situation reports) Чрезвычайного комитета в рамках Международных медико-санитарных правил по пневмонии, вызванной новым коронавирусом 2019-nCoV, содержащие сведения о количестве подтвержденных случаев заболевания, летальных исходов, уровне риска, а также рекомендации по контролю инфекции и другую важную информацию. 11 февраля 2020 года ВОЗ определила название инфекции как Coronovirus disease 2019, а возбудитель был обозначен как SARS CoV 2a (Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2, второй коронавирус тяжелого острого респираторного синдрома) [1,2,3,4,5,6,7,8]. На сегодняшний день в мире зарегистрировано более 253 миллионов случаев подтвержденного заболевания, летальность составила более 4 миллионов [9].

Возбудитель заболевания SARS CoV 2a относится в группу одноцепочных РНК-содержащих вирусов, семейства Coronoviridae, предполагается, что он занимает промежуточное положение между коронавирусом летучих мышей и другим коронавирусом.

Известно, что входные ворота для инфекции это эпителий верхних дыхательных путей, клетки-мишени - это альвеолярные клетки 2 типа, что в классическом течении, в первую очередь, приводит к развитию пневмонии [1,2,3,4,5,6,7,8,9].

Достаточно часто некоторые вирусные инфекции сопровождаются дерматологической симптоматикой. При этом, для некоторых из них кожные высыпания являются характерным патогномоничным симптомом заболевания - вирусные энантемы и экзантемы. Медицинские данные, представленные в период пандемии, свидетельствуют о возможных кожных высыпаниях при инфицировании SARS CoV 2a [1,8,10,11,12]. В основе появления высыпаний при вирусных инфекциях лежит развитие патологических процессов в эпидермисе и дерме – расширение капилляров, повышение проницаемости сосудов, отек, кровоизлияния, некроз клеток эпидермиса, баллонирующая дистрофия клеток эпидермиса, воспаление [1,8,10,11,12].

Впервые итальянские доктора опубликовали результаты наблюдения 88 пациентов - из них у 20,4% поражения кожи были представлены эритемой, везикулами и уртикарными высыпаниями [11].

Группа врачей из Израиля, Канады и Италии, наблюдали 72 пациента с подтвержденным диагнозом COVID-19 и кожными высыпаниями. Полученные ими данные свидетельствуют о преобладании генерализованных эритематозных и эритематозно-папулезных высыпаний, несколько реже наблюдались везикулы и волдыри. Кроме того, у 15% пациентов отмечались болезненные красно-фиолетовые пятна, сетчатое ливедо - у 2%, петехии - 1% пациентов. Наиболее часто высыпания локализовались на коже туловища. Следует отметить, что 12,5% пациентов в данном исследовании, отмечали появление кожных высыпаний за несколько дней до появления респираторных симптомов [13,14].

В исследованиях Marzano A.V. и соавт указывается на папуло-везикулезные высыпания как специфичные для COVID-19 [11].

По мнению ряда авторов, важным является дифференциальная диагностика высыпаний при COVID-19 и других инфекционных экзантем [8,11,14].

В текущий момент, выделяют 5 типов поражения кожи у пациентов с COVID-19: ангииты кожи, папуло-везикулезные высыпания, папуло-сквамозные высыпания, трофические нарушения, токсикодермии.

Ангииты кожи - это группа заболеваний, в клинической и патоморфологической картине которых ведущим звеном выступает неспецифическое воспаление стенок сосудов дермы и гиподермы различного калибра. Данные, опубликованные различными авторами, свидетельствуют о развитии полиморфного ангиита, у пациентов с лабораторно подтвержденным диагнозом коронавирусная инфекция. На сегодняшний день нет единого мнения о патогенезе развития ангиитов кожи у пациентов с COVID-19. Развитие геморрагических высыпаний, по мнению многих авторов, связано с активацией циркулирующих иммунных комплексов, активацией цитокинов, гипоксией, микротромбозами, дегенерацией и некрозом клеток паренхимы, характеризующегося появлением пятен, папул, пустул, корок; сетчатого ливедо, папуло-некротического васкулита, пигментной пурпуры [1,10,12,13,15].

Следует отметить, что течение ангиитов кожи у данной категории пациентов характеризовалось острым началом, быстрым прогрессированием высыпаний, наиболее выраженное у пациентов с тяжелым течением COVID-19. Отдельные сведения, опубликованные в литературных источниках, свидетельствуют о появлении эритемы и петехий за несколько дней до появления респираторных симптомов заболевания [8,15]. При этом наиболее неблагоприятным прогностическим признаком принято считать появление цианоза [22].

Папуло-везикулезные высыпания у пациентов с COVID-19 напоминают высыпания при ветряной оспе и опоясывающем лишае.

Итальянскими дерматологами Recalcati S. с соавт. [10] описаны случаи появления акральных красно-пурпурных папул с последующим формированием геморрагических пузырьков у детей, с подтвержденным диагнозом COVID-19. Marzona A.V. et al. [11] у 54% пациентов отмечали высыпания, аналогичные ветряной оспе, гистологическое исследование

биоптата кожи у некоторых пациентов этой группы, подтвердило вирусную природу этих высыпаний. Отдельные авторы в своих наблюдениях также отметили, что появление вирусных экзантем можно считать редким, но достоверным клиническим проявлением заболевания. Следует отметить, что у данной категории пациентов субъективные ощущения отсутствовали или были выражены слабо, в целом течение кожного процесса было благоприятным. Распространение высыпаний многие пациенты связывали с появлением субфебрильной температуры и обильным потоотделением [1,4,8,10].

Испанскими докторами представлены фотодокументы пациентов с эритематозными акральными поражениями по типу «псевдообморожений» [16].

Одним из ранних клинических проявлений коронавирусной инфекции, по мнению ряда авторов, следует считать энантемы на слизистых, которые отмечаются у пациентов за 2-3 дня до появления других клинических симптомов [1,8,9].

Несмотря на то, что до 60% детей переносят инфекцию бессимптомно, это не исключает вероятность поражения кожи. Анализ клинических проявлений заболевания у детей показал развитие мультисистемного воспалительного синдрома, или Кавасаки-подобного синдрома, который характеризуется появлением полиморфных высыпаний на фоне лихорадки - пятна, папулы, отек ладоней и подошв, конъюнктивиты, лимфоаденопатия [15,17,18,19]. Кроме того, у 19% детей с подтвержденным диагнозом «коронавирусная инфекция» отмечено появление волдырей [22].

Французскими докторами отмечено преобладание папуло-сквамозных высыпаний, в частности, розового лишая Жибера. Клиническая картина дерматоза у пациентов отличается от классического течения отсутствием характерной «материнской бляшки» - эритематозного пятна с периферическим шелушащимся ободком, имеющего вид медальона. В то же время испанские доктора отмечали характерное распространение папуло-сквамозных высыпаний по линиям Лангера [20].

Трофические нарушения были отмечены у пациентов с тяжелым течением COVID-19, находящихся вынужденно длительно в прон-позиции [1,8].

Двойственное положение занимают уртикарные высыпания. Крапивницы у инфицированных пациентов могут быть как проявлением токсикодермии в ответ на проводимую терапию, так и акральное появление волдырей отмечено у пациентов в первые дни заболевания, и также может считаться маркером заболевания [1,8,15,21].

Отдельную группу высыпаний у пациентов с COVID-19 составляют лекарственные токсикодермии, которые вызваны проводимой терапией. Лекарственные токсикодермии - это одни из самых распространенных поражений кожи в ежедневной медицинской практике, но в то же время нередко трудные в диагностике. Факторы риска развития токсикодермий - самолечение, бесконтрольный прием лекарственных препаратов, внедрение в практику новых лекарственных средств, повторные курсы антибиотикотерапии - несомненно присутствуют в период пандемии [1,3,4,6,8,9,13,15,21].

Несомненно, что пандемия COVID-19 - это чрезвычайная ситуация во всем мире, поиск путей решения которой продолжается. Согласно прогнозам ООН, к 2050 году население земного шара может достичь 10 млрд. человек, это ускорит процессы урбанизации и миграции, а значит и дальнейший риск появления новых вирусов, а значит будут продолжены исследования поражений кожи у инфицированных пациентов, как один из возможных ранних симптомов заболевания.

Литература

1. Хрянин А.А., Стуров В.Г., Надеев А.П., Бочарова В.К. Кожные проявления при новой коронавирусной инфекции COVID-19, вызванной SARS-CoV-2 // Вестник дерматологии и венерологии.-2020; 96 (3): 53-62. https://doi.org/10.25208/vdv1141.

2. Никифоров В.В., Суранова Т.Г., Чернобровкина Т.Я. и др. Новая коронавирусная инфекция (COVID-19): клинико-эпидемиологические аспекты // Архив внутренней медицины.-2020; 10(2): 87-93. DOI: 10.20514/2226-6704-2020-10-2-87-93.

3. Всемирная организация здравоохранения. Клиническое руководство по ведению пациентов с тяжелой острой респираторной инфекцией при подозрении на инфицирование новым коронавирусом (2019-nCoV). Временные рекомендации. Дата публикации: 25 января 2020 г. [Электронный ресурс]. URL: http:// www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/-0020/426206/RUSClinical-Management-ofNovel_CoV_Final_without-watermark. pdf?ua=1. (дата обращения 23.03.2020 г.) World Health Organization. Clinical guidelines for the management of patients with severe acute respiratory infections with suspected infection with a new coronavirus (2019-nCoV). Temporary recommendations. Publication Date: January 25, 2020. [Electronic resource]. URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/426206/ RUS-Clinical-Management-ofNovel_CoV_Final_without-watermark. pdf?ua=1. (date of the application: 23.03.2020) [In Russian].

4. Guan WJ, Ni ZY, Hu Y, Liang WH, Ou CQ, He JX, et al. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China // N Engl J Med.-2020. [Epub ahead of print] https://doi.org/-10.1056/NEJMoa2002032.

5. The Novel Coronavirus Pneumonia Emergency Response Epidemiology Team. The Epidemiological Characteristics of an Outbreak of 2019 Novel Coronavirus Diseases (COVID-19) - China, 2020. China CDC Weekly. 2020;2(8):113–22. ttp://www.consultant.ru/document/-cons_doc_LAW_354163/.

6. Романов БК. Коронавирусная инфекция COVID-2019. Безопасность и риск фармакотерапии.-2020;8(1):3–8. https://doi.org/10.30895/2312-7821-2020-8-1-3-8.

7. Pneumonia of unknown cause – China // Disease outbreak news. 5 January 2020. WHO. https://www.who.int/csr/don/05-january2020-pneumonia-of-unkown-cause-china/en/.

8. Потекаев Н.Н., Жукова О.В., Проценко Д.Н. с соавт. Клиническая характеристика кожных проявлений при новой коронавирусной инфекции COVID-19, вызванной SARS-CoV-2 // Клиническая дерматология и венерология.-2020.-№3.-Т.21.- 43 с.

9. https://lenta.ru/news/2020/07/17/symptom/

10. Recalcati S Cutaneous manifestations in COVID-19: a first perspective // J Eur Acad Dermatol Venereol.-2020; 34(5): e212-e213. doi: 10.1111/jdv.16387.

11. Marzano A.V., Genovese G., Fabbrocini G. et al. Varicella-like exanthem as a specific COVID-19-associated skin manifestation: multicenter case series of 22 patients // J Am Acad Dermatol.-2020; 83(1):280-285. doi: 10.1016/j.jaad.2020.04.044.

12. Дворников А.С., Силин А.А., Гайдина Т.А. и др. Кожные проявления при коронавирусной болезни 2019 года (COVID-19) // Архив внутренней медицины.-2020; 10(6): 422-429. DOI: 10.20514/2226-6704-2020-10-6-422-429.

13. Sachdeva M., Gianotti R., Shah M., Lucia B., Tosi D., Veraldi S., Ziv M., Leshem E., Dodiuk-Gad R. Cutaneous manifestations of COVID-19: Report of three cases and a review of literature // J Dermatol Sci.-2020 (April 29).

14. Joob B., Wiwanitkit V. COVID-19 can present with a rash and be mistaken for dengue // J Am Acad Dermatol.-2020; 82 (May (5)): 177.

15. Плавунов Н.Ф., Кадышев В.А., Сидоров А.М. и др. Кожные проявления у пациентов с COVID-19 в практике скорой и неотложной медицинской помощи // Архив внутренней медицины.-2020; 10(3): 223-229. DOI: 10.20514/2226-6704-2020- 10-3-223-229.

16. C. Galvan Casas et al. Classification of the cutaneous manifestations of COVID-19: a rapid prospective nationwide consensus study in Spainwith 375 cases // British Journal of Dermatology.-2020.-183.-pp.71-77.

17. Усков А.Н., Лобзин Ю.В., Рычкова С.В., Бабаченко И.В., Федоров В.В. Особенности клинических проявлений и лечения заболевания, вызванного новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) у детей / Методические рекомендации, МЗ РФ, версия 2 (03.07.2020).

18. Улуханова Л.У., Починяева Л.М. Течение новой коронавирусной инфекции у детей: некоторые аспекты мониторинга заболеваемости и анализа летальности // Журнал инфектологии.-2020.-12,3 DOI: 10.22625/2072-6732-2020-12-3-12-20.

19. Зверева Н.Н., Сайфуллин М.А., Ртищев А.Ю., Шамшева О.В., Пшеничная Н.Ю. Коронавирусная инфекция у детей // Педиатрия им. Г.Н. Сперанского.-2020; 99 (2): 270-278.

20. Sanchez A, Sohier P, Benghanem S, L'Honneur AS, Rozenberg F, Dupin N, Garel B. Digitate Papulosquamous Eruption Associated With Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 Infection // JAMA Dermatol.-2020 Jul 1;156(7):819-820. doi: 10.1001/jamadermatol.-2020.1704.

21. Gunawan C, Angela A, Widysanto A. Urticarial eruption in coronavirus disease 2019 infection: a case report in Tangerang, Indonesia // J Eur Acad Dermatol Venereol.-2020 Aug;34(8):e372-e373. doi: 10.1111/jdv.16622. Epub 2020 Jun 4.

22. Гехт М. Проявления коронавируса: какие высыпания на коже должны насторожить? https://style.rbc.ru/health/5ed613e69a7947cba5c1ca07.

Түйіндеме

Бүгінгі күні коронавирустық инфекцияның клиникалық көріністерін зерттеу өзекті мәселелердің бірі болып табылады, мүмкін болатын көріністер туралы мәліметтерді, атап айтқанда терінің зақымдануы үнемі толықтырылып, жаңартылып отыр. Осы мақаланың мақсаты коронавирустық инфекциядағы терінің зақымдануы туралы тиісті әдеби деректерді жинақтау болды.

Түйінді сөздер: коронавирустық инфекция, терінің зақымдануы, тері ангиити, түйіншектер, көпіршікшелер, эритема.

Resume

To date, the study of clinical manifestations in coronavirus infection is one of the topical issues, data on possible manifestations, in particular skin lesions, is constantly being added and updated. The purpose of this article is to summarize the relevant literature data on skin lesions in coronavirus infection.

Key words: coronavirus infection, skin lesions, skin angiitis, papules, vesicles, erythema.

УДК 616.517-085

BIOLOGICAL THERAPY OF PSORIASIS (REVIEW)

Jumanova A. E. - dermatovenerologist;
Iskakova A. T.

Kazakh Scientific Center of Dermatology and Infectious Diseases of the Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan, Almaty
REPUBLIC OF KAZAKHSTAN

Annotation

Today, psoriasis is not only a dermatological diagnosis, but also a social one. Psoriasis is a multifactorial, non-infectious, systemic disease that affects the skin, nails, joints. High disability, recurrence, side effects during and after treatment cause enormous inconvenience to patients. The prevalence of the disease ranges from 1 to 5% of the population [1]. But medicine does not stand still. Biologicals are popular now on the pharmaceutical market. They have proven themselves both in dermatological practice and in rheumatology too.

Key words: psoriasis, biologicals, interleukins, immunosuppressants, PASI.

Biologicals are medicines that contain proteins made using recombinant DNA and hybridoma technologies. According to a study by Sbidian E, Chaimani A, Garcia-Doval I, Doney L, Dressler C, Hua C, Hughes C, Naldi L, Afach S, Le Cleach L, a number of biologics are the most effective systemic drugs for improving prevalence index and degree the severity of psoriasis (PASI) by 90% [2]. Also, there were no serious side effects after. It is important to note that psoriasis develops mainly due to the fault of an overactive immune system, which affects various organs and systems; for the treatment of moderate and severe forms of psoriasis, systemic therapy is used, consisting of two types: systemic immunosuppressants aimed at suppressing the immune system as a whole and genetically engineered biological drugs that block certain active elements of the immune system.

The main difference between biological therapy and systemic immunosuppressants is that biological therapy acts in a targeted and narrowly targeted manner on a specific link of inflammation, which is important in the development of psoriasis. Whereas systemic immunosuppressants destroy immune cells indistinctly. Biological preparations consist of antibodies - special proteins whose function is to identify and remove foreign antigens from the body. These proteins are synthesized in the laboratory, not by the person's own immune system. The first antibodies synthesized in the laboratory were entirely made up of mouse proteins. Over time, researchers have learned to replace some of the proteins in the murine antibodies with human protein components. A distinctive feature of biological therapy is safety in relation to healthy cells of the body. In addition, this therapy provides the fastest and most effective destruction of pathological agents.

Indications for treatment with genetically engineered biological drugs (GEBD): moderate and severe psoriasis and atopic dermatitis; patients, who do not have the effect of external therapy / systemic therapy / phototherapy; patients, who cannot achieve long-term remission of the disease; patients, who cannot control the course of the disease; patients with significant skin lesions, as well as with severe skin itching; patients, with psoriatic erythroderma, psoriatic arthritis, exudative and pustular psoriasis; patients, with “problem” localizations that significantly reduce the quality of life: open areas of the skin (especially the skin of the face), the scalp (especially the area of the edge of hair growth), skin folds and intimate area, psoriasis of the palms and / or soles, psoriasis of the nails.

Biological therapy is not suitable for patients with intolerance to the components of the drug; acute infectious diseases, including tuberculosis; oncological diseases.

The evolution of biological therapy follows the path of increasing the effectiveness and safety of drugs, as well as the convenience of their use by the patient. These drugs include ustekinumab, which is a human monoclonal antibody that blocks the biological activity of interleukins (IL) 12 and 23. Professor Luis PUIG (Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, Spain) drew the audience's attention to the latest data from international clinical trials of efficacy and the safety of ustekinumab in psoriasis and psoriatic arthritis [3]. An important advantage of a biological preparation, according to the professor, is the duration of the therapeutic effect. In the framework of the international prospective PSOLAR study, the safety profile and duration of use (resistance) of therapy in patients with psoriasis and psoriatic arthritis were studied. Ustekinumab was characterized by the highest treatment resistance compared with infliximab ($p=0.0014$), adalimumab ($p<0.0001$) and etanercept ($p<0.0001$). Thus, patients who received etanercept were five times more likely to discontinue treatment than those who received ustekinumab. Ustekinumab is reported to be used in Spain both as a first-line drug (most often in patients weighing no more than 90 kg) and in patients who have previously received treatment with tumor necrosis factor alpha blockers. Further, Professor L. Puig analyzed the safety profile of the drug ustekinumab. He noted that the PSOLAR registry assessed the incidence of cardiovascular risks, infectious complications and oncological diseases against the background of the use of biological and non-biological drugs. The average incidence of cardiovascular events for all drugs was 0.33 cases per 100 patient-years. Among the factors that increase this risk are male gender, old age, smoking. Biologics can increase the risk of severe infections. These studies showed that the highest infection rates were observed with infliximab (2.49) and adalimumab (1.97), and the lowest with ustekinumab (0.83 cases per 100

patient-years). Predictors of the development of severe infections are old age, diabetes, a history of other infectious diseases, and smoking.

According to the associate professor of the Department of Dermatovenereology with the Clinic of the First St. Petersburg State Medical University named after Academician I.P. Pavlov, head of the Center for Therapy with Genetically Engineered Biological Preparations, Ph.D. Marianna Mikhailovna Khobeysh, in patients with severe psoriasis and psoriatic arthritis, the risk of death is 50% higher, while in half of the cases it is due to cardiovascular disorders [3]. Typically, patients with moderate and severe psoriasis, psoriatic arthritis are prescribed basic anti-inflammatory drugs, methotrexin, cyclosporin A, synthetic retinoids, sulfasalazine, systemic photochemotherapy. With varying effectiveness, these immunosuppressive drugs and methods are not devoid of side effects, in particular, an increase in atherogenic risk and inducing hypertension. As a consequence, there are limitations in the application. That is why, when prescribing therapy, one should take into account not only the severity of psoriasis, psoriatic arthritis, but also the comorbid background.

It has been proven that pathogenetic therapy of psoriasis, psoriatic arthritis with genetically engineered biological drugs reduces the risk of developing comorbid diseases, in particular metabolic syndrome10, insulin resistance, type 2 diabetes mellitus. IL-12, -23 and -17, which play a key role in the pathogenesis of psoriasis. According to M.M. Hobeish, inhibitors of individual ILs are distinguished by a highly specific, more selective nature of their effect on the immunopathogenetic cascade. Currently, dermatologists have at their disposal only one representative of IL inhibitors - ustekinumab (IL-12/23 inhibitor). The drug is included in the list of vital and essential medicines (VED) and medical and economic standards for the treatment of psoriasis [3].

On the economic front, ustekinumab (Stelara®) is reported to have the lowest cost-effectiveness per patient with effect achieved when assessed on all PASI indices. Thus, ustekinumab (Stelara®) is the most rational biological drug for the treatment of moderate and severe forms of psoriasis from a clinical and economic point of view. The use of ustekinumab for the treatment of moderate and severe forms of psoriasis saves 2,824 rubles per patient per year, 16 427 tenge (0.2%) compared with adalimumab and 444 315 rubles, 2 584 837.23 tenge (27.3%) compared with infliximab [4].

Russian dermatologists also report the high efficacy of infliximab in moderate and severe psoriasis at a dose of 5 mg / kg according to the standard method. So, A.A. Kubanov et al. it was possible to achieve PASI 90 in 78% of patients already at the 14th week of therapy. At the same time, the authors noted a generally good tolerability of the drug. The effect of infliximab on PsA was demonstrated in the multinational, randomized, double-blind study IMPACT, which included 104 patients who had previously taken at least one disease-modifying drug. The first group of participants received infliximab according to the standard regimen, the second - placebo. By the 16th week, ACR20 was achieved in 65% of the study group and 10% in the control group. Canadian scientists have published data on the effectiveness of infliximab in the treatment of palmoplantar psoriasis. Of 24 patients at week 14, m-PPPASI 75 and m-PPPASI 50 were achieved in 33.3% and 66.7%, respectively. On average, the lesion area decreased by 50.3% compared with 14.3% in the placebo group [5]. The reported efficacy of ustekinumab in the treatment of psoriasis was studied in two large RCTs PHOENIX-1 (n=766) and PHOENIX-2 (n=1230), where ustekinumab was prescribed for moderate to severe psoriasis at a dose of 45 mg or 90 mg every 3 months. After the induction dose at 0 and 4 weeks. Due to its mechanism of action, treatment with ustekinumab can improve not only the clinical picture of severe psoriasis, but also active psoriatic arthritis. Gottlieb et al. the drug demonstrated the achievement of ACR20 at the 12th week of therapy in 42% of patients, while in the placebo group this figure was 14% [5].

Thus, with the invention of genetically engineered biological drugs and small molecules, undoubtedly, a new era began in the treatment of moderate and severe psoriasis: it became possible to more safely achieve complete cleansing of the skin from rashes while maintaining long-term remission. At the same time, due to the unclear etiology of psoriasis, there is still no universal remedy that would make it possible to cure every patient, which leads to the continuous conduct of

numerous clinical trials by scientists around the world in search of new, even more effective and safe drugs.

References

1. A.L. Bakulev, Yu.V. Shagova, I.V. Kozlova Psoriasis as a systemic pathology.

2. Sbidian E, Chaimani A, Garcia-Doval I, Doney L, Dressler C, Hua C, Hughes C, Naldi L, Afach S, Le Cleach L Systemic (oral or injectable) medications for psoriasis.-9 January 2020.

3. Biological therapy of psoriasis and psoriatic arthritis // XV All-Russian Congress of Dermatovenereologists and Cosmetologists. Satellite Symposium of Janssen, Moscow, June 25, 2015.

4. A. Kubanov, S. K. Zyryanov, D. Yu. Belousov Clinical and economic analysis of the use of biological drugs for the treatment of moderate and severe forms of psoriasis // Qualitative Clinical Practice.-2015.-N3.

5. Olisova O.Yu.1, Anpilogova EM. Systemic therapy of psoriasis: from methotrexate to genetically engineered biological drugs // Bulletin of Dermatology and Venereology.- 2020.- N3.- Volume 96.

ВАЖНОСТЬ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ (ОБЗОР)

Оспанова С.А. – зав. отдела последипломного образования;
Джуманова А.Е., Аринова А.Н.

РГП на ПХВ «Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний» МЗ РК г. Алматы
РЕСПУБЛИКА КАЗАХСТАН

Аннотация

На долю заболеваемости аллергическими заболеваниями приходится около 25-30% всех детей, согласно статистике ВОЗ. С взрослением этот показатель падает до 5-10%. Атопический дерматит, на сегодняшний день, считается междисцилинарной проблемой, так как пациенты наблюдаются и лечатся у разных специалистов (дерматологов, аллергологов – иммунологов, педиатров, пульмонологов, семейных врачей, гастроэнтерологов, терапевтов). Определение риска развития атопического дерматита на основе генетических тестов, основываясь на генетической предрасположенности пробандов, в разы повысит эффективность работы врачей с пациентами.

Ключевые слова: атопический дерматит, генетические исследования.

Атопический дерматит (АД) – это хроническое воспалительное заболевание кожи, генетически - предрасположенное, характеризующееся дисфункциями иммунологического и эпидермального барьеров, а также вовлечением в процесс факторов окружающей среды. В основе патогенеза АД лежит хроническое воспаление 2 типа, которое также называют Т2-воспалением. Согласно работе Nanette B. Silverberg, Jonathan I. Silverberg, АД подразделяется

на: «АД – снаружи-внутрь» и «АД-внутрь-снаружи» [1]. Первый вариант обусловлен нарушением эпидермиса, проникновением антигенов и последующее развитие Th2-воспаления. Второй вариант характеризуется активацией Th2 – лимфоцитов, активацией иммунных клеток и последующее вовлечение кожного процесса.

Особая роль отводится и IL-4 IL-13. В статье Dyjack N, Goleva E, Rios C, Kim BE, Bin L, Taylor P,Bronchick C, Hall CF, Richers BN, Seibold MA, Leung DYM была проведена минимальная инвазивня диагностика кожных лоскутов, которая показала что экспрессию 656 генов, включая сверхэкспрессию IL13, IL4R, CCL22, CCR4 , 2,0, 4,0 и 4,1 соответственно и на уровне пути активации TH2 / дендритных клеток [2]. Как экспрессия, так и иммуноокрашивание образцов кожной биопсии показали, что эта группа с высоким типом 2 была обогащена воспалительными дендритными клетками с дефектом типа 2, экспрессирующими FcεRI. Группа исследуемых, с высоким эндотипом 2-го типа, демонстрировала более тяжелое заболевание при использовании показателей площади атопии и индекса тяжести, а также площади поверхности тела, покрытой поражениями. В декабре, 2017 года, Jiang XY, Zhao JH, Yu CX, Fang L, Zheng XD, Yin XY, Wu YY, Tang XF, Zhou FS, Zhang XJ, Xiao FL., опубликовали данные исследования «Полногеномные Исследования Ассоциации» (ПИА), согласно которым среди ханьской популяции были выявлены локусы, ответственные за развитие атопии – это два восприимчивых локуса 5q31 и 5q22. Были исследованы 3013 людей, с атопическим дерматитом и 5483 здоровых человека [3].

Команда Nedoszytko B, Reszka E, Gutowska-Owsiak D, Trzeciak M, Lange M, Jarczak J, Niedoszytko M, Jablonska E, Romantowski J, Strapagiel D, Skokowski J,Siekierzycka A, Nowicki RJ, Dobrucki IT, Zaryczańska A, Kalinowski L., в своём исследовании описали роль эпигенетической модификации, как патогенетической основой развития АД. Такие модификации обусловлены симбиозом влияния факторов окружающей среды и ответной реакцией клеток организма [4].

Эпигенетические модификации в основном опосредуются метилированием ДНК, ацетилированием гистонов и действием специфической некодирующей РНК. Документально подтверждено, что профиль эпигенетических изменений у пациентов с АД отличается от такового у здоровых людей. Это относится к генам, влияющим на регуляцию иммунного ответа и воспалительных процессов, например, влияющим на смещение Th1 и способствующим ответам Th2, а также к генам врожденного иммунитета, а также к генам, кодирующим структурные белки эпидермиса. Таким образом, понимание эпигенетических изменений имеет решающее значение как для создания новых молекулярных классификаций атопического дерматита, так и для разработки индивидуальных стратегий лечения. Гены, ассоциированные с АД можно разделить на 5 групп:

ПАТОМЕХАНИЗМЫ АД	**ОТВЕТСТВЕННЫЕ ГЕНЫ**
Эпидермально-барьерные гены	Филаггрин, филаггрин 2, горнерин Корнеодесмосомные гены (десмоглеин, десмоколлин) и гены плотного соединения (клаудины, оклюдины) Гены эпидермальных протеаз (калликреины, катепсины, каспаза 14) и их ингибиторы (SPINK5, цистатин А) OVOL1 (ово-подобный репрессор транскрип-ции) - фактор транскрипции, регулирующий экспрессию филлагрина.
Гены, врожденного иммунитета	TLR1, TLR2, TLR4, TLR6, TLR9, TLR10, CD14, NOD1 и дефенсины (DEFB1)
Гены, адаптивных иммунных механизмов	Гены субъединиц рецептора IgE (FcεRI α і FCεRI-¥)

	Гены ответа Th2: IL-4, IL-5, IL-13, IL2RA, IL-13RA, IL-5RA, TSLPR, IL-4R, IL-18, IL-31. Другие гены Th bias IL17A, TNFα, IL-22 Гены Treg: STAT-6, FOXP3, LRRC32
Гены, кодирующие молекулярные фрагменты, ассоциированные с повреждением	IL-25, TSLP, IL-33
Гены, регулирующие метилирование ДНК	KIF3A
Гены, регулирующие каскад реакций витамина Д	CYP27A1, CYP2R1, VDR

В своей работе Sroka-Tomaszewska J, Trzeciak M. описали также эпигенетические модификации [5]. Важно отметить, что изменения в эпигеноме могут стать постоянными в следующих поколениях, а изменяющаяся среда влияет не только на постнатальный, но и на пренатальный период (рисунок 1).

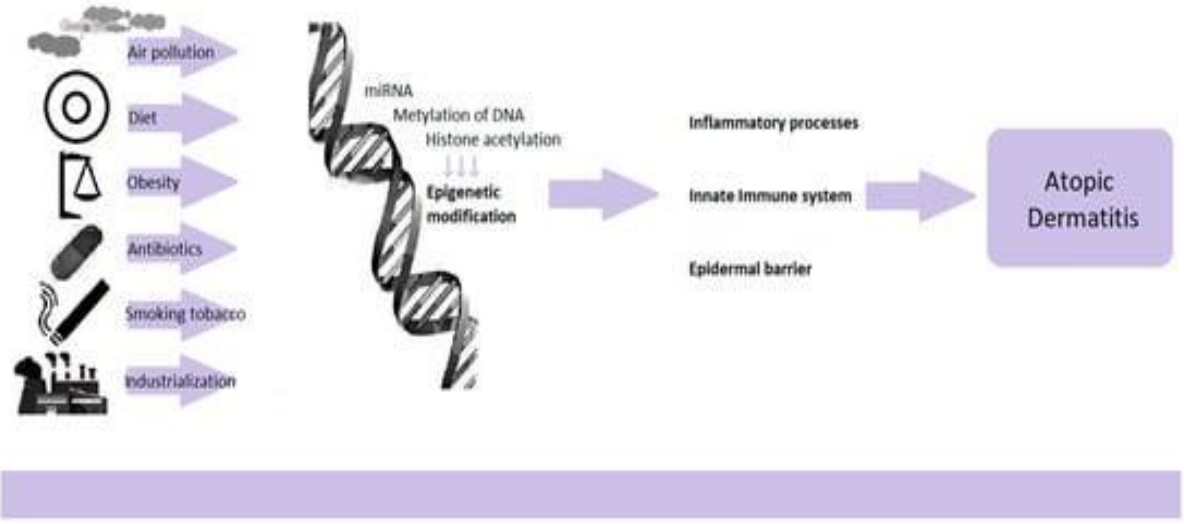


Рисунок 1 - Эпигенетическая регуляция в зависимости от факторов окружающей среды

Они также подчеркнули, что, если зная молекулы, ассоциированные с АД, можно с легкостью подобрать и соответствующее лечение, тем самым воздействуя на патогенетическое звено АД – таргетная, эндотип-специфическая терапия (рисунок 2).

Помимо детального исследования генов, модификационной изменчивости, проводились исследования и самого главного компонента при развитии АД - белка филлагрина. В статье Gupta J, Margolis DJ., посвященной о роли филлагрина говорится также о первых попытках его исследования (2006 год., Palmer), о роли в возникновении других нозологий и в возникновении «атопического марша». Основные исследования филлагрина это Полногеномные Ассоциированные Исследования (GWAS) и Копирование Внутригенных Вариаций (CNV). Если Полногеномные ассоциированные исследования (GWAS), которые являются агностическими по своей природе, исследуют весь геном и позволяют идентифицировать гены и варианты, которые ранее не были связаны с заболеванием, то Копирование Внутригенных Вариаций (CNV) – это исследование аллелей, которые могут иметь от 10 до 12 мономеров, причем количество копий пропорционально дозе гена. Таким образом, дефекты гена филлагрина остаются самым сильным выявленным генетическим фактором риска атопического дерматита [6].

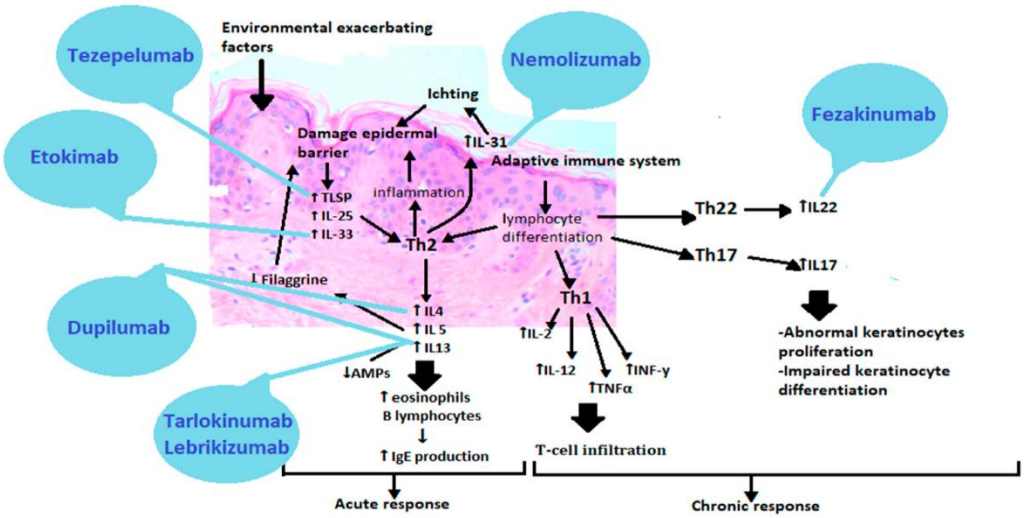


Рисунок 2 - Методы лечения, основанные на патогенезе атопического дерматита. TSLP (тимический стромальный лимфопоэтин), IL25 (интерлейкин 25), IL33 (интерлейкин 33), Th2 (Т-хелперные клетки 2), IL4 (интерлейкин 4), IL5 (интерлейкин 5), IL13 (интерлейкин 13), IL31 (интерлейкин 31) , Th1 (Т-хелперные клетки 1), IL2 (интерлейкин 2), TNFα (фактор некроза опухоли альфа), INFγ (интерферон гамма), Th22 (Т-хелперные клетки 22), IL22 (интерлейкин 22), Th17 (Т-хелперные клетки 17) , IL17 (Интерлейкин 17).

В заключении, необходимо подчеркнуть тот факт, что атопический дерматит является мультифакториальным дерматозом и социально-значимой проблемой. Задача врачей, как дерматологов, так и врачей смежных дисциплин вовремя выявить, облегчить течение болезни, достичь ремиссии. Благодаря генетическим диагностическим мероприятиям, можно оценить возможность проявления атопии у будущего поколения, выбрать правильную и рациональную патогенетическую (таргетную) схему лечения, определить и исключить влияние неблагоприятных внешних факторов-триггеров.

Литература

1. Nanette B. Silverberg, Jonathan I. Silverberg. Inside out or outside in: does atopic dermatitis disrupt barrier function or does disruption of barrier function trigger atopic dermatitis? // Cutis.-2015-12.-Т.96,вып.6.-С. 359-361.-ISSN 2326-6929.

2. Dyjack N, Goleva E, Rios C, Kim BE, Bin L, Taylor P, Bronchick C, Hall CF, Richers BN, Seibold MA, Leung DYM. Minimally invasive skin tape strip RNA sequencing identifies novel characteristics of the type 2-high atopic dermatitis disease endotype // J Allergy Clin Immunol.-2018 Apr;141(4):1298-1309. doi: 10.1016/j.jaci.2017.10.046. Epub 2018 Jan 6. PMID: 29309794; PMCID: PMC5892844.

3. Jiang XY, Zhao JH, Yu CX, Fang L, Zheng XD, Yin XY, Wu YY, Tang XF, Zhou FS, Zhang XJ, Xiao FL. Association analyses identify two susceptibility loci 5q31 and 5q22.1 for atopic dermatitis in Chinese Han population // Asian Pac J Allergy Immunol.-2017 Dec;35(4):196-202. doi: 10.12932/AP0869. PMID: 28364410.

4. Nedoszytko B, Reszka E, Gutowska-Owsiak D, Trzeciak M, Lange M, Jarczak J, Niedoszytko M, Jablonska E, Romantowski J, Strapagiel D, Skokowski J, Siekierzycka A, Nowicki RJ, Dobrucki IT, Zaryczanska A, Kalinowski L.Genetic and Epigenetic Aspects of Atopic Dermatitis // Int J Mol Sci.-2020 Sep 4;21(18):6484. doi: 10.3390/ijms21186484. PMID: 32899887; PMCID: PMC7554821.

5. Sroka-Tomaszewska J, Trzeciak M. Molecular Mechanisms of Atopic Dermatitis Pathogenesis // Int J Mol Sci.-2021 Apr 16;22(8):4130. doi: 10.3390/ijms22084130. PMID: 33923629; PMCID: PMC8074061.

6. Gupta J, Margolis DJ. Filaggrin gene mutations with special reference to atopic dermatitis. Curr Treat Options Allergy.-2020 Sep;7(3):403-413. doi: 10.1007/s40521-020-00271-x. Epub 2020 Jul 10. PMID: 33585163; PMCID: PMC7880084.

Аннотация

ДДҰ статистикасына сәйкес, аллергиялық аурулармен сырқаттанушылық үлесіне барлық балалардың шамамен 25-30%-ы келеді. Балалар өскен сайын бұл көрсеткіш 5-10% дейін төмендейді. Атопиялық дерматит бүгінде пәнаралық проблема болып саналады, өйткені, пациенттер әртүрлі мамандарда (дерматологтар, аллерголог – иммунологтар, педиатрлер, пульмонологтар, отбасылық дәрігерлер, гастроэнтерологтар, терапевттер) қаралып, емделеді. Атопиялық дерматиттің даму қаупін генетикалық тестілер негізінде, пробандалардың генетикалық бейімділігіне сүйене отырып, анықтау дәрігерлер мен пациенттердің жұмысы.

Негізгі сөздер: атопиялық дерматит, генетикалық зерттеу.

Annotation

The incidence of allergic diseases accounts for about 25-30% of all children, according to WHO statistic. This figure decreases to 5-10% while growing up. Today atopic dermatitis is considered an interdisciplinary problem, since patients are observed and treated by different specialists (dermatologists, allergists - immunologists, pediatricians, pulmonologists, family doctors, gastroenterologists, therapists). Determination the risk of developing atopic dermatitis based on genetic tests and genetic predisposition of probands will increase the efficiency of doctors' work with patients.

Key words: atopic dermatitis, genetic research.

УДК 616.31 (075.8)

ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОЛОСТИ РТА (ОБЗОР)

Искакова А.Т. - врач-дерматовенеролог, методист отдела последипломного образования;
Джуманова А.Е., Аринова А.Н.

РГП на ПХВ «Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний» МЗ РК г. Алматы
РЕСПУБЛИКА КАЗАХСТАН

Аннотация

Полость рта - одна из легкодоступных и видимых областей для осмотра. На долю заболеваемости только пародонта приходится примерно 98% людей в мире. И это, не говоря о сопуствующих заболеваниях, в т.ч. со стороны слизистой оболочки. Ротовая полость населена множеством бактерий, также является местом обработки пищи, как механической, так и ферментативной. Анатомия и физиология полости рта обусловлены развитием характерных высыпаний на слизистой. Актуальность темы подтверждается тем, что заболевания полости рта встречаются в практике врача – дерматолога, врача-стоматолога, врача-отоларинголога и челюстно-лицевые хирурги. Специалисты данных областей должны

проводить полноценную лингводиагностику, дифференцировать патологические слизистые процессы, и решить вопрос о дальнейшем введении и лечении пациента.

Ключевые слова: слизистая полости рта, стоматит, хейлит, заболевания полости рта, оральные поражения

Слизистая полости рта – это участок переднего отдела пищеварительной системы. Именно ротовая полость служит местом приема пищи, местом переваривания, и дальнейшим продвижением в пищеварительный тракт. Характерные особенности слизистой оболочки ротовой полости: наличие многослойного плоского неороговевающего эпителия толщиной 180-550 мкм, отсутствие мышечной пластинки, а также отсутствие на некоторых участках подслизистой основы; в таких случаях слизистая оболочка лежит непосредственно на кости или на мышцах и твёрдо сращена с ниже лежащими тканями. Розовый цвет обусловлен наличием большого числа капилляров [1].

Заболевания слизистой полости рта можно разделить на следующие группы: бактериальные и вирусные заболевания (ветряная оспа, вирус Коксаки, скарлатина, коронаровирусная инфекция), заболевания, передающиеся половым путем (СПИД, сифилис); грибковые поражения (микотические поражения); аллергические заболевания (многоформная экссудативная эритема, синдром Стивенса-Джонсона, синдром Лайелла, синдром Бехчета, Пеутца-Турена-Егерса синдром); аутоимунные заболевания (красный плоский лишай, псориаз, пузырчатка, пемфигоид).

При ветряной оспе, слизистая полости рта, представлена везикулами. Размеры с булавочной головки до чечевидного зерна, округлой формы. Момент появления сыпи и лихорадки наступает одновременно [2]. Энтеровирусная инфекция («рука-нога-рот») обусловлена возникновением на слизистой полости рта энантем, которые часто болезненны и нередко напоминают кандидозный стоматит. При скарлатине, сыпь также по типу энантем, но мелкоточечная и язык носит название «малинового языка», из-за окраса. При коронаровирусной инфекции, поражения слизистой характеризуются энантемой. Энантема при COVID-19 делится на 4 типа: петехиальные, макулярные, смешанные и эритемо-везикулярные (рисунок 1).

Клиническая картина экзантема и энантема у пациента с тяжелым острым респираторным синдромом, инфицированным коронавирусом. У этого пациента наблюдались сливающиеся пурпурные пятна, распределенные перифлексурально, в основном вокруг ягодиц и паховой области (A), и энантема на твердом и мягком небе, состоящая из петехий миллиметрового размера без эритемы (B).

Как правило, при инфекционных заболеваниях, передающихся половым путем, клиника поражения слизистой полости рта разнообразна. Это объясняется осложнением из-за микст-инфекций, резистентностью к антибактериальным препаратам, иммунодефицитные состояния. СПИД (терминальная стадия ВИЧ-инфекции) представлен не только кожным процессом, но и поражением слизистой полости рта: саркома Капоши, кандидоз слизистой

Рисунок 1 – А - вид экзантемы сбоку. В - энантема

оболочки, волосатая лейкоплакия, язвенно-некротический гингивит [4,5]. Саркома Капоши - локализация: слизистая оболочка мягкого и твёрдого нёба, щёк, языка, губ. В дебюте заболевания возникают пятна буро-красного или фиолетового цвета. Далее последующая инфильтрация с образованием опухолевидных образований. Внешне напоминают гемангиому, на десне похожи на эпулид, но синего цвета (рисунок 2).

Рисунок 2 - Саркома Капоши

Кандидоз слизистой оболочки полости рта при СПИД – белый налёт тесно прилегает с подлежащей слизистой оболочкой и не снимается при поскабливании. После трения и удаления налёта, образуются кровоточащие язвы (рисунок 3).

Наличие «волосатой лейкоплакии» всегда подтверждает точное инфицирование ВИЧ-инфекцией. Волосатая лейкоплакия представлена на боковой поверхности языка, реже на слизистой оболочке щёк. Клинически волосатая лейкоплакия это ороговевшие мелкие сосочки боковой поверхности языка, как бы волосков. Волосковые разрастания, как правило, имеют длину от нескольких миллиметров до 1 см. Жалобы обычно отсутствуют (рисунок 4).

Для язвенно-некротического гингивита характерно изъязвление и некроз десневых сосочков и маргинальной десны. Возможны спонтанные кровотечения (рисунок 5).

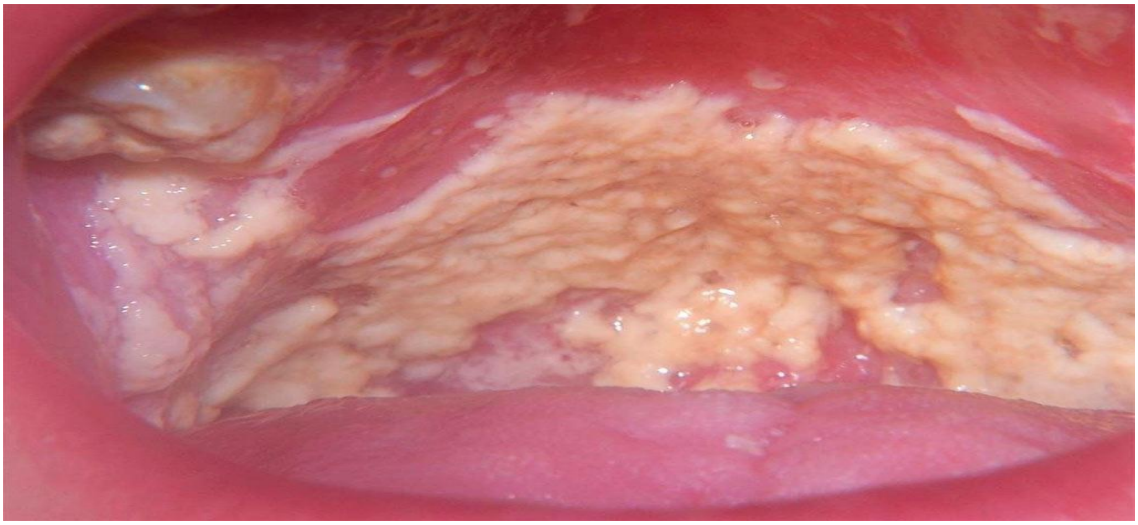


Рисунок 3 - Кандидоз слизистой оболочки рта

Рисунок 4 - Волосатая лейкоплакия

Рисунок 5 - Язвенно-некротический гингивит

Сифилис полости рта возникает при вторичном сифилисе. Патологический процесс представлен в виде пятнистого сифилида (розеола) или папулезного сифилида. Высыпания округлой или овальной формы, диаметром около 1 см. Локализация – язык, миндалины, небные дужки, десна и линия смыкания зубов (рисунок 6) [6].

Микотические поражения оральной полости зависят от вида кандидоза, от степени тяжести и распространения воспалительного инфекционного процесса. Характерными признаками являются:

- белый налёт, покрывающий слизистые оболочки ротовой полости (обычно он имеет творожистую структуру и легко снимается, открывая гиперемированные участки, напоминающие небольшие раневые поверхности); гиперемия (слизистые оболочки обретают алый яркий оттенок, истончаются);

- жжение, зуд. Сухость во рту, трещины на губах и в уголках рта [7].

Аллергодерматозы характеризуются разнообразным течением и полиморфизмом кожных элементов. При многоформной экссудативной эритеме на слизистой полости рта можно встретить болезненные эрозии, афты, язвы, волдыри и субэпителиальные пузыри [8]. Синдромы Лайелла и Стивенса-Джонсона по течению схожи. В обоих случаях буллезные поражения слизистых оболочек. Однако, синдром Лайелла связан с приемом медикаментов, а начало синдрома Стивенса-Джонсона связано с ОРВИ. При синдроме Бехчета на слизистой полости рта имеются рецидивирующие болезненные язвы в полости рта, напоминающие афтозный стоматит [9].

Синдром Пейтца-Йегерса - аутосомно-доминантный тип наследования, характеризующейся развитием множественных гамартомных полипов в желудке, тонкой и толстой кишке, а также очагов пигментации на коже и слизистых. На коже и слизистых выявляются гиперпигментированные пятна – в особенности, вокруг рта, на губах и деснах, кистях и сто-

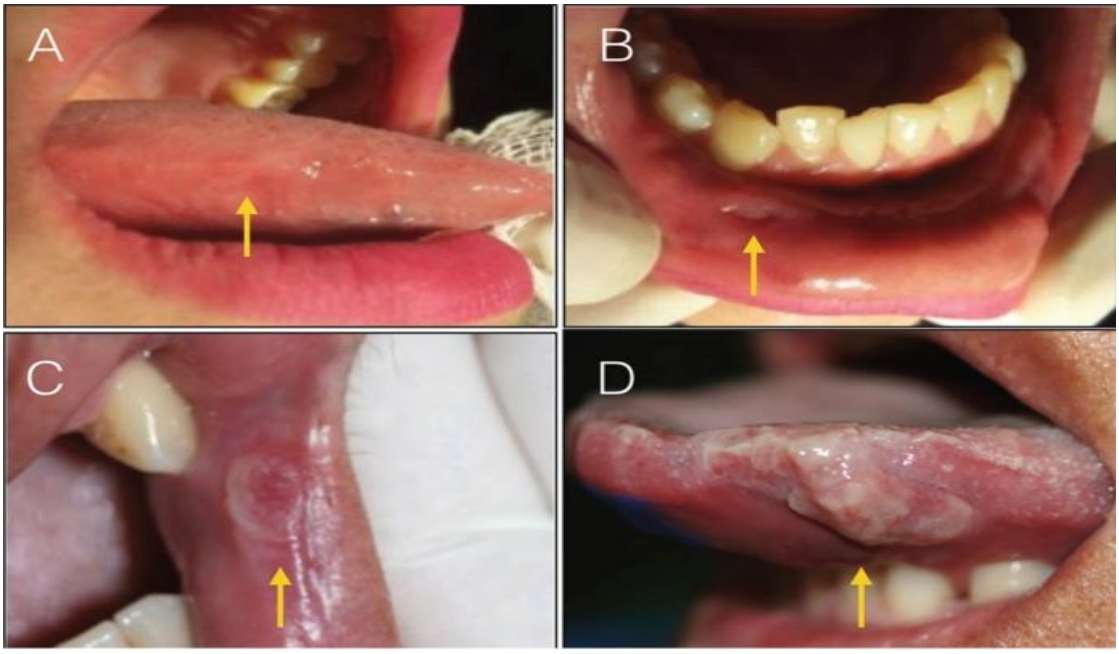


Рисунок 6 - Различные виды клинических проявлений вторичного сифилиса:
(A) Серовато-белый поражение на боковой границе правого языка;
(B) Циркулярная язва, четко очерченная на бессимптомной слизистой оболочке нижних губ;
(C) Язвенное поражение с фибринозными границами на спайке губы;
(D) Обильная слизистая пластинка на языке (слева) вызвала увеличение объема поверхностного рельефа языка.

пах (рисунок 7). Пятна могут разрешаться в пубертатном возрасте, за исключением располагающихся на слизистой щек [10].

Рисунок 7 - Синдром Пейтца-Йегерса

Этиология аутоиммунных заболеваний до конца не выяснена, что вызывает некоторые трудности в плане терапии. Красный плоский лишай - это как правило, единичные высыпания, очень редко встречаются множественные очаги. Локализация высыпаний очень многообразна, а морфология высыпаний разнообразна еще более. Выделяют шесть

морфологических типов поражения слизистой оболочки полости рта: ретикулярная, бляшкообразная, атрофическая, папулезная, эрозивная и буллезная [11].

Псориаз языка довольно редко встречаемый случай. Однако, в статье Флейшер Г.М., был описан именно клинический случай псориаза языка. Патологический процесс представлен мономорфной сыпью, состоящей из плоских папул, склонных к слиянию в крупные бляшки розового цвета, покрытые чешуйками [12].

Пузырные дерматозы наиболее часто поражают слизистые оболочки ротовой полости. Исход всегда разный – состояние может быть обратимым, с периодами улучшения, так и вплоть до летальных случаев. При пемфигоиде слизистая оболочка ротовой полости покрыта буллами, диаметром ≥ 10 мм. Примерно у половины пациентов только эрозии полости рта, которые разрываются и остаются как хронические болезненные поражения на различные периоды времени. Часто поражения полости рта предшествуют поражениям кожи. Частыми симптомами являются дисфагия и сниженная способность к пероральному приему пищи, потому что поражения также могут возникать на слизистой оболочке верхней части пищевода. При вульгарной пузырчатке дебют заболевания начинается именно в ротовой полости, поэтому пациенты начинают лечиться у врача-стоматолога, либо у врача-отоларинголога. Пузыри при пемфигоиде напряжены, на гиперемированном фоне. При вульгарной пузырчатке, пузырь не напряжен, кожа в основании не изменена [13].

Таким образом, заболевания полости рта являются серьезной проблемой для клиницистов и конечно же пациентов. Затрудненность при питании, глотании, проблемы с разговорной речью, болевой синдром, а главное риск осложнений могут привести к серьезным последствиям, инвалидизации, не говоря уже о том, что человек выпадает из социальной жизни. Такие заболевания встречаются в практике врачей смежных специальностей. Вовремя отдифференцировать, установить диагноз и решить дальнейшую тактику - важная и непростая задача. Постоянные теория и практика, совместные разборы и консилиумы врачей-коллег, осведомленность пациентов (скрининги, школы здоровья) - это необходимые меры и профилактика таких сложных клинических задач.

Литература

1. Сапин М.Р., Билич Г.Л. Анатомия человека: в 3-х тт. Т. 2. 3-е изд.-М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.-496 с.-ISBN 978-5-9704-1373-9.

2. Сергиенко Е.Н. Современный взгляд на ветряную оспу у детей // Международные обзоры.-2017.-№2.

3. Saguil A, Kane SF, Lauters R, Mercado MG. Hand-Foot-and-Mouth Disease: Rapid Evidence Review // Am Fam Physician.-2019 Oct 1;100(7):408-414. PMID: 31573162.

4. Дубровская Ю.В. Проявления ВИЧ в полости рта.

5. Taylor M, Raja A. Oral Candidiasis.-2021 Jul 25. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 Jan. PMID: 31424866.

6. de Andrade RS, de Freitas EM, Rocha BA, Gusmao ES, Filho MR, Junior HM. Oral findings in secondary syphilis // Med Oral Patol Oral Cir Bucal.-2018 Mar 1;23(2):e138-e143. doi: 10.4317/medoral.22196. PMID: 29476680; PMCID: PMC5911365.

7. Hellstein JW, Marek CL. Candidiasis: Red and White Manifestations in the Oral Cavity. Head Neck Pathol.-2019 Mar;13(1):25-32. doi: 10.1007/s12105-019-01004-6. Epub 2019 Jan 29. PMID: 30693459; PMCID: PMC6405794.

8. Trayes KP, Love G, Studdiford JS. Erythema Multiforme: Recognition and Management // Am Fam Physician.-2019 Jul 15;100(2):82-88. PMID: 31305041.

9. Hatemi G, Seyahi E, Fresko I, Talarico R, Hamuryudan V. One year in review 2020: Behcet's syndrome // Clin Exp Rheumatol.-2020 Sep-Oct;38 Suppl 127(5):3-10.

10. Clinical guidelines from the American College of Gastroenterology about genetic testing and management of hereditary gastrointestinal cancer syndromes 2019.

11. 1016/j.jfma.2018.01.021. Epub 2018 Feb 19. PMID: 29472048.

12. Флейшер Г.М. Клинический случай псориаза языка. Epub 2020 Dec 10. PMID: 33331271.

13. Hammers CM, Stanley JR. Mechanisms of Disease: Pemphigus and Bullous Pemphigoid // Annu Rev Pathol.-2016 May 23;11:175-97. doi: 10.1146/annurev- pathol-012615-044313. Epub 2016 Feb 22. PMID: 26907530; PMCID: PMC5560122.

Аннотация

Ауыз қуысы - тексеруге оңай қол жетімді және көрінетін аймақтардың бірі. Тек пародонт ауруымен ауыру үлесіне әлемдегі адамдардың шамамен 98%-ы келеді. Бұл ілеспе аурулар туралы, оның ішінде шырышты қабық ауруын айтпағанда. Ауыз қуысында көптеген бактериялар мекендейді, сонымен қатар механикалық және ферментативті тағамдарды өңдейтін орын болып табылады. Ауыз қуысының анатомиясы мен физиологиясы шырышты қабыққа тән бөртпелердің дамуына негізделген. Тақырыптың өзектілігі ауыз қуысының аурулары дерматологтың, стоматологтың, отоларингологтың және жақ – бет хирургтарының тәжірибесінде кездесетіндігімен расталады. Осы салалардың мамандары толыққанды лингводиагностика жүргізіп, патологиялық шырышты процестерді саралап, пациентті одан әрі жүргізу және емдеу туралы мәселені шешуі керек.

Түйінді сөздер: ауыз қуысының шырышты қабаты, стоматит, хейлит, ауыз қуысының аурулары, ауыз қуысының зақымдануы.

Annotation

The oral cavity is one of the easily accessible and visible area for inspection. Periodontal disease alone affects about 98% of people in the world. The oral cavity is inhabited by many bacteria, it is also a place for food processing, both mechanical and enzymatic. The anatomy and physiology of the oral cavity are due to the development of characteristic rashes on the mucous membrane.The immediacy of the problem is confirmed by the fact that diseases of the oral cavity are found in the practice of a doctor - dermatologist, dentist, otolaryngologist and maxillofacial surgeons. Specialists in these areas should carry out full-fledged linguodiagnostics, differentiate pathological mucous processes, and decide on the further scheme and treatment of the patient.

Key words: oral mucosa, stomatitis, cheilitis, diseases of the oral cavity, oral lesions.

ПОДОЛОГИЧЕСКИЕ РЕШЕНИЯ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОБЛЕМ (ОБЗОР)

Аринова А.Н. - врач-дерматовенеролог отдела последипломного образования;
Джуманова А.Е.

РГП на ПХВ «Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний» МЗ РК, г.Алматы
РЕСПУБЛИКА КАЗАХСТАН

Аннотация

Подология - это дисциплина, объединившая в себе навыки дерматологии, хирургии, эндокринологии, флебологии и ортопедии. В компетенцию подологии входит лечение

заболевания стоп и ногтей, таких как: грибковые заболевания (лечение «пустот» - онихолизис), диабетическа стопа, вросший ноготь, бородавки и мозоли, деформирование ногтевой пластины, патологические наросты, трещины, панариций и паронихий. Профильный врач-подолог специализируется в области медицинского педикюра, выявляет патологии стопы, а также в необходимых случаях направляет на консультации смежных специалистов для подбора эффективного лечения.

Ключевые слова: подология, грибок ногтей, бородавки, кератодермия, ногтевая пластина.

На долю заболеваний стоп и ногтей в дерматологии приходится около 70% заболеваний. Нередко требуется срочное вмешательство и подологическая помощь, так как заболевания прогрессируют быстро и доставляют множество неудобств пациенту. В дерматологии, консультация врача дерматолога-подолога необходима при следующих патологиях: грибковые поражения ногтей, контагиозный моллюск стоп (встречается редко), омозолелость, трещины, кератодермии, вирусные бородавки. Диагностика врача дерматолога-подолога включает в себя сбор жалоб и анамнеза, осмотр очага поражения. Уже установив диагноз, врач приступает непосредственно к лечению, где ключевой лечебной процедурой является медицинский педикюр. При выполнении медицинского педикюра выполняется аппаратная обработка стоп и ногтей и нанесение лекарственных средств.

На сегодняшний день, контагиозный моллюск стоп встречается редко. В 2012 году, Коэн и Чен изучили литературу и обнаружили 35 зарегистрированных случаев на подошве стопы. С тех пор было зарегистрировано 2 новых случая, включая кейс Firestone L, Mirkin G, Hao X., 2020 года. Доступны несколько вариантов лечения, в том числе физическое удаление поражений путем кюретажа или криотерапии, импульсная лазерная терапия, электродессикация или ручное выдавливание центральной части; химическая цитодеструкция химиотерапевтическими средствами (например, гидроксидом калия, салициловой кислотой, местными ретиноидами, раствором кантаридина и кремом подофиллотоксина); и иммуномодулирующая терапия имиквимодом и интерфероном альфа внутри очага поражения. Из-за самоограниченного характера моллюска выбор лечения должен основываться на местоположении, размере, количестве поражений, возрасте пациента и общем состоянии здоровья, а также минимальном риске побочных эффектов от лечения, таких, как рубцы и боль. Хирургическое удаление имеет терапевтическое и диагностическое значение. Любая часть поражения МС, оставшаяся после иссечения или биопсии, может быть подвергнута дальнейшему лечению с помощью физической, химической или иммунной терапии [1].

При грибковых поражениях ногтевой пластины, подологу необходимо также установить точный диагноз и провести дифференциальную диагностику. Все это подтверждает обнаружение элементов грибка в лабораторных исследованиях. Лечение назначается совместно с дерматологом-микологом с учетом формы заболевания, остроты и распространенности процесса. Терапия пораженных ногтей проводится кератолитическими пластырями, фунгицидными жидкостями и мазями (как при рубромикозе). Непременным условием успеха терапии является удаление пораженных ногтевых пластинок после размягчения кератолитическими препаратами и тщательное лечение ногтевого ложа фунгицидными препаратами. Согласно исследованию Dars, S., Banwell, H. A., Matricciani, L. терапия противогрибковых препаратов эффективна при применении мочевины. Мочевина более 30%, считается кератолитиком, который смягчает и увлажняет ногтевую пластину, растворяя кератин в ногтях и, таким образом, усиливая проникновение лекарственного средства и способствуя удалению пораженных ногтей [2,3]. В подологической практике, применяются также противогрибковые лаки. Лак «Офломин" активен в отношении дерматофитов - Trichophyton spp., Microsporum spp., Epidermophyton spp; дрожжевых грибов - Candida spp., Cryptococcus spp., Malassezia spp. (Pityrosporum spp.); плесневых грибов - Alternaria spp., Scopulariopsis spp., Hendersonula spp.; грибов из семейства Dematiaceae -

Cladosporium spp., Fonsecaea spp., Wangiella spp.; диморфных грибов - Coccidioides spp., Histoplasma spp., Sporothrix spp. Лак «Офломин» обладает высокой пенетрацией в ногтевую пластинку: при нанесении на ногти проникает в ногтевую пластинку и далее в ногтевое ложе (практически полностью в течение первых 24 часов). Эффективная концентрация сохраняется в пораженной ногтевой пластинке в течение 7-10 дней уже после первой аппликации [4].

Удаление мозолей и натоптышей проводится с помощью насадок-фрезей и скальпеля. Пациенту объясняется базовые рекомендации: соблюдение гигиены ног, подбор правильной обуви с ортопедической основой, использование носков из хлопчатобумажной ткани. Натоптыши удаляются с помощью кругло-овальных, полых, овальных и почковидных фрезей. Стержневые мозоли удаляются при помощи круглых фрезей с продольной и поперечной насечками [5]. В некоторых случаях, можно применить и мочевину как кератолитик и обойтись без удаления. У ISIS PHARMA, в линейке представлен Urelia 50 - увлажняющий кератолитический бальзам (50% мочевины). С активными компонентами: мочевина 50% (оказывает интенсивное кератолитическое (отшелушивающее) действие, противогрибковое действие), запатентованный комплекс аминокислот (восстанавливает естественную барьерную функцию кожи, увлажняет и смягчает, создает барьерную гидро-липидную пленку, уменьшающую потерю влаги), альфа-гидроксидные кислоты: (отшелушивающие свойства), натрия хлорид (оптимизирует эффективность мочевины), глицерин + вазелин + масло ши (смягчает кожу). Данный гель наносится под пластырь на ночь от 7-10 дней.

Нередко подошвенная кератодермия может усложниться и привести к развитию трещин. При лечении кератодермии уместно применение мочевины. Мочевина как кератолитик, эффективнее салициловый кислоты. Благодаря выраженным гигроскопическим свойствам, мочевина значительно увеличивает содержание воды. Более эффективны мази с 5% мочевины, нежели 2% мази только увлажняют, а 10% составы дают отшелушивающий эффект. Таким образом, 5% мазь с мочевиной и увлажнит, и отшелушит одновременно [6].

При возникновении трещин, врач дерматолог-подолог устанавливает причину возникновения. Обработка трещин непосредственно выполняется вращающимися инструментами, которые истончают жесткие края трещины. Далее для регенерации очага, врач дерматолог-подолог накладывает компресс с лекарственным веществом на поврежденные зоны. После наносится увлажняющий крем. Так как, одна из причин трещин обусловлена неправильной нагрузкой на стопы, пациенту рекомендуется подбор средств защиты – пластыри, супинаторы, либо ортезы [4].

Вирусные бородавки стоп представляют значительный риск осложнений. В виду большой травматизации (нагрузка при ходьбе и беге) и риска малигнизации, вирусные бородавки необходимо всегда дифференцировать. Здесь важна совместная работа врача дерматолога-подолога и врача-дерматоонколога для проведения дифференциальной диагностики. Удаление вирусных бородавок проводится с помощью лазера и методом криодесктрукции. Местно - противовирусные средства и заживляющие крема или мази.

Таким образом, применение подологических решений в клинической практике дерматолога актуально и инновационно. Пациенты с заболеваниями кожи стоп и ногтей должны быть детально обследованы и пролечены, в виду большого риска осложнений: нагрузка на позвоночник, смещение внутренних органов, малигнизация элементов на коже стоп и пальцев, занесение инфекции. Благодаря современным аппаратным методикам и большому выбору лекарственных средств курс лечения проходит безболезненно и достаточно эффективно.

Литература

1. Firestone L, Mirkin G, Hao X. Molluscum Contagiosum on the Sole of the Foot in an Elderly Patient: A Case Report // Am J Case Rep.-2020 Sep 17;21:e923777. doi:10.12659/AJCR.923777. PMID: 32941406; PMCID: PMC7520870.

2. Tinley PD, Eddy K, Collier P. Contaminants in human nail dust: an occupational hazard in podiatry? // J Foot Ankle Res.-2014 Feb 20;7(1):15. doi:10.1186/1757-1146-7-15. PMID: 24552311; PMCID: PMC3937521.

3. Dars, S., Banwell, H. A., Matricciani, L. 2019/04/11, Journal of Foot and Ankle.

4. Санкт-Петербургские дерматологические чтения: материалы IX Российской научно-практической конференции / Под ред. проф. Самцова А.В., проф. Соколовского Е.В., проф. Разнатовского К.И.-СПб.: Изд-во «Человек и его здоровье», 2015 г.

5. Информация с сайта "Вестник подологии" http://podology.pro/articles/praktika/mozoli-instrumenty-dlya-obrabotki.php.

6. Лукьянова Е.Н., Корсунская И.М., Невозинская З.А., Галиева Н.В., Пирузян А.Л. Особенности терапии кератодермий, осложненных микозом // Фармакотерапия в дерматовенерологии.-2020.

Аннотация

Подология - бұл дерматология, хирургия, эндокринология,флебология және ортопедия дағдыларын біріктіретін пән. Подологияның құзыретіне аяқтар мен тырнақтардың ауруларын емдеу кіреді, мысалы: саңырауқұлақ аурулары ("қуыстарды" емдеу - онихолиз), диабеттік аяқ, тырнақ, сүйел және жүгері, тырнақ пластинасының деформациясы, патологиялық өсінділер, жарықтар, панариций және паронихий. Бейінді дәрігер-подолог маманданған медициналық педикюр, анықтайды патология табан, сондай-ақ, қажет болған жағдайларда направляет консультациялар аралас мамандар таңдау үшін тиімді емдеу.

Түйінді сөздер: подология, тырнақ саңырауқұлақтары, сүйелдер, кератодерма, тырнақ пластинасы.

Annotation

Podology is a discipline that combines the skills of dermatology, surgery, endocrinology, phlebology and orthopedics. The competence of podology includes the treatment of diseases of feet and nails: fungal diseases (treatment of "voids" - onycholysis), diabetic foot, ingrown nail, warts and calluses, deformation of the nail plate, pathological growths, cracks, felon and paronychia. The doctor - podiatrist specializes in the field of medical pedicure, identifies foot pathologies, and, if necessary, directs related specialists to consultations to select an effective treatment.

Key words: podology, nail fungus, warts, keratoderma, nail plate.

УДК 616.5-009.613

ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАЗОМ (ОБЗОР)

Дуйсенова А.М. – врач-резидент дерматовенеролог

РГП на ПХВ «Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний» МЗ РК, г. Алматы
РЕСПУБЛИКА КАЗАХСТАН

Резюме

У пациентов, страдающих псориазом отмечается снижение качества жизни. Эмоциональные и социальные последствия псориаза не следует недооценивать. Показатели стресса выше среднего по шкале реактивности стресса свидетельствуют об ухудшении качества жизни, связанном с болезнью.

Ключевые слова: псориаз, психическое здоровье, качество жизни.

Псориаз - заболевание кожи, которое поражает приблизительно 3,8 % населения мира и является причиной большого дискомфорта для пациентов. Известно, что существует генетическая предрасположенность, связанная с псориазом. Около 35% пациентов с псориазом имеют одного или несколько членов семьи с данным заболеванием. Развитие псориаза возможно в любом возрасте, но тем не менее исследования показывают, симптомы псориаза обычно появляются от 15 до 35 лет [1].

Целью данной работы является выявить связь между псориазом и психикой пациента.

Информационной базой для данной статьи послужили исследования ведущих мировых авторов из Medline, eLibrary.ru за последние 15 лет.

Психодерматология - научное направление, возникшее на стыке психиатрии и дерматологии. Она изучает связь между кожными и психическими болезнями, которые нередко развиваются у одного и того же пациента одновременно [2].

В первой половине XX века проблема сочетанного течения дерматологических и психических заболеваний периодически освещалась в научной литературе [3,4], однако серьезных исследований в этой области не проводилось [3]. После 1960 года интерес к направлению резко возрос.

Влияние состояния кожи на состояние психики во многом обусловлено индивидуальными особенностями пациентов. Некоторые из них могут переживать из-за небольшого покраснения кожи, другие - сохранять позитивный настрой даже при диагностировании кожного заболевания [5].

Манипуляции, которые они производят с кожей и ее производными (ногтями, волосами), направлены на то, чтобы справиться с сильными неконтролируемыми эмоциями или тревогой. Как правило, указанные состояния возникают при диссоциативных и обсессивно-компульсивных расстройствах. Такое поведение может приводить к самоиндуцированным кожным заболеваниям, в том числе артифициальному дерматиту, щипательной болезни, онихофагии, трихотилломании [6].

Вследствие низкой осведомленности дерматологи редко направляют пациентов к психологам. Так, опрос врачей данной специализации в Нидерландах выявил, что в год в среднем восемь пациентов получили направление к психологу или психиатру [7]. Однако многие заболевания не только обостряются в результате стресса, но и сами вызывают стресс, став одновременно его причиной и следствием [8]. Именно поэтому для успешного лечения недостаточно диагностировать патологию, нужно понять, насколько сильный стресс испытывает пациент, каковы его причины, насколько болезнь влияет на жизнь и активность больного [8].

Кожа выполняет различные функции. Во-первых, это крупный сенсорный орган, участвующий в передаче информации в центральную нервную систему о температуре, прикосновениях, болезненных воздействиях и т.д. Нервная система реагирует на указанные раздражители, в том числе через кожу (например, контролирует работу потовых желез) [9]. Во-вторых, это физический и химический барьер между внутренней средой организма и внешней средой [10]. Взаимосвязь между психикой и состоянием кожи может быть частично объяснена взаимоотношением нейроэндокринной и иммунной систем, так называемой нейро-иммуно-кожноэндокринной системой (NICE).

NICE-система и NICE-модель были предложены R.L. O'Sullivan и соавт. (1998) [12]. Установлено, что некоторые воспалительные заболевания кожи и психические состояния дестабилизируют NICE-систему [11]. В эмбриогенезе кожа и мозг формируются из одного и того же зародышевого листка – эктодермы. Кожа и мозг имеют общие эффекторные молекулы, в том числе нейропептиды, цитокины, глюкокортикостероиды [12].

На базе КазНМУ проводилось исследование, для установления связи между качеством жизни пациента и тяжестью течения псориаза. Работа проводилась в рамках НТП на тему:

«Новые молекулярно-генетические способы досимптомной диагностики и методы лечения ряда значимых заболеваний». В исследовании участвовал 601 пациент с диагнозом псориаз в возрасте от 18 лет и старше из различных регионов РК. Из них 377 (63%) человек составили мужчины и 224 (37%) - женщины. У 146 пациентов отмечалось легкое течение псориаза, где среднее значение PASI составило 6,82±2,53. У 221 пациента установлена средняя степень тяжести, где среднее значение PASI составило 14,81±2,72. Тяжелое течение псориаза отмечено у 234 пациентов со средним течением PASI 33,63±10,58. У 54% пациентов псориаз оказывает чрезвычайно сильное влияние на качество жизни. У 34% пациентов заболевание оказывает очень сильное влияние на качество жизни. В результате корреляционного анализа обнаружены умеренные статистически значимые корреляции на уровне r = - 0,36 ($p<0,05$) между показателями качества жизни по опроснику ДИКЖ и распространенностью кожного процесса (PASI) для общего числа пациентов. Из них у пациентов с легкой степенью течения статистически значимые корреляции на уровне r = - 0,25($p<0,05$). У пациентов со средней степенью течения псориаза статистически значимые корреляции на уровне r = - 0,14 ($p<0,05$). И у пациентов с тяжелой степенью течения псориаза статистически значимые корреляции на уровне r = - 0,14 ($p<0,05$) между показателями качества жизни по опроснику ДИКЖ и распространенностью кожного процесса (PASI). Был сделан вывод, что у больных, страдающих псориазом, отмечается снижение качества жизни. Степень изменения показателей качества жизни находится в тесной взаимосвязи со степенью прогрессирования псориаза. Снижение качества жизни оказывает огромное влияние на психику человека [13].

В ООО Институте дерматологии и косметологии г. Москва проанализирован опыт, полученный за 20 лет диагностической и лечебной работы с больными псориазом с позиции психодерматологии во главе Урсова Л.Г., Владимирова Л. Г., выявлено, что при псориазе психологические проблемы присутствуют всегда. В 56% случаев психическая травма провоцирует начало заболевания, а при рецидивах отмечается еще чаще. У больных с псориазом отмечается низкая стрессоустойчивость. Психические нарушения обнаруживаются в 70% случаев. В основном обнаруживаются пограничные расстройства - депрессии, астенические состояния, истерические, навязчивые и сверхценные образования. Источником психогении является и само заболевание, с его уродующими внешность высыпаниями и зачастую необходимость изменения образа жизни. Вывод: Прежде всего, следует обратить внимание на то, с каким постоянством психическая составляющая картины болезни присутствует при псориазе. Это можно понять, если вспомнить, что и кожа, и клетки мозга происходят из одного и того же зачатка – эктодермы. От этого и вытекает общность обмена веществ, гормональных сдвигов, в котором соматическое и психическое имеют свою нишу. Также не следует забывать о псих фармакотерапии, которая поможет убрать и соматическую и психическую патологию [14].

Псориаз - заболевание мультифакториальной природы с доминирующим значением в развитии генетических факторов. Однако, провоцирующая роль психогенных факторов в дебюте и рецидивах псориаза не подлежит сомнению. По данным некоторых авторов, основой псориаза является общебиологический механизм «задержанного ответа», который имеет отношение к состоянию тревоги и реакции организма на стресс, а выраженная психологическая деформация личности является отражением многолетнего течения псориаза и в большинстве случаев коррелирует со степенью активности и распространенности патологического процесса [15]. Учитывая эти данные, было проведено исследование, целью которого явилось проанализировать степень психологической деформации и индивидуальные особенности психики у больных псориазом в зависимости от выраженности клинических проявлений патологического процесса при помощи стандартизированных тестовых оценочных комплексов.

В исследовании принял участие 41 больной (22 мужчины и 19 женщин), в возрасте от 18 до 53 лет, с установленным диагнозом: «Вульгарный псориаз. Распространенная форма» (L40.0), продолжительность течения заболевания в исследуемой группе составила от 5 до 47 лет. Все пациенты получали медицинскую помощь в стационарных условиях на базе 1-го

дерматологического отделения ГБУ РО ОККВД. Оценка степени тяжести дерматоза производилась при помощи индекса PASI, а психологическая характеристика личности пациентов основывалась на использовании экспресс-варианта психодиагностического шестикомпонентного комплекса «Статус ПСИ», разработанного Яковлевой Н.В. в 2005 году. Группа контроля включала в себя 37 соматически здоровых лиц. Статистический анализ полученных в результате проведения исследования данных проводился с использованием пакетов программ Statistica. В исследуемой группе легкое течение псориаза наблюдалось у 8 больных, среднетяжелое - у 22 больного, в тяжелой форме дерматоз протекал у 11 пациентов. В результате оценки данных, полученных при проведении теста Шмишека, были обнаружены скрытые акцентуации характера во всех подгруппах исследуемой группы, но в первой подгруппе (больные с легким течением дерматоза), выявленные значения были практически аналогичны результатам, полученным в группе контроля. В остальных подгруппах исследуемой группы (больные со среднетяжелым и тяжелым 154 течением дерматоза) были обнаружены выраженные акцентуации характера. Интерпретируя полученные данные, можно заключить, что пациенты первой подгруппы в меньшей степени скептически настроены в отношении своего будущего, а также менее пассивны, замкнуты, тревожны и склонны к самоанализу, нежели чем пациенты второй и третьей подгрупп [16,17, 20].

На базе ВО «Крымсксского федерального университета им. В.И. Вернадского» проводилось исследование, используя такие проективные методики как: тест Роршаха и «Геометрические фигуры» А.Ш. Тхостова, были выявлены результаты, подтверждающие различие с одной стороны, а с другой удостоверяющие данные, полученные каждой методикой в отдельности. По некоторым показателям теста Роршаха (W, D, R и T) статистически подтвердились данные о различии телесной границы Я как среди мужчин, так и среди женщин. Мужчинам из дерматологической группы более свойственна дифференциация телесных границ Я, так же они стремятся к более целостному восприятию собственного тела и своего Я. В свою очередь женской группе испытуемых, а именно дерматологическим больным более свойственно акцентирование внимания на отдельных аспектах и деталях телесной границы Я, теряя в этом целостное восприятие себя. Такая специфика восприятия собственной телесной границы может быть обусловлена культуральными особенностями моды и красоты, которым хотят соответствовать множество женщин. В то время как специфика дерматологических заболеваний (псориаз, экзема, различные формы дерматитов) имеют островоподобные поражения поверхности кожи больных, вследствие чего усиленное внимание, акцентирующее на них неизбежно, из-за чего и может возникать такая нецелостная форма восприятия телесной границы Я у женщин. Мужчины имеют другие социальные стереотипы, согласно которым их внешность должна соответствовать тем или иным качествам, в градации которых кожа занимает более низшее положение [18,19].

Вывод**:** Кожа не только отражает состояние организма, но и участвует в поддержании физического и психического здоровья. У более трети пациентов с псориазом, обращавшихся за медицинской помощью, наблюдались проблемы с психикой, что усугубляло их общее состояние. Данным больным требуется как патогенетическое лечение, так и психологическая или психиатрическая помощь. Уменьшить психологическую нагрузку позволит информирование населения о природе данных заболеваний и об отсутствии риска заражения окружающих. Именно поэтому для успешного лечения недостаточно диагностировать патологию, нужно понять, насколько сильный стресс испытывает пациент, каковы его причины, насколько болезнь влияет на жизнь и активность больного. Необходимо сочетать дерматологические и психологические методы терапии.

Литература

1. Michael Tirant Атлас по дерматологии 2 часть.-С. 102-123.

2. Leon A., Le vin E.C., Koo J.Y. Psychodermatology: an overview // Semin. Cutan. Med. Surg.-2013.-Vol.32.-№2.-P.64-67.

3. Rodriguez-Ce rdeira C. Psychodermatology: past, present and future // Open Dermatol. J.-2011.-Vol.5.-№1.-P.21-27.

4. Stokes J.H., Pillsbury D.M. The effect on the skin of emotional and nervous states: II. Masochism and other sex complexes in the background of neurogenous dermatitis // Arch. Derm. Syphilol.-1930.-Vol.25.-№5.-P.803-810.

5. Vora R., Anjaneyan G., Diwan N., Singhal R. Psychodermatology: a review // Int. J. Med. Sci. Dent. Health.-2015.-Vol.1.-№3.-P.89-103.

6. Gordon-Elliott J.S., Muskin P.R. Managing the patient with psychiatric issues in dermatologic practice // Clin. Dermatol.-2013.-Vol.31.-№1.-P.3-10.

7. Evers A.W., Verhoeven E.W., Kraaimaat F.W. et al. How stress gets under the skin: cortisol and stress reactivity in psoriasis // Br. J. Dermatol.-2010.-Vol.163.-№5.-P.986-991.

8. Senra M.S., Wollenberg A. Psychodermatological aspects of atopic dermatitis // Br. J. Dermatol.-2014.-Vol. 170.-Suppl.1.-P.38-43.

9. Gupta M.A., Gupta A.K. Current concepts in psychodermatology // Curr. Psychiatry Rep.-2014.-Vol.16.-№6.-ID 449.

10. Egawa G., Weninger W., Ginhoux F. Pathogenesis of atopic dermatitis: a short review // Cogent Biology.-2015.-Vol.1.-ID 1103459.

11. Brazzini B., Ghersetich I., Hercogova J., Lotti T. The neuroimmuno-cutaneous-endocrine network: relationship between mind and skin // Dermatol. Ther.-2003.-Vol.16.-№2.-P.123-131.

12. O'Sullivan R.L., Lipper G., Lerner E.A. The neuroimmuno-cutaneous-endocrine network: relationship of mind and skin // Arch. Dermatol.-1998.-Vol.134.-№11.-P.1431-1435.

13. Рысбекова Д.Е., Бейсебаева У.Т., Машкунова О.В. Корреляционная связь между качеством жизни и тяжестью течения псориаза // Вестник КазНМУ.-2020.

14. Урсова Л.Г., Владимиров Л.Г. Психика больного с псориазом. ГБОУ ВПО ОргМА Минздрава РФ.

15. Sommer R., Mrowietz U., Radtke M.A. [et al.]. What is psoriasis? - Perception andassessment of psoriasis among the German population // J Dtsch Dermatol Ges.-2018.-Vol.16(6).-P.703-710.

16. Amanat M., Salehi M., Rezaei N. Neurological and psychiatric disorders in psoriasis // Reviews in the Neurosciences.-2018.-Vol.29(7).-P.805-813. doi:10.1515/ revneuro-2017-01086.

17. Жильцова Е.Е.[1], Ермошина Н.П.[1], Политов С.А.[1,2] Особенности психики у больных псориазом // Материалы ежегодной научной конференции Рязанского государственного медицинского университета имени академика И.П. Павлова, посвящённой 70-летию основания ВУЗа на Рязанской земле.-Рязань, 18 декабря 2020 г.-С.153-155.

18. Фрейд З. «Я» и «Оно» // Труды разных лет / Пер. с нем.; В 2 кн. Кн. 1.-Тбилиси: Мерани, 1991.-С.351-395.

19. Оноприенко Д.А. Исследование гендерных особенностей телесной границы я у людей с дерматологическими заболеваниями. факультет психологии, Таврическая академия, ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского».

20. Postal M., Lapa A.T., Sinicato N.A. et al. Depressive sympto ms are associated with tumor necrosis factor alpha in systemic lupus erythematosus // J. Neuroinflammation.-2016.-Vol.13.ID 5.

Түйіндеме

Псориазбен ауыратын науқастарда өмір сапасының төмендеуі байқалады. Псориаздың эмоционалды және әлеуметтік салдарын елеусіз қалдыруға болмайды. Стресс реактивтілігінің орташа деңгейінен жоғары стресс көрсеткіштері ауруға байланысты өмір сапасының нашарлауын көрсетеді.

Түйінді сөздер: псориаз, психикалық денсаулық, өмір сапасы.

Resume

In patients suffering from psoriasis, there is a decrease in the quality of life. The emotional and social consequences of psoriasis should not be underestimated. Stress indicators above the average on the stress reactivity scale indicate a deterioration in the quality of life associated with the disease.

Key words: psoriasis, mental health, quality of life.

УДК 616.5:616.97-075.8

ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ РАБОТЫ КЛИНИКИ КНЦДИЗ ЗА 8 МЕСЯЦЕВ 2021 ГОДА

Таубаева А.А. – зав. стационара КНЦДИЗ

РГП на ПХВ «Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний» МЗ РК, г. Алматы
РЕСПУБЛИКА КАЗАХСТАН

Резюме

Проанализированы и подведены промежуточные итоги работы клиники КНЦДИЗ за 8 месяцев 2021 года в сравнении с аналогичным периодом 2020 года. Представлены основные показатели круглосуточного стационара, объем стационарной помощи и структура пролеченных случаев по нозологиям.

Ключевые слова: стационарная помощь, госпитализация, хронические рецидивирующие дерматозы, работа койки, оборот койки.

Клиника Казахского научного центра дерматологии и инфекционных заболеваний Министерства здравоохранения Республики Казахстан представлена круглосуточным отделением (50 коек), являясь одновременно клинической базой для профильных кафедр кожных и венерических болезней медицинских ВУЗов.

В рамках анализа работы клиники за отчетный период рассматривались вопросы только медицинского характера. Важным аспектом является понимание и осознание того, что все показатели работы отдельных структурных подразделений, служб и клиники в целом рассматривается через призму качества и уровня оказания медицинской помощи, а также влияние этих показателей на финансово-экономическую деятельность организации (таблица 1).

Сравнительный анализ работы клиники за 8 месяцев 2021 года показал, что увеличилось количество пролеченных случаев - на 140, при этом средняя продолжительность пребывания больного на койке сократилась до 6 дней, соответственно, оборот койки увеличился на 16,6%.

Данная положительная динамика отмечается за счет продолжения обоснованного сокращения средней продолжительности пребывания больного в стационаре, планирования госпитализации, своевременности и планировании выписки пациентов.

Таблица 1 - Основные показатели работы койки за 8 месяцев 2021 года в сравнении с аналогичным периодом 2020 года (круглосуточный стационар)

	Пролечено больных	**Проведено койко/дней**	**Работа койки**	**Среднее пребывание на койке**	**Оборот койки**
2020 год (8 месяцев)	817	8542	255,1	8,4	8,4
2021 год (8 месяцев)	957	7633	288,8	7,9	9,8
%	+17,1	-10,64	+13,21	-6,0	+16,6

Объем оказанной стационарной помощи по регионам

Традиционно большой удельный вес госпитализируемых больных в клинику центра составляют жители г. Алматы - 31,1 % (в 2020 году - 22,3%) и Алматинской области - 23,8 % (в 2020 году - 28,8%). Остальные регионы покрывают долю госпитализируемых пациентов лишь на 45 % (в 2020 году – 43,9%) (рисунок 1).

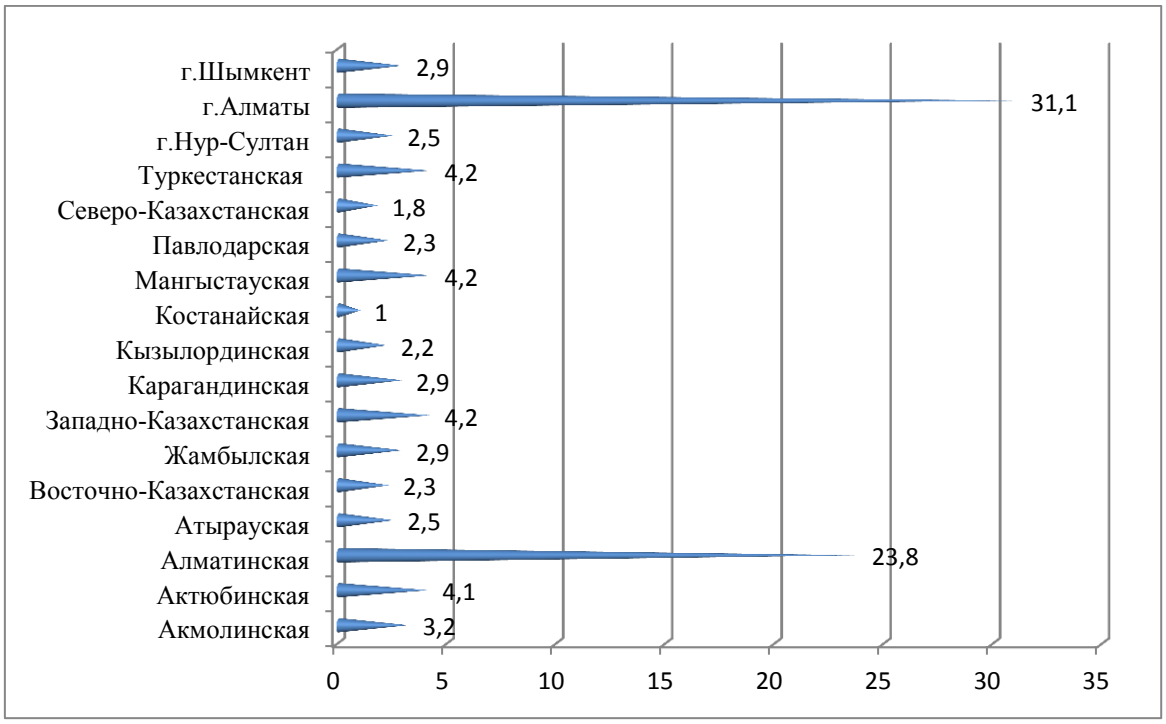


Рисунок 1 - Объем оказанной стационарной помощи по регионам

В сравнении с показателями структуры пролеченных случаев за 2021 год отмечается увеличение количества госпитализируемых больных по всем нозологиям, в том числе с аллергодерматозами на 20%, псориазом на 22,2%. Также возросло количество госпитализированных с другими хроническими дерматозами на 60% (таблица 2).

Как наблюдается из вышеуказанной таблицы, уровни заболеваемости дерматозов, для которых характерно хроническое рецидивирующее течение заболевания, нередко приводящее к инвалидизации и социальной дезадаптации (ухудшение показателей качества жизни) из года в год имеют стабильную тенденцию роста. Другие же нозологии, которые сохраняют стабильные показатели заболеваемости и распространенности, приобретают сред-

Таблица 2 - Структура пролеченных случаев по нозологиям

Диагноз	2020 год	2021 год
Аллергические дерматиты	113	134
Буллезный эпидермолиз	48	57
Грибковые заболевания кожи	44	42
Ихтиоз	45	51
ИППП	12	18
Пиодермия	108	115
Псориаз	333	378
Пузырчатка	28	24
Другие хронические дерматозы	86	138
Итого:	**817**	**957**

нетяжелое и тяжелое течение, нередко приводящее к развитию осложнений и необратимых последствий.

Түйіндеме

ҚДИАҒО клиникасының 2020 жыл мен 2021 жыл аралығындағы 8 айлық негізгі көрсеткіштері салыстырылып талқыланған және нәтежиесі келтірілген. Тәуліктік стационардың негізгі көрсеткіштері, стационарлық көмектің көлемі және нозология бойынша емделген жағдайлардың құрылымы ұсынылған.

Түйінді сөздер: стационарлық көмек, ауруханаға жатқызу, созылмалы қайталанатын дерматоздар, төсек жұмысы, төсек айналымы.

Resume

The interim results of the work of the KSCDID clinic for 8 months of 2021 were analyzed and summed up in comparison with the same period of 2020. The main indicators of the round-the-clock hospital, the volume of inpatient care and the structure of treated cases by nosology are presented.

Keywords: inpatient care, hospitalization, chronic recurrent dermatoses, bed work, bed turnover.

УДК 616.98–036.22(470.44)

ОБЗОР ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ЗА 8 МЕСЯЦЕВ 2021 ГОДА

Темиржанова Г.Б. – врач-эпидемиолог отдела эпидемиологического мониторинга

РГП на ПХВ «Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний» МЗ РК г. Алматы
РЕСПУБЛИКА КАЗАХСТАН

Резюме

В данном обзоре представлены материалы, подготовленные на основе данных базы «Электронное слежение за случаями ВИЧ-инфекции» (далее ЭС) за 8 месяцев 2020-2021 года. ЭС является источником данных о распространенности ВИЧ-инфекции в популяции населения, моделях поведения и факторах риска в отношении инфицирования ВИЧ, роли этой группы в развитии эпидемического процесса.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, люди, употребляющие инъекционные наркотики, парентеральный путь передачи, распространенность, люди, живущие с ВИЧ, ключевая группа.

Оценку развития эпидемии по анализу официальной статистики можно произвести с учетом трех важных подходов:

- временной динамики процесса;
- абсолютного количества случаев ВИЧ-инфекции;
- сравнения регионов между собой.

Первый подход позволяет предположить появление или исчезновение внешних факторов, влияющих на передачу ВИЧ в популяции, и определить основные тенденции развития эпидемии.

Второй подход является важным, поскольку дает представление о масштабе процесса и необходимости привлечения материальных и профессиональных ресурсов для профилактической и лечебной деятельности.

Сравнительный анализ дает возможность выявить наиболее неблагополучные территории и определить географические масштабы развития эпидемии, а также оценить пути и объемы распространения эпидемии за счет миграционных процессов.

Цель: охарактеризовать эпидемическую ситуацию по ВИЧ-инфекции в РК за текущий период с выявлением основных путей передачи и дестабилизирующих факторов.

Материалы и методы исследования: В статье обобщены статистические данные за 8 месяцев 2021 года. В основу анализа эпидемического процесса положены данные о случаях ВИЧ-инфекции, выявленных при обследовании населения и зарегистрированных в отчетных формах РК:

- форма №1 «Отчёт об отдельных инфекционных и паразитарных заболеваниях» приложение 1 к приказу МЗ РК от 22.12.2020 г. № КР ДСМ-313/202;
- форма №2 «Ежемесячный отчет о результатах лабораторного исследования крови метом ИФА на ВИЧ-инфекцию» приложение 2 к приказу МЗ РК от 22.12.2020 г. № КР ДСМ-313/2020;
- форма 084/у «Журнал учета ВИЧ-инфицированных» приложение 4 к приказу МЗ РК от 30.10.2020 г. № КР ДСМ-175/2020;
- «Регистрационная карта эпидемиологического обследования случая ВИЧ-инфекции» Приложение 1 к приказу МЗ РК от 03.12.2020 г. № КР ДСМ-231/2020.

Для анализа были использованы окончательные донесения по результатам эпидемиологических расследований случаев ВИЧ-инфекции, представляемых территориальными центрами по профилактике ВИЧ-инфекции.

Результаты:

По состоянию на 31 августа 2021 года, начиная с регистрации первого случая (1987 год), в Казахстане проживает 28147 ЛЖВ, показатель распространенности ВИЧ-инфекции среди населения РК - 149,1 на 100 тыс. населения.

Наибольший показатель распространённости ВИЧ-инфекции на 100 тысяч населения зарегистрирован в Павлодарской области – 316,1, Карагандинской – 282,3, СКО – 254,0, Костанайской – 247,0, г. Алматы – 245,3, Восточно-Казахстанской – 238,2 и в г. Нур-Султан - 154,6.

В возрастной группе 15-49 лет численность ЛЖВ составила 25334 случая (90%), распространенность - 0,28%. Распространенность в данной возрастной группе находится в пределах и параметрах, определенных Государственной программой развития здравоохранения на 2020-2025 годы, прогноз на 2021 год – 0,35%.

По данным базы ЭС за 8 месяцев 2021 года зарегистрировано 2453 ВИЧ-инфицированных, в том числе среди граждан РК - 2366 (показатель на 100 тысяч населения - 12,5), за 8 месяцев 2020 года - 2140 (показатель на 100 тысяч населения - 11,3), иностранных граждан - 87 человек (3,5%), за 8 месяцев 2020 года - 80 (3,6%). По сравнению с аналогичным периодом прошлого года отмечается рост на 226 случаев или 10,6%.

Выше среднереспубликанского показателя (12,5 на 100 тыс. населения) заболеваемость ВИЧ-инфекции наблюдается в 7 регионах РК: в Павлодарской (23,8), Костанайской (23,0), г. Алматы (20,9), Карагандинской (20,6), СКО (18,8), г. Нур-Султан (18,7), ВКО (18,3) (таблица 1).

Таблица 1 - Заболеваемость ВИЧ-инфекцией среди общего населения РК за 8 месяцев 2021 года в сравнении с аналогичным периодом 2020 года

Ранжирование	Регион	8 месяцев 2020 г.		8 месяцев 2021 г.	
		абс.	на 100 тыс.	абс.	на 100 тыс.
Регионы с высоким уровнем заболеваемости (>12,5 на 100 тыс. населения)	Павлодарская	185	24,6	179	23,8
	Костанайская	227	26,3	199	23
	г. Алматы	338	17,1	413	20,9
	Карагандинская	288	20,9	284	20,6
	СКО	133	24,5	102	18,8
	г. Нур-Султан	158	13,3	222	18,7
	ВКО	244	17,9	250	18,3
Регионы со средним уровнем заболеваемости (от 9,8 до 10,8 на 100 тыс. населения)	Алматинская	163	7,8	224	10,8
	Акмолинская	80	10,9	77	10,5
	г. Шымкент	90	8,4	106	9,9
	ЗКО	56	8,5	65	9,8
Регионы с низким уровнем заболеваемости (менее 9,8 на 100 тыс. населения)	Мангистауская	25	3,5	45	6,3
	Жамбылская	45	4	51	4,5
	Атырауская	16	2,4	28	4,3
	Актюбинская	26	2,9	35	3,9
	Туркестанская	57	2,8	62	3
	Кызылординская	9	1,1	24	2,9
РК		2140	11,3	2366	12,5

В регионах, с заболеваемостью ВИЧ-инфекции выше среднереспубликанского показателя, наблюдается рост регистрации новых случаев ВИЧ-инфекции:

- в г. Алматы (20,8) в 1,6 раз (+75 сл.);
- в г. Нур-Султан (18,7) - в 1,5 раза (+64 сл.);
- в ВКО (18,3) в 1,4 раза (+6 сл.).

В регионах с высоким уровнем заболеваемости, по сравнению с аналогичным периодом прошлого года, наблюдается снижение вновь выявленных случаев ВИЧ-инфекции:

- в Павлодарской области (23,8) - на 6 случаев;
- Костанайской области (23,0) - на 28 случаев;
- Карагандинской области (20,6) - на 4 случая;
- СКО (18,8) снижение на 31 случай.

В регионах со средним уровнем заболеваемости отмечается рост: в Алматинской области - на 61 случай (1,4 раза), г. Шымкент - на 16 случаев (1,2 раза), ЗКО - на 9 случаев. Только в Акмолинской области отмечается снижение выявления на 3 случая.

В регионах с низким уровнем заболеваемости наблюдается рост выявления новых случаев ВИЧ-инфекции: в Мангистауской области - на 20 случаев (1,8 раз), Кызылординской - на 15 случаев (2,7 раз), Атырауской - на 12 случаев (1,7 раз).

Рост регистрации новых случаев обусловлен увеличением объемов тестирования на 24,5% в связи со снятием карантинных ограничений по COVID-19, улучшилась работа в ЦПЗ по обследованию ЛУИН, находящихся на динамическом наблюдении. Охват тестированием ЛУИН, состоящих на учете в ЦПЗ, составил 75,9%.

Расширение экспресс-диагностики ВИЧ на эпидемиологически значимые категории (КГН, контактные), в том числе на базе НПО, прогнозирует рост выявления новых случаев за счет более широкого охвата. В соответствие с приказом МЗ РК от 27 ноября 2020 года № ҚР ДСМ-211/2020 "Об утверждении правил обязательного конфиденциального медицинского обследования на наличие ВИЧ-инфекции" увеличилась кратность обследования контактных до 2-х раз в год, прирост обследованных контактных за 8 месяцев 2021 года составил 14%.

Увеличились контингенты, подлежащие обследованию в соответствие с новым приказом по тестированию, в частности, введено обследование половых партнеров беременных женщин (п.39 п/п 4) приказа МЗ РК от 27 ноября 2020 года № ҚР ДСМ-211/2020).

Увеличивается охват тестированием беременных женщин за счет внедрения в ОГЦ СПИД жесткого пофамильного мониторинга (охват тестированием беременных женщин при постановке на учет в женскую консультацию по коду 109.1 составил - 99,6%. При этом, количество самих беременных ежегодно увеличивается (данные РБ и ЖФВ), соответственно, вырастет и количество их половых партнеров, подлежащих обследованию. Прирост обследований беременных за 8 месяцев 2021 года составил 4,4%.

Увеличился за 8 месяцев 2021 года прирост новых случаев среди детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей на 4,6%.

В распределении случаев ВИЧ-инфекции по гендерному составу, удельный вес мужчин составляет 64,9%, женщин - 35,1%, соотношение мужчин/женщин 1,8:1.

В социально-профессиональной структуре ВИЧ-инфицированных, ситуация аналогична той, которая наблюдалась в предыдущие годы. По-прежнему, преобладает доля неработающих ЛЖВ - 52,8% (8 месяцев 2020 г. - 57,5%). Увеличилась доля работающих ЛЖВ - 35% (8 месяцев 2020 г. - 31,1%). На иностранных граждан в структуре выявления приходится 3,5% (8 месяцев 2020 г. - 3,6%). Выявляются случаи ВИЧ-инфекции у ЛЖВ пенсионного возраста, доля которых за 8 месяцев 2021 года составила 3,2% (8 месяцев 2020 г. - 2,4%). Незначительно выросла доля молодых людей - учащихся ССУЗов и ВУЗов - от 0,9% в 2020 году до 1,1% в 2021 году. На ВИЧ-инфицированных детей до 14 лет за отчетный период приходится 0,3% (8 месяцев 2020 г. - 0,6%). Выявляемость среди осужденных и следственно-арестованных осталась на уровне прошлого года и составляет 6,1%.

Среди зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции за 8 месяцев 2021 года, наибольший удельный вес приходится на возрастные группы: 30-39 лет - 35,8% (8 месяцев 2020 г. - 39,9%), 40-49 лет - 27,1% (8 месяцев 2020 г. - 27,1%). Доля молодых людей в возрастной группе от 20 до 29 лет составляют 18,5% (8 месяцев 2020 г. - 18,4%).

Основным путем передачи является половой, на его долю приходится 70,2% (8 месяцев 2020 г. - 63,4%)), в том числе при гетеросексуальных контактах - 62,9% (8 месяцев 2020 г. - 57,5%), при гомосексуальных контактах - 7,3% (8 месяцев 2020 г. - 5,9%). Парентеральный путь передачи при употреблении наркотиков составляет - 23% (8 месяцев 2020 г - 32,2%). Сохраняется тенденция роста полового пути передачи и снижение регистрации парентерального пути передачи при употреблении наркотиков.

Случаи ВИЧ-инфекции с артифициальным (немедицинские манипуляции) путем передачи составили в структуре выявления 0,2% (8 месяцев 2020 г. - 0,1%). На неустановленный путь передачи приходится - 5,9% (8 месяцев 2020 г. - 3,7%), вертикальный путь - 0,8% (8 месяцев 2020 г. - 0,5%) (таблица 2).

Таблица 2 - Динамика по путям передачи за 8 месяцев 2021 года в сравнении с аналогичным периодом 2020 года

Пути передачи	8 месяцев 2020 г.		8 месяцев 2021 г.		+ / -	Темп прироста (%)
	абс. число	%	абс. число	%		
Половой гетеро	1230	57,5	1488	62,9	258	21,0
Половой гомо	127	5,9	172	7,3	45	35,4
При употреблении инъекционных наркотиков	689	32,2	543	23,0	-146	-21,2
Артифициальный (немедицинские манипуляции)	3	0,1	5	0,2	2	66,7
Вертикальный	11	0,5	19	0,8	8	72,7
Неустановленный	80	3,7	139	5,9	59	73,8

Факторами риска заражения половым путем являются:

- наличие болезней, передаваемых половым путем; из выявленных за отчетный период случаев ВИЧ-инфекции с гетеросексуальным путем передачи, 3,4% имели симптомы ИППП;
- беспорядочные половые связи со случайными партнерами - 82,6%, с коммерческими - 17,5%, с ЛУИН - 8,6%, с ЛЖВ - 30,0%.
- из 172 выявленных МСМ, 15% имели контакт с коммерческим партнером, 51% имеют кроме гомосексуальных контактов - гетеросексуальные контакты.

Причинами роста вертикального пути передачи являются: низкая приверженность ВИЧ-инфицированных матерей к антивирусной терапии, диспансерный учет на поздних сроках беременности, выявление ВИЧ-инфекции у беременных при поступлении в роддом.

За 8 месяцев 2021 года на ВИЧ-инфекцию было проведено 2405884 теста, в том числе среди граждан РК - 2382596. Прирост объемов тестирования среди граждан РК (100 код) составил 24,5%. Охват тестированием населения увеличился и составил - 10,8% (за 8 месяцев 2020 года - 8,4%).

По сравнению с прошлым годом на 8,3% увеличилось количество обследованных иностранных граждан, выявлено 87 случаев ВИЧ-инфекции. В структуре тестирования доля иностранцев составляет - 1% (23288 теста), в структуре выявления - 0,4% (87 случаев).

Наибольший удельный вес в структуре тестирования приходится на беременных (28%), доноров (7%), обследованных по клиническим и эпидемиологическим показаниям (16,2%) и прочих лиц (26,5%).

Наибольшая выявляемость среди контактных (12,6%), МСМ (19,5%), детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей (4,6%), среди иностранных граждан, относящиеся к ключевым группам населения (ЛУИН, МСМ, СР) - 19%.

Заключение

Эпидемиологическая ситуация находится под контролем, находится на концентрированной стадии. Распространенность ВИЧ-инфекции в возрастной группе 15-49 лет удерживается ниже прогнозного значения (0,28). Распространенность в ключевых группах: среди ЛУИН - 8,3%, СР - 1,4%, МСМ - 6,5%, тогда как среди общего населения - 0,1%.

Рост выявления новых случаев ВИЧ-инфекции зарегистрирован во всех регионах, за исключением Акмолинской, Карагандинской, Костанайской, СКО и Павлодарской областей.

Наибольший прирост новых случаев наблюдается в городах Алматы, Нур-Султан и Алматинской области за счет роста полового пути передачи.

Наибольший рост выявления идет среди контактных (25,6%), половых партнеров ЛЖВ на 29,2%, при совместном употреблении наркотиков (5,3%), доноров (27,5%), реципиентов (65%), МСМ (66%), ВГВ (33,3%), имеющие квоты для лечения в специализированных клиниках (42%) и прочих лиц (24%).

Основными причинами заражения ВИЧ являются беспорядочные связи (18%), употребление ИН (23%), пользование услугами секс работниц (15%).

Наибольшее количество людей, живущих с ВИЧ-инфекцией проживают в городах Алматы и Нур-Султан.

В социально-профессиональной структуре людей, живущих с ВИЧ 52,8% составляют неработающие граждане.

Наибольшее количество вновь выявленных приходится на возрастную группу от 30 до 39 лет (35,8%).

Ухудшение эпидситуации наблюдается среди МСМ вследствие закрытости группы и отсутствия в большинстве регионов НПО и реализуемых проектов.

Учитывая вышеизложенное, необходимо пропагандировать использование презервативов со всеми половыми партнерами и регулярное обследование ЛУИН на выявление ВИЧ-инфекции. Необходимо партнерство с НПО для увеличения доступа в трудно доступные группы населения. Программы СВ остаются актуальными, так как 23% новых случаев выявлено среди ЛУИН.

Перинатальный путь передачи ВИЧ имеет тенденцию к незначительному увеличению и составляет 0,8%. Наиболее низкий коэффициент перинатальной передачи зафиксирован в г. Алматы - 0,5%, а наиболее высокий в Туркестанской области - 3,2%. Причиной является низкая приверженность ВИЧ-инфицированных матерей к АРТ, «Д» учет по беременности на поздних сроках беременности.

Охват тестированием за анализируемый период составляет - 10,8%. Объемы обследования среди граждан РК на антитела к ВИЧ увеличились на 24,5%.

Түйіндеме

Осы шолуда 2020-2021 жылғы 8 айдағы "АИТВ-инфекциясының жағдайларын электрондық бақылау" (бұдан әрі-ЭБ) базасының деректері негізінде дайындалған материалдар ұсынылған. ЭБ халық популяциясында АИТВ-инфекциясының таралуы, АИТВ жұқтыруға қатысты мінез-құлық үлгілері мен қауіп факторлары, осы топтың эпидемиялық процестің дамуындағы рөлі туралы деректер көзі болып табылады.

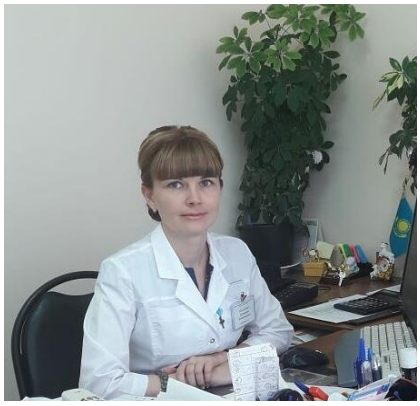
Түйінді сөздер: АИТВ-инфекциясы, инъекциялық есірткіні қолданатын адамдар, парентеральды берілу жолы, таралуы, АИТВ-мен өмір сүретін адамдар, негізгі топ.

Resume

This review presents materials prepared on the basis of data from the database "Electronic tracking of cases of HIV infection" (hereinafter referred to as ET) for 8 months of 2020-2021. ET is a source of data on the prevalence of HIV infection in the population, behavioral patterns and risk factors for HIV infection, the role of this group in the development of the epidemic process.

Key words: HIV infection, people who inject drugs, parenteral transmission pathway, prevalence, people living with HIV, key group.

Вопросы дерматологии и венерологии, №3-4/2021
УДК 616.5-002.33:616-01/09



КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПУСТУЛЁЗНОГО ПСОРИАЗА

Ольховская Е.В. – директор, дерматовенеролог высшей категории

ГКП на ПХВ «Областной кожно-венерологический диспансер» Управления здравоохранения Акимата Западно-Казахстанской области, г. Уральск
РЕСПУБЛИКА КАЗАХСТАН

Резюме

Представлен клинический случай генерализованного пустулезного псориаза у ребенка. Описаны особенности комплексной терапии этой редкой тяжелой формы псориаза.

Ключевые слова: генерализованный пустулёзный псориаз, интоксикация, лихорадка, системные глюкокортикостероиды.

Генерализованный пустулёзный псориаз (ГПП), тип Цумбуша - тяжелая форма псориаза, требующая неотложной помощи и правильной врачебной тактики, так как от этого часто зависит жизнь пациентов. ГПП относится к редкой разновидности псориаза с острым, реже подострым или хроническим течением, развивается спонтанно или в результате трансформации из других форм псориаза и, как правило, переходит в обычную форму псориаза. Наиболее типично заболевание развивается у лиц старше 40 лет, спонтанно (тип Цумбуша) либо на фоне обычного псориаза. Взрослые болеют чаще, дети страдают очень редко. Заболевание может начинаться с поражения акральных частей и сгибательных поверхностей конечностей. ГПП обычно ассоциируется с выраженными системными признаками и может приводить к угрожающим жизни осложнениям, таким как бактериальная суперинфекция, сепсис и обезвоживание. Состояние относится к числу тяжелых и может закончиться летальным исходом. Возникновению острого ГПП способствуют инфекции, гормональные нарушения, выраженные стрессовые воздействия, применение в прогрессирующей стадии псориаза антималярийных препаратов, антибиотиков, β-блокаторов, фенилбутазона, пероральных контрацептивов, быстрая отмена кортикостероидов и прочие факторы. Считается, что при пустулезном псориазе посев содержимого пустул не дает роста микроорганизмов, т. е. они стерильны. Однако некоторые авторы, в частности Г.Я. Шарапова и соавторы, отмечают присутствие золотистого стафилококка у некоторых пациентов.

Генерализованный пустулёзный псориаз начинается внезапно. В течение нескольких часов развивается яркая, огненно-красная эритема, которая охватывает обширные участки кожи, вплоть до состояния эритродермии. Кожа становится чрезвычайно чувствительной. На ее фоне появляются мелкие сгруппированные поверхностные пустулы, их становится все больше, они сливаются с образованием «гнойных озер». Гнойные элементы могут появляться как на непораженной коже, так и на очагах псориаза у больных, ранее болевших псориазом. Пациенты жалуются на недомогание, лихорадку, температура при этом может достигнуть гектических цифр. Страдает их общее состояние, появляется нарастающая слабость, головные боли, артралгии и миалгии, тошнота, болезненность в очагах поражения.

«Гнойные озера» могут быстро превратиться в очаги, покрытые корочками, после отпадения которых, обнажаются сочные эрозированные поверхности. Эрозии быстро эпителизируются.

Пустулы могут появляться волнообразно в течение 1 недели – 2-х месяцев, по мере подсыхания одних элементов на соседних участках появляются другие. С момента исчезновения пустул большинство других симптомов, таких как головная боль и лихорадка, обычно стихают. На коже может сохраняться яркая эритема и проявления обычного псориаза. Самой распространённой локализацией пустул является анальная и генитальная область, кожа сгибательной поверхности суставов и складки, высыпания в которых особенно болезненны. Иногда пустулы могут появиться на лице и даже на языке, что вызывает затруднения в приеме пищи. Также они могут располагаться под ногтями и привести к онихолизису. В редких случаях через 2–3 месяца от начала болезни может развиться телогенное выпадение волос.

Осложнения пустулёзного псориаза включают:

- пиодермии, алопецию, онихолизис;
- гипоальбуминемию;
- гипокальциемию;
- некроз почечных канальцев при олигемии;
- печеночную недостаточность при олигемии и общей интоксикации;
- мальабсорбцию.

Генерализованный пустулёзный псориаз с лихорадкой и интоксикацией без адекватного лечения может вызвать летальный исход в связи с развитием сердечной и легочной недостаточности. Более тяжелый прогноз у пожилых пациентов. В крайне редких случаях ситуация осложняется острым респираторным дистресс-синдромом. Осложнения возникают в 17%, летальные исходы - в 2% случаев.

Описание клинического случая

26 декабря 2018 года в амбулаторное отделение областного кожно-венерологического диспансера ЗКО обращается ребёнок Р., 2007 г.р. в сопровождении мамы с жалобами на поражение кожи в/ч головы, лица, шеи, туловища, верхних и нижних конечностей, умеренная болезненность и зуд, повышение температуры тела до 37^{o}С.

Из анамнеза заболевания: со слов мамы, на момент обращения ребенок болеет в течение 3-х лет, когда появились высыпания на коже левой ушной раковины. Заболевание периодически обостряется, появляются единичные высыпания в виде папул аллергического характера на коже туловища, получали лечение в районной больнице с полным разрешением высыпаний. Консультирован дерматологом ОКВД дважды: 06.01.2016 г., 08.06.2017 г., выставлен диагноз: Аллергический дерматит. Последнее обострение с начала декабря 2018 года, когда без видимой причины на коже шеи появилось покраснение, затем на этом фоне – мелкие гнойничковые высыпания. Обратились 26.12.2018 г. в ОКВД г.Уральска. При обращении в ОКВД выставлен диагноз: Пиодермия, назначено лечение (1% метиленовый синий, мазь сложная с антибиотиками, суспензия «Амоксиклав» 156,25мг/5мл) - без видимого эффекта, новые высыпания продолжали появляться и распространяться, отмечалось повышение t^{o} тела до 37,5-38^{o}С. Обратились повторно в амбулаторию ОКВД. Учитывая остроту и распространённость кожного процесса, ребенок направлен 29.12.2018 г. в дневной стационар. От лечения в круглосуточном стационаре мама 29.12.2018 г. отказалась, ссылаясь на улучшение после применения мази «Целестодерм с гарамицином». С 29.12.2018 г. по 04.01.2019 г. ребенок получал лечение в дневном стационаре: цеф-3 по 500 мг. в/м 1 р/д №5, таб. зитмак 500 мг. по ½ таб. х 1 р/д – 5 дней, хилак-форте по 20 кап. х 3 р/д, аллергопресс 2% по 0,5 мл. 1 р/д №5, таб.лоратал 10 мг. по ½ таб. х 1 р/д, натрия хлорид 0,9%-100,0+натрия тиосульфат 10%-5,0 в/в кап. 1 р/д №5, мазь «Целестодерм с гарамицином», мазь «Гиоксизон» - с незначительным клиническим эффектом. Учитывая повышение температуры тела до 39^{o}С, наличие симптомов интоксикации, распространенность кожного процесса и появление свежих высыпаний, 08.01.2019 г. ребенок госпитализирован на стационарное лечение в ОКВД.

Из анамнеза жизни: в психо-физиологическом развитии соответствует возрасту. Наследственность, в т.ч. по псориазу и кожным заболеваниям, не отягощена. Болезнь Боткина, туберкулез отрицает. На учете у педиатра не состоит. Эпид. окружение чистое. Прививки получает по календарю.

Аллергоанамнез: спокоен, пищевой и лекарственной аллергии нет.

Status praesens:

Рост-130 см. Вес-27 кг.

Общее состояние ребенка на момент осмотра средней степени тяжести за счет распространенности кожного процесса и симптомов интоксикации, температура тела - 37,5^{o}C. Сознание ясное, положение активное. Телосложение нормостеническое, пониженного питания. Видимые слизистые розовые, чистые. Подкожно-жировая клетчатка распределена равномерно. Тургор кожного покрова снижен. Потоотделение и салоотделение снижено. Периферические лимфоузлы не увеличены, не пальпируются.

Костно-суставная система: суставы обычной формы и величины, кожа над ними гиперемирована, объем активных и пассивных движений в суставах ограничен. Тонус мышц сохранен.

Бронхо-легочная система: дыхание через нос свободное. Границы легких в пределах нормы. Перкуторно – ясный легочный звук. Аускультативно дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в минуту.

Сердечно-сосудистая система: границы сердца соответствуют возрастной норме. Аускультативно - тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. Пульс одинаковый на обеих руках, удовлетворительного наполнения и напряжения, пульс ритмичный, не учащен, ЧСС - 82 удара в минуту.

Желудочно-кишечный тракт: язык влажный, обложен белесоватым налетом. Слизистая ротовой полости розовая, влажная, чистая. Живот выпячен равномерно, левая и правая половины симметричны. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный, не напряжен. При пальпации печень по краю рёберной дуги, край печени ровный, гладкий, безболезненный, эластичный. Стул регулярный, оформленный.

Мочеполовая система: симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное, регулярное.

14.Дерматологиялық мәртебесі (Дерматологический статус): кожный патологический процесс носит распространенный, симметричный, островоспалительный характер с локализацией на коже в\ч головы, лица, шеи, груди, живота, спины, верхних и нижних конечностей, преимущественно на разгибательных поверхностях, где на фоне разлитой эритродермии и инфильтрации определяются множественные сгруппированные поверхностные пустулёзные высыпания размером 1,0*1,0 мм, склонные к распространению и слиянию, местами сливающиеся в сплошные «гнойные озёра», множественные эрозии после вскрывшихся пустул, незначительная мацерация, серозно-гнойные корочки, обрывки эпидермиса, местами значительное шелушение, обрывки эпидермиса (рисунок 1-4).

Придатки кожи (волосы) не изменены. Н/п кистей с желтоватым оттенком, блестящие. Субъективно: умеренная болезненность и зуд в области высыпаний.

N.B. В момент появления покраснения и новых пустул отмечается пик повышения температуры до 39^{o}C, после появления высыпаний температура спадает до 37.

С 11.01.2019 г. по 16.01.2019 г. температура колебалась от 36,9 до 37,9, с 17.01.2019 г. – 36,6-36,7.

Результаты лабораторно-инструментальных исследований:

1.ОАК от 29.12.2018 г. Гемоглобин-134 гр/л, эритроциты-4,7, ц/п -0,9,лейкоциты-12,9, п/ядерные-%, с/ядерные-71%, эозинофилы-2%, моноциты-7%, лимфоциты-20%, СОЭ-6 мм/ч.

Рисунок 1 – Высыпания на коже шеи, груди, живота, верхних конечностей

Рисунок 2 – Пустулезные высыпания на коже туловища

Рисунок 3 – Высыпания на коже шеи, груди, левого плеча

Рисунок 4 – Динамика высыпаний в процессе лечения

2.ОАМ от 29.12.2018 г. Количество-70,0 мл, цвет-с/ж, прозрачная, белок-0,033%, эпителий плоский-2-3 в п\зр, лейкоциты-4-5 в п\зр, относительная плотность-1012.

3.Кал на я/глист от 29.12.2018 г. - не обнаружено.

4.ОАК от 08.01.2019 г. Гемоглобин-118г/л, гемоглобин-4,19, ЦП-0,9, тромбоциты-391, лейкоциты-26,2,_п/я-4, с/я-70, мон-10, лимфоциты-16, СОЭ-2 мм/ч.

5.ОАК от 10.01.2019 г. Гемоглобин-123 гр/л, эритроциты-4,6, ЦП-0,9, лейкоциты-23,7, п/ядерные-4%, с/ядерные-80%, эозинофилы-1%, моноциты-3%, лимфоциты-12%, СОЭ-7 мм/ч.

6.ОАК от 14.01.2019 г. Гемоглобин-124 гр/л, эритроциты-4,4, ЦП-0,9, лейкоциты-36,6, п/ядерные-2%, с/ядерные-80%, эозинофилы-3%, моноциты-4%, лимфоциты-11%, СОЭ-15 мм/ч.

7.ОАК от 16.01.2019 г. Гемоглобин-123 гр/л, эритроциты-4,3, ЦП-0,9, лейкоциты-33,8, п/ядерные-3%, с/ядерные-81%, эозинофилы-0%, моноциты-6%, лимфоциты-10%, СОЭ-8 мм/ч.

8.ОАК от 21.01.2019 г. Гемоглобин-125 гр/л, эритроциты-4,46, ЦП-0,9, лейкоциты-22,9, тромбоциты-224, п/ядерные-1%, с/ядерные-79%, эозинофилы-0%, моноциты-6%, лимфоциты-14%, СОЭ-8 мм/ч.

9.ОАМ от 10.01.2019 г. Количество-30,0 мл, цвет-с/ж, прозрачная, белок-отр, эпителий плоский-1-0 в п\зр, лейкоциты-1-0 в п\зр, относительная плотность м/м.

10.ОАМ от 14.01.2019 г. Количество-50,0 мл, цвет-с/ж, прозрачная, белок-отр, эпителий плоский-ед. в п\зр, лейкоциты-2-3 в п\зр, относительная плотность 1016.

11.ОАМ от 16.01.2019 г. Количество-55,0 мл, цвет-с/ж, прозрачная, белок-отр, эпителий плоский-1-0 в п\зр, лейкоциты-2-3 в п\зр, относительная плотность 1008.

12.ОАМ от 21.01.2019 г. Количество-60,0 мл, цвет-с/ж, прозрачная, белок-отр, эпителий плоский-ед. в п\зр, лейкоциты-1-2 в п\зр, относительная плотность 1008.

13.Биохимия крови от 10.01.2019 г. Мочевина-3,18 ммоль/л, креатинин-53,3 ммоль/л, глюкоза-4,41 ммоль/л, калий-4,1 ммоль/л, натрий-134 ммоль/л, АлТ-14 Ед/л, АсТ-19 Ед/л, общий билирубин-12,1 мкмоль/л, прямой билирубин-2,0 мкмоль/л, тимоловая проба-6,2 ед., ПТВ-16,3, протромбиновое отношение-1,2, С-реактивный белок-26,2 мг/л, АСЛО-817 МЕ/мл, ревмофактор-отр.

14.Биохимия крови от 16.01.2019 г. Общий белок-64 г/л, альбумин-25 г/л, мочевина-2,45 ммоль/л, креатинин-44,8 ммоль/л, глюкоза-3,94 ммоль/л, магний-0,76 ммоль/л, АлТ-29 Ед/л, АсТ-26 Ед/л, общий билирубин-14,0 мкмоль/л, прямой билирубин-3,3 мкмоль/л, тимоловая проба-9,0 ед., холестерин-2,34 ммоль/л, холестерин ЛПВП-0,70 ммоль/л, ЛПВП-1,64 ммоль/л, ТАГ-1,83 ммоль/л.

15.Бактериологическое исследование отделяемого из зева, ран, глаз, ушей, мочи, желчи и др.ручным методом от 11.01.2019 г. - №1: мазок из кожи на микрофлору - микрофлора не выделена.

16.Кровь на прокальциотонин от 10.01.2019 г. – 0,26 ng/ml (в пределах нормы).

17.Кровь на прокальциотонин от 17.01.2019 г. – 0,22 ng/ml (в пределах нормы).

18.Кровь на стерильность взята от 10.01.2019 г. – кровь стерильна.

19.Кровь на ANA, ANCA, антитела к двуспиральной ДНК от 17.01.2019 г. – в пределах нормальных показателей.

20.ИФА на паразиты от 11.01.2019 г. лямблии, описторхии, токсокары, аскариды, эхинококк – отрицательный, H.pylori 1:10.

21.УЗИ печени, желчного пузыря, поджелудочной железы, селезенки, почек от 16.01.2019 г. Заключение: Диффузные изменения паренхимы печени и обеих почек. Пиелоэктазия обеих почек.

22.Рентгенография органов грудной клетки от 08.01.2019 г. Заключение: картина бронхита.

23.Кровь на LE-клетки от 17.01.2019 г. – LE-клетки не обнаружены.

24.Исследование на малярию ручными методами ("толстая капля", мазок крови) от 18.01.2019 г. – не обнаружено.

25.Реакция Райта от 18.01.2019 г., реакция Хеддельсона от 18.01.2019 г. – отрицат.

Консультации узких специалистов:

1.Консультация инфекциониста областной инфекционной больницы от 09.01.2019 г. Распространенная стрепто-стафилодермия. Сепсис? Назначено: амикацин 100 мг. в/в стр. х 3 р/д ч/з 8 часов, меропенем по 800 тыс. в/в кап. х 3 р/д через 8 часов, глюкоза 5%-200 в/в кап. 1 р/д №3, физ.раствор 0,9%-100,0 в/в кап. 1 р/д №3. Рек-но обследование: кровь на стерильность, бак-посев с пустул на микрофлору, мазок из зева на микрофолору.

2.Консультация педиатра, кардиоревматолога областной детской многопрофильной больницы от 14.01.2019 г. Диагноз: Псориаз. Реактивная артропатия (боли и скованность в коленных и голеностопных суставах стали беспокоить с 12.01.2019 г.). Сепсис? Рекомендовано: гормонотерапия 1 мг на кг массы тела, дезинтоксикационная терапия, лечение основного заболевания, продолжить антибиотикотерапию меропенемом до 14 дней и амикацином до 7 дней, прокальциотониновый тест.

3.Консультация уролога областной детской многопрофильной больницы от 14.01.2019 г. Данных за урологическую патологию нет.

4.15.01.2019 г. консультация по телефону с зав. стационара РГП на ПХВ «КНЦДИЗ» г.Алматы**,** отправлено фото, выставлен предварительный диагноз: Генерализованный пустулезный псориаз. Рекомендовано:

1.преднизолон 60 мг + натрия хлорид 0,9%-100,0 в\в кап. 1 р\д - 3 дня.

2.через 3 дня преднизолон 30 мг + натрия хлорид 0,9%-100,0 в\в кап. 1 р\д, таб. преднизолон 30 мг\сут: 08.00 ч.-4 таб. 12.00 ч.-2 таб.-3 дня.

3.далее через 3 дня таб. преднизолон 30 мг\сут: 08.00 ч.-4 таб., 12.00 ч.-2 таб.-7-10 дней с постепенным снижением дозы до поддерживающей.

4.таб. аспаркам по 1\2 таб. х 3 р\д на фоне ГКС.

5.паста Дорогова 5% 1-2 р\д на свежие пустулы - 3-5 дней.

6.продолжить антибиотикотерапию.

5.Консультация пациента Р. 2007 г.р. по телемедицине с проф., д.м.н. РГП на ПХВ «КНЦДИЗ» г.Алматы Есенгараевой З.Б.

Дата и время телеконсультации: 15.01.2019 г. 10.00 ч.

Диагноз: Генерализованный пустулезный псориаз. Реактивная артропатия. Данных за сепсис нет. **В дифференцированную диагностику: субкорнеальный пустулёз Снеддона-Уилкинсона.**

Рекомендовано:

1.консультация гастроэнтеролога, гематолога, ревматолога;

2.УЗИ органов брюшной полости, при необходимости КТ (искать очаги инфекции и гнойного воспаления во внутренних органах, т.к. высокий лейкоцитоз). Контроль ОАК, ОАМ, БАК;

3.метотрексат 7,5 мг 1 раз в неделю под контролем показателей крови.

4.аевит по 1 др. х 2 р/д.

5.пасту Дорогова на пустулы оставить.

6.в пасту Теймурова добавить 1 таб. метотрексат и наносить наружно 1 р/д.

В стационарных условиях проведено лечение:

1.Режим II.

2.Стол №15.

3.Преднизолон 20 мг+натрия хлорид 0,9%-100,0 в\в кап. №1 (08.01.2019 г.), преднизолон 30 мг + натрия хлорид 0,9%-100,0 в\в кап. №1 (09.01.2019 г.)

4.Преднизолон 60 мг+натрия хлорид 0,9%-100,0 в\в кап. 1 р\д - 3 дня (10-11-12.01.2019 г.)

5.Через 3 дня преднизолон 30 мг+натрия хлорид 0,9%-100,0 в\в кап. 1 р\д, таб. преднизолон 30 мг\сут.: 08.00 ч.-4 таб., 12.00 ч.-2 таб.- 3 дня (13-14-15.01.2019 г.)

6.Далее преднизолон 15 мг+натрия хлорид 0,9%-100,0 в\в кап. 1 р\д, таб. преднизолон 30 мг\сут.: 08.00 ч.-4 таб., 12.00 ч.-2 таб. (16.01.-17.01.2019 г.)

7.С 18.01.2019 г. таб.преднизолон 35 мг/сут. по схеме: 08.00 ч.-3 таб., 12.00 ч.-2 таб., 16.00-2 таб.

8.Таб.аспаркам по 1\2 таб. х 3 р\д на фоне приема преднизолона.

9.Амикацин 100 мг в/в стр. х 3 р/д через 8 часов – 7 дней (с 09.01. по 16.01.2019 г.)

10.Натрия хлорид 0,9%-100,0 + меропенем 800 тыс. в/в кап. 3 р/д через 8 часов – 7 дней (с 09.01. по 16.01.2019 г.)

11.Капс.Флунол 50 мг внутрь по 1 капс. х 1 раз в день – 7 дней.

12.Раствор оральный «Хилак-форте» внутрь по 20 капель х 3 р/д – 14 дней.

13.Глюкоза 5%-200,0 в/в кап. 1 р/д – 6 дней.

14.Аллергопресс по 0,5 мл. в/м х 2 р/д – 3 дня.

15.Раствор оральный «Лордес» внутрь по 5,0 мл х 1 р/д – 14 дней.

16.Анальгин 1,0 мл + Димедрол 0,5 мл в/в при повышении температуры не выше 38^{o}С.

17.Паста Дорогова 5% 1-2 р\д на свежие пустулы – 5-7 дней.

18.Мазь «Тридокс» на подсохшие очаги 1-2 р/д с 10.01.2019 г.-14.01.2019 г.

20.Крем Унна с преднизолоном наружно на очаги эритродермии 1 раз в день – 5 дней.

21.Метиленовый синий 1% тушировать пустулы 2-3 раза в день – 7 дней.

22.Диклофенак 50 мг по ½ таб. х 2 р/д после еды – 2 дня для купирования суставного синдрома (17-18.01.2019 г.), далее отменен.

После проведенной терапии ребенок выписан с клиническим улучшением общего состояния и кожного процесса в виде нормализации температуры тела, отсутствия свежих высыпаний в виде пустул, на коже туловища, верхних и нижних конечностей пустулы разрешились, сохраняется умеренная гиперемия и инфильтрация кожи, обильное крупнопластинчатое шелушение. ОАМ от 21.01.2019 г. – в норме, в ОАК от 21.01.2019 г. лейкоцитоз спал с 36,6 до 22,9, остальные показатели в пределах нормы. Болезненность в коленных и голеностопных суставах не беспокоит.

Ребенок выписался со стационара ОКВД на системной ГКС-терапии (преднизолон) в дозе 35 мг/сут. с постепенным снижением дозы по схеме до полной отмены. После проведённого лечения у ребёнка отмечалась стойкая ремиссия заболевания с февраля 2019 года по апрель 2021 года. В апреле 2021 года в связи с обострением заболевания ребенок получал стационарное лечение в ОКВД, выписан с клиническим улучшением.

Литература

1. Мордовцев В.Н., Бутов Ю.С., Мордовцева В.В. Псориаз. В кн.: Клиническая дерматология: в 2 т. / под ред. Ю.К. Скрипкина, Ю.С. Бутова – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.-Т.2.-С.212–233.

2. Кожные и венерические болезни: Руководство для врачей под ред. Ю.К. Скрипкина и В.Н. Мордовцева.– Т.2 / М.: Медицина, 1999.-С.116-156.

3. Camarasa J.M., Ortonne J.P., Dubertret L. Calcitriol shows greater persistence of treatment effect than betamethasone dipropionate in topical psoriasis therapy // J Dermatolog Treat.-2003; 14: 8-13.

4. Жилова М.Б., Волнухин В.А., Дворников А.С.**.** Клинические проявления фотоповреждения кожи при многокурсовой фототерапии больных псориазом // Вестн. дерматол. и венерол.-2014.-№6.-С.114-120.

5. Жилова М.Б., Чикин В.В. Клиническая эффективность ротации методов фототерапии (ПУВА-терапия и УФВ-311) у больных со среднетяжелыми формами псориаза // Вестн. дерматол. и венерол.-2015.-№1.-С. 67-75.

6. Владимиров В.В. Диагностика и лечение кожных болезней. Москва.-1995.

7. Довжанский С.И., Утц С.Р. Псориаз. Саратов, 1992.

8. Кожные и венерические болезни. Под ред. Ю.К. Скрипкина.-Москва: Медицина.-1995.-Том 2.

9. Меньшикова Л.В. Эффективность лечения больных псориазом на Мертвом море (Израиль). В сб. Новое в диагностике и лечении заболеваний, передающихся половым путем и болезней кожи. Москва, 1997;73-4.

10. Roenigk H., Maibach H. Psoriasis. 2nd ed. 1990.11.Weinstein G., Gottlieb A. // Therapy of Moderate-to-Severe Psoriasis.-1993.

Түйіндеме

Балада жайылған пустулезді псориаздың клиникалық жағдайы көрсетілген. Псориаздың сирек кездесетін ауыр түрінің кешенді терапиясының ерекшеліктері сипатталған.

Түйінді сөздер: жайылған пустулезді псориаз, интоксикация, қызба, жүйелі глюкокортикостероидтар.

Resume

A clinical case of generalized pustular psoriasis in a child presented. The features of complex therapy of this rare severe form of psoriasis are described.

Key words: generalized pustular psoriasis, intoxication, fever, systemic glucocorticosteroids.

УДК 616-053.31-07:575.1

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА БЛОХА-СУЛЬЦБЕРГЕРА

Клонюк А.П. - главный внештатный дерматовенеролог УЗ ЗКО, дерматовенеролог второй категории

ГКП на ПХВ «Областной кожно-венерологический диспансер» Управления здравоохранения Акимата Западно-Казахстанской области, г. Уральск,
РЕСПУБЛИКА КАЗАХСТАН

Резюме

В статье приведен клинический случай синдрома Блоха-Сульцбергера у ребенка женского пола 2011 года рождения - редкого генодерматоза, поражающего кожу, центральную нервную систему, глаза и костную систему. Описаны клинические особенности для дифференциальной диагностики с другими дерматозами.

Ключевые слова: синдром Блоха-Сульцбергера, генодерматоз, дифференциальная диагностика, клинические особенности.

Синдром Блоха-Сульцбергера – наследственная форма нарушения пигментации кожи, которая часто сочетается с пороками развития зубов, волос, ногтей и глаз. Симптомы заболевания характеризуются выраженной стадийностью: сначала на коже появляется эритематозная сыпь в виде пятен и линий, затем на ее месте развивается гиперкератоз, сменяющийся пятнами и последующей гипопигментацией с атрофией кожных покровов. Диагностика синдрома Блоха-Сульцбергера производится на основании данных настоящего статуса больного, гистологического исследования образцов кожи в области поражения, изучения наследственного анамнеза и молекулярно-генетических анализов. Специфического лечения этой патологии на сегодняшний момент не существует, используют симптоматические и поддерживающие мероприятия различного характера.

Веррукозный невус - пигментное образование, представляющее собой возвышающееся над кожей бородавчатое разрастание. Веррукозный невус имеет бугристую поверхность, состоящую из отдельных долек (внешне напоминает цветную капусту), темную окраску. В отличие от меланомоопасных невусов, характеризуется медленным ростом, не склонен к изъязвлению и кровоточивости. Дифференцировать веррукозный невус от других новообразований кожи позволяет проведение дерматоскопии, биопсии и гистологического исследования. Удаление веррукозного невуса может производиться хирургическим путем, радиоволновым методом, с помощью электрокоагуляции, лазерной коагуляции, криодеструкции.

Описание клинического случая

26.03.2014 года в плановом порядке в областной кожно-венерологический диспансер ЗКО г. Уральска обратилась мама с больным ребенком женского пола 2011 г.р. с

предварительным диагнозом: «Красный плоский лишай. Линейная форма. Фолликулярный тип».

Жалобы при поступлении: со слов мамы, на поражение гладкой кожи правой верхней конечности в проекции плеча и предплечья, туловища в проекции правой передней и боковой поверхностей брюшной стенки, правой паховой складки, правой нижней конечности в проекции бедра с переходом на голень, сопровождающееся незначительным зудом (зуд усиливается при ОРВИ и повышении температуры тела).

Из анамнеза заболевания: со слов мамы, ребёнок болеет с 7-8 месячного возраста, когда впервые на гладкой коже передней брюшной стенки справа и правой паховой складки стали появляться розовые зудящие высыпания. Появление данных высыпаний мама связывает с перенесенным инфекционным конъюнктивитом, по поводу которого ребенок получал стационарное лечение в областной инфекционной больнице г. Уральска. В течение последних 4-5 лет, данные высыпания стали иметь распространенный характер с поражением конечностей. По данному факту ребенок периодически наблюдался в ОКВД г. Уральска, где получал амбулаторное лечение в виде наружного использования кератолитических и глюкокортикостероидных мазей, а также перорального использования таблетированных антигистаминных препаратов с диагнозами: «Атопический дерматит», «Кератодермия», «КПЛ» - с положительным кратковременным клиническим эффектом в виде уменьшения выраженности патологического процесса на короткий период времени. В течение последних 2-х месяцев патологический процесс стал иметь более выраженный морфологический характер с распространением данного процесса на другие анатомические зоны. В связи с ухудшением патологического процесса в 2016 году было рекомендовано направить ребенка на дальнейшее обследование, уточнение диагноза и лечение в РГП на ПХВ «НИКВИ» г. Алматы.

Из анамнеза жизни: со слов мамы, туберкулез, гепатиты отрицает. Наследственность: без особенностей. Эпидемиологический анамнез: со слов мамы больного ребенка: без особенностей. Операций, гемотрансфузий и травм не было. Ребёнок состоит на учете у врача гастроэнтеролога с диагнозом: «ДЖВП по гипокинетическому типу».

Аллергоанамнез: отягощен, пищевая аллергическая реакция на пищевые продукты - гранат, лекарственной аллергии не было.

На момент поступления: общее состояние удовлетворительное, температура тела - 36,6^{o}C. Сознание ясное, положение активное. Телосложение нормостеническое, удовлетворительного питания. Видимые слизистые оболочки розовые, чистые. Подкожно-жировая клетчатка распределена равномерно. Тургор кожного покрова сохранен. Потоотделение и салообразование не нарушено. Периферические лимфатические узлы не увеличены, не пальпируются. Костно-суставная система: суставы не деформированные, движение в полном объеме, кожа над ними не изменена. Тонус мышц сохранен. Бронхо-легочная система: дыхание, через нос, свободное. Перкуторно границы легких в пределах физиологической нормы, ясный легочный звук. Аускультативно дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. ЧДД-16 в минуту. Сердечно-сосудистая система: Перкуторно границы сердца в пределах физиологической нормы. Аускультативно тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. Пульс одинаковый на обеих руках, удовлетворительного наполнения и напряжения. Пульс ритмичный, ЧСС-75 ударов в минуту. АД-100/60 мм.рт.ст. Желудочно-кишечный тракт: язык влажный, на дорсальной поверхности имеет белесоватый налет, сосочки языка не изменены. Слизистая ротовой полости розовая, влажная. Передняя брюшная полость ровная, участвует в акте дыхания. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный, не напряжен. При пальпации печень по краю реберной дуги, край печени гладкий, ровный, эластичный, безболезненный. Стул регулярный, оформленный. Мочеполовая система: мочеиспускание свободное, безболезненное. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Дерматологический статус: патологический процесс на коже носит распространенный, хронический, асимметричный характер с локализацией на гладкой коже правой верхней

конечности в проекции плеча, предплечья, туловища в проекции правой передней и боковой поверхностей брюшной стенки, правой паховой складки, правой нижней конечности в проекции бедра и голени. В этих зонах определяются линейные очаги поражения, состоящие из мелких плоских фолликулярных кератолитических папул размерами 0,1х0,1см, темно-коричневого цвета, шероховатые на ощупь, мелкие чешуйки, вторичные гипер- и гипопигментированные пятна, местами – атрофия (рисунок 1-3).

Рисунок 1 - Поражение гладкой кожи туловища в проекции передней и боковой поверхностей правой половины брюшной стенки

Рисунок 2 - Поражение гладкой кожи правой верхней конечности в проекции плеча и предплечья

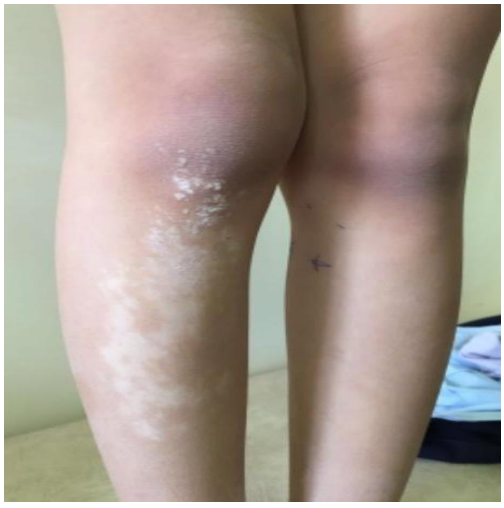


Рисунок 3 - Поражение гладкой кожи правой нижней конечности в проекции бедра и голени

Лабораторные анализы при поступлении: В ОАК гемоглобин-133 г/л, эритроциты-4,3*10/12 л, цветовой показатель-0,9, лейкоциты-9,7*10/9; палочкоядерные-1%, сегментоядерные 59%; эозинофилы-3%; моноциты-2%; лимфоциты-35%; СОЭ-15 мм.рт.ст.

В ОАМ: количество-30,0; цвет соломенно-желтый; удельный вес-м/м; белок-отрицательно; лейкоциты-2-3 в п/зр; плоский эпителий 0,1 в п/зр.

Биохимический анализ крови: глюкоза-4,4 ммоль/л; АлаТ-25 мккат/л; АсаТ-46 мккат/л; общий билирубин-8,6 мкмоль/л; прямой билирубин-1,5 мкмоль/л.

Кал на я/глист – отрицательно.

Заключение педиатра: ДЖВП.

В 2016 году в РГП на ПХВ «НИКВИ» г.Алматы ребёнок был проконсультирован профессором, д.м.н. Есенгараевой З.Б и профессором, д.м.н. Оразымбетовой Ж.А. Выставлены следующие клинические диагнозы: «Недержание пигмента» и «Ихтиозиформный невус».

1. Рекомендовано амбулаторное лечение у врача дерматовенеролога, наблюдение у врачей педиатра, генетика, уролога, гастроэнтеролога в поликлинике по месту жительства.
2. Диета гипоаллергенная с ограничением острой, жирной, жареной пищи.
3. Режим 2, избегать травматизации кожного покрова, переохлаждения, солнечной инсоляции. Соблюдение режима сна и отдыха (сон не менее 8-9 часов в сутки). Избегать психоэмоциональные нагрузки.
4. Кровь ИФА на все кишечные инфекции.
5. S. Natrii Salicylicii 1% по 1 д.л. х 3 р\д №11.
6. P. Natrii Thyosulfatis по 1\2 п. х 3 р\д №10.
7. Tab. Diazolini 1 т. х 1 р\д 1 день.
8. Dr. Retinolumpalminatis 100.000 МЕ по 1 капс. х 1 раз в день №10
9. S. Magnii sulfatis 33% по 1 ч.л. х 3 раза в день №10.
10. Gut. Hylac-Forte по 20 капель х 3 раза в день №11.
11. Салициловая мазь и ланолин крем 2 раза в день в течение 10 дней.

На фоне проведенной медикаментозной терапии отмечается положительная клиническая динамика в виде процесса регрессии, что проявилось уменьшением шелушения и отторжением корочек. Новые элементы не появляются, на фоне регрессирующих очагов поражения сохраняются вторичные гипопигментированные пятна. В настоящее время у ребенка сохраняются длительная ремиссия в виде сохраняющихся вторичных гипопигментированных пятен.

Литература

1. Скрипкин Ю.К. Кожные и венерические болезни.-2005.-С. 48-55.
2. Скрипкин Ю.К., Мордовцев В.Н. Кожные и венерические болезни. Руководство для врачей: М., 1999; Т.2:77-83.
3. Соколовский Е. Дерматовенерология, 2007; С. 83-89.
4. Самцов В.И. Кожные и венерические болезни: руководство для врачей / под ред. Ю.К. Скрипкина и В.Н. Мордовцева.-М.: Медицина, 1999.
5. Дерматовенерология. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Ю.С. Бутова, Ю.К. Скрипкина, О. Л. Иванова.-М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017.-793 с.
6. Buyse L-M. Birth Defects Encyclopedia.-Dover Medical Building, Dover, MA 02-30., U.S.A., 1990.
7. Celia Moss, John Savin. Dermatology and the new genetics.-Blackwell Science LTD., 1995.
8. Козлова С.И., Демикова Н.С., Семакова Е., Блинникова О.Е. Наследственные синдромы и медико-генетическое консультирование.-Москва «Практика»,1996.
9. Балязин В.А., Кравченко М.И., Фомина-Чертоусова Н.А. Нейрокожные синдромы: клиника, диагностика. – Москва, Элиста АПП «Джангар», 2001.
10. Oxford Medical Database.-1999,Vers.2.20.

Түйіндеме

Мақалада 2011 жылы туылған қыз балада Блох-Сульцбергер синдромының терiнi, орталық жүйке жүйесін, көзді және сүйек жүйесін зақымдайтын сирек кездесетін генодерматоздың клиникалық жағдайы көрсетілген. Басқа дерматоздармен дифференциалды диагноз қоюдың клиникалық ерекшеліктері сипатталған.

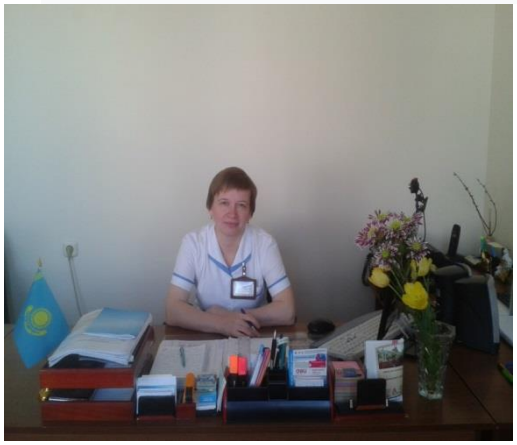
Түйінді сөздер: Блох-Сульцбергер синдромы, генодерматоз, дифференциалды диагноз, клиникалық ерекшеліктері.

Resume

The article presents a clinical case of Bloch-Sulzberger syndrome in a female child born in 2011 - a rare genodermatosis affecting the skin, central nervous system, eyes and bone system. Clinical features for differential diagnosis with other dermatoses are described.

Key words: Bloch-Sulzberger syndrome, genodermatosis, differential diagnosis, clinical features.

УДК 616.5+616.97



КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВРОЖДЁННОГО СИФИЛИСА

Кабардинская Л.И. - дерматовенеролог высшей категории

ГКП на ПХВ «Областной кожно-венерологический диспансер» Управления здравоохранения Акимата Западно-Казахстанской области, г. Уральск, РЕСПУБЛИКА КАЗАХСТАН

Резюме

Сифилис по-прежнему остается одной из социально-значимых инфекций. Наибольшая заболеваемость регистрируется среди женщин в возрасте 18-29 лет. Доля беременных женщин в общей структуре больных сифилисом составляет 8-12%. На этом фоне актуальна проблема заболеваемости сифилисом новорожденных детей. В статье представлен клинический случай раннего врожденного сифилиса у новорожденного ребенка.

Ключевые слова: новорожденный, ранний врожденный сифилис.

Врождённый сифилис является результатом трансплацентарной передачи возбуди-теля больной матерью, характеризующимся разнообразными специфическими и неспеци-фическими проявлениями и возрастной периодичностью.

Ранний врожденный сифилис наблюдается у детей до 2-х лет и включает в себя ранний врожденный сифилис с симптомами и ранний врожденный сифилис скрытый (без симптомов, но с положительными серологическими реакциями). Одним из ранних симптомов врожденного сифилиса является сифилитическая пузырчатка, которая возникает в первые дни и недели жизни ребенка, а часто появляется уже при его рождении. Также, имеется поражение практически всех органов и систем.

Поздний врожденный сифилис – наблюдается у детей после 2-х лет. Его первые клинические проявления появляются уже после 2-х лет жизни ребенка, но чаще между 7-14 годами. Типичными для позднего врожденного сифилиса являются паренхиматозный кератит, лабиринтная глухота и зубы Гетчинсона («триада Гетчинсона»).

Описание клинического случая

20 октября 2020 года в областном перинатальном центре родился ребенок Ж., у которого при осмотре были выявлены патологические высыпания на коже, свойственные для врождённого сифилиса.

Анамнез заболевания: ребёнок выявлен, как бытовой контакт матери Х., 1983 г.р. Женщина встала на учёт по беременности 16 сентября 2020 года в сроке 30 недель в отдаленном районе ЗКО, на уровне центральной районной больницы, обследована на сифилис методом КСР только 09.10.2021 г. При выявлении положительного результата КСР 16.10.2021 года женщина была направлена в областной кожно-венерологический диспансер г. Уральска, обследована (КСР, РПГА, ИФА суммарный, ИФА на ВИЧ), выставлен диагноз: Сифилис скрытый ранний от 16.10.2020 г. Пациентка направлена на стационарное лечение в ОКВД. Женщина успела получить лечение в стационаре ОКВД бензилпенициллина натриевой солью по 1 млн.ед. 6 раз в течение 4-х дней, и 20.10.2020 года с преждевременными родами переведена в областной перинатальный центр.

20 октября 2020 года в областном перинатальном центре родился ребенок Ж. Согласно записи специалистов родильного отделения областного перинатального центра: ребёнок родился от 3-х преждевременных родов в сроке 34 недели. Состояние при рождении средней тяжести за счет кожных проявлений, незрелости, вес при рождении - 2980,0, рост-50 см., крик слабый, тонус мышц снижен, кожный покров бледно-розовый, на ладонной поверхности кистей и подошвенной поверхности стоп определяются пузыри с дряблой покрышкой размером от 3 до 10 мм в диаметре. Подкожно жировая клетчатка развита умеренно, по шкале Апгар - 7/8 баллов. Выставлен диагноз: Недоношенность 34 недели, соответствует сроку гестации. Врожденный сифилис? Группа риска по реализации ВУИ, ребёнок переведён в отделение патологии новорожденных ОПЦ.

Объективные данные в отделении патологии новорожденных: состояние ребенка тяжёлое за счет основного заболевания, незрелости. Кислородо-независима. Ребенок вялый, правильного телосложения, пониженного питания, подкожно жировой слой развит умеренно, кожный покров бледно-розовый, на ладонной поверхности кистей и подошвенной поверхности стоп определяются пузыри с дряблой покрышкой размером от 3 до 10 мм в диаметре, цианоз носогубного треугольника, обильно покрыт лануго. Ушные раковины мягкие. В легких аускультативно пуэрильное дыхание, хрипов нет. ЧД-58 в 1 мин. Тоны сердца приглушены, ритмичны. ЧСС-154 в 1 мин. Живот несколько вздут, печень +2,5 мм, эластичной консистенции, селезенка у края реберной дуги. Пуповинный остаток под скобой, чистый, сухой, низко расположен. Находится на искусственном вскармливании, получает докорм сцеженным молоком, не срыгивала. Неврологический статус: реакция на осмотр вялая. БР спокоен. Фотореакция слабая, сухожильные рефлексы снижены, тонус мышц снижен. Рефлексы врожденного автоматизма вызываются, вялые, непостоянные.

В условиях областного перинатального центра проведено обследование:

1. Нейросонография от 25.10.2020 г. - структурной патологии не выявлено.
2. Осмотр окулиста 31.10.2020 г. - ангиопатия сосудов сетчатки.
3. Консультация венеролога 21.10.2020 г. ранний врожденный сифилис, сифилитическая пузырчатка? Рекомендовано: кровь на КСР, ИФА на 11-е сутки рождения, лечение по схеме раннего врожденного сифилиса с 21.10.2020 г., учитывая анамнез.
4. КСР на сифилис от 31.10.2020 г. 4+1/5.

Ребенок получил лечение по схеме раннего врождённого сифилиса в областном перинатальном центре с 21.10.2020 г. по 03.11.2020 г.:

1. диета, искусственное вскармливание.
2. режим 2б палатный.
3. глюкоза 20% - 20,0 в/в 1 раз в день №4.
4. смесь «Нутрилон» 2 раза в день - 4 дня, далее 1 раз в день – 13 дней.
5. бензилпенициллина натриевая соль по 50.000 ед. х 6 раз в сутки через каждые 4 часа - 14 дней.

Данные объективного осмотра ребёнка после лечения дерматовенерологом ОКВД от 03.11.2020 года: состояние с улучшением, сосёт активно из рожка. Кожный покров и видимые слизистые чистые, без патологических высыпаний. Волосистая часть головы без па-

Рисунок 1 - высыпания на коже ладоней

Рисунок 2 – высыпания на коже стоп

тологии. Зев спокоен. НПО сформированы правильно, по женскому типу. АГО без высыпаний, жом сомкнут. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Живот мягкий, печень и селезенка не увеличены.

Ребёнок переведён на клинико-серологический контроль. Рекомендовано: явка на контроль 03.12.2020 г., консультация и наблюдение у окулиста, невропатолога, лор-врача. Наблюдение у дерматовенеролога в течение 2-х лет. С 03.12.2020 года мама с ребёнком уклоняется от сероконтроля, несмотря на неоднократные вызовы, по месту прикрепления с ребенком не проживает. В данное время место жительства не установлено.

Литература

1. Скрипкин Ю.К., Кубанова А.А., Акимов В.Г. Кожные и венерические болезни.-2007, Москва.-С. 428-441.

2. Самцов В.И. Кожные и венерические болезни: руководство для врачей / под ред. Ю.К. Скрипкина и В.Н. Мордовцева.-М.: Медицина,1999.

3. Мавров И.И. Половые болезни // Энциклопедический справочник, 1994, Киев-Москва.-С. 131-136.

4. Ситкалиева Е.В. Дерматовенерология. Конспект лекций.-2006, Москва.-С. 122-125.

5. Соколовский Е. Дерматовенерология.-2007.-С. 75-84.

Түйіндеме

Мерез әлі де әлеуметтік маңызды инфекциялардың бірі болып қала береді. Ең көп ауру 18-29 жас аралығындағы әйелдер арасында тіркеледі. Мерезбен ауыратын науқастардың жалпы құрылымында жүкті әйелдердің үлесі 8-12% құрайды. Осыған байланысты жаңа туған нәрестелердің мерезбен ауыру проблемасы өзекті болып отыр. Мақалада жаңа туған нәрестеде ерте туа біткен мерездің клиникалық жағдайы көрсетілген.

Түйінді сөздер: жаңа туылған нәресте, ерте туа біткен мерез.

Resume

Syphilis is still one of the socially significant infections. The highest incidence is registered among women aged 18-29 years. For pregnant women, the total number of patients with syphilis is 8-12%. Against this background, the problem of the incidence of syphilis in newborn children is urgent. The article presents a clinical case of early congenital syphilis in a newborn child.

Key words: newborn, early congenital syphilis.

УДК 616.5-003.829.85-085

КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ ЛЕЧЕНИЯ ВИТИЛИГО МЕТОДОМ ФОТОТЕРАПИИ

Жантлеуова О.О. – дерматовенеролог первой категории

ГКП на ПХВ «Областной кожно-венерологический диспансер»
Управления здравоохранения Акимата
Западно-Казахстанской области, г. Уральск
РЕСПУБЛИКА КАЗАХСТАН

Резюме

За последние годы, дерматология, как и вся медицина, шагнула далеко вперёд, используя инновационные методики диагностики и лечения кожных заболеваний, такие как дерматоскопия, фототерапия и дерматокосметологические процедуры.

В областном кожно-венерологическом диспансере Западно-Казахстанской области используются все вышеуказанные методики. В статье более подробно описаны результаты лечения витилиго методом фототерапии.

Ключевые слова: витилиго, диагностика, лечение, дерматоскопия, фототерапия, дерматокосметологические процедуры.

Фототерапия используется для лечения хронических дерматозов, таких как, псориаз, витилиго, почесуха, атопический дерматит, красный плоский лишай (КПЛ), кожный зуд и многие др. Данный метод представляет собой воздействие на поражённую кожу ультрафиолетовыми лучами длиной волны 311 нм. на регулярной основе и под наблюдением врача. Суть процедуры заключается в том, что пациент подвергается воздействию солнечного света или яркого света с различной длины волны от искусственных источников, таких как ультрафиолетовые лампы. Основные механизмы действия данного метода:

1. антипролиферативный - снижение интенсивности деления кератиноцитов (подавление синтеза ДНК);
2. иммуномодулирующий - снижение экспрессии поверхностных клеточных рецепторов, снижение мобильности антигенпрезентирующих клеток Лангерганса, ингибирование активации Т-клеток, индукция программированной гибели клеток (апоптоза) активированных Т-лимфоцитов;
3. противовоспалительный - снижение продукции растворимых медиаторов, прямое сдерживающее влияние на механизмы ангиогенеза.

Описание клинических случаев

В кожно-венерологическом диспансере Западно-Казахстанской области имеются портативные аппараты для лечения ограниченных форм заболеваний и кабина для лечения распространенных и тяжелых форм дерматозов. Лечение в кабине проводится детям с 7 лет, на портативных локальных аппаратах - детям с 1 года (рисунок 1,2).

Рисунок 1 - Кабина для лечения распространенных форм

Рисунок 2 – Аппарат для лечения локальных форм

До начала лечения проводится предварительное медицинское обследование, при необходимости – консультация узких специалистов, далее схема лечения подбирается врачом-дерматовенерологом индивидуально для каждого пациента.

При лечении локальных форм кратность получения процедур 3 раза в неделю, распространенных форм при помощи кабины - 2-3 раза в неделю. До начала лечения проводится предварительное медицинское обследование (ОАК, ОАМ, БАК, УЗИ органов брюшной полости, щитовидной железы, гормоны ТТГ, Т3, Т4, ИФА на глистные инвазии, при необходимости – консультация узких специалистов), далее схема лечения подбирается врачом-дерматовенерологом индивидуально для каждого пациента. При лечении локальных форм кратность получения процедур 3 раза в неделю, распространенных форм при помощи кабины - 2 раза в неделю. Эффективность процедуры клинически доказана.

Пациентка 2008 г.р., из анамнеза заболевания: болеет в течение 10-ти месяцев, заболела после стресса (развод родителей). Диагноз: Витилиго, распространенная форма, симметричное поражение. Площадь поражения кожи составляла 55%. Получала медикаментозное лечение и фототерапия 216 курсов в течение 1,5 лет. Очаги поражения закрылись на 80% (рисунок 3,4).

Рисунок 3 – До лечения

Рисунок 4 – В процессе лечения

Пациентка 1975 г.р., Диагноз: Витилиго, ограниченная форма, симметричное поражение. На момент обращения в ОКВД страдает витилиго в течение месяца. Получала

медикаментозное лечение и фототерапия (аппарат для локальных форм). Состояние после 47 курсов (16 недель), очаги закрылись полностью (рисунок 5,6).

Рисунок 5 – До терапии

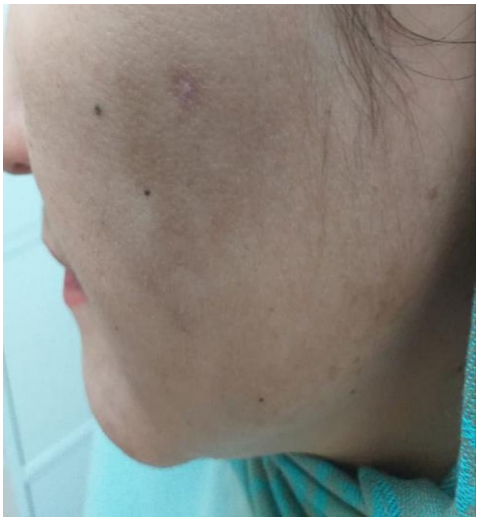


Рисунок 6 – После терапии

Пациентка, 1984 г.р., Диагноз: Витилиго, ограниченная форма, симметричное поражение. Площадь поражения - 25%. Пациентка страдает витилиго в течение 2-х лет. Получала медикаментозное лечение + фототерапия (аппарат для локальных форм) в течение 37 недель. Состояние после 110 курсов фототерапии (рисунок 7,8).

Рисунок 7 – До лечения

Рисунок 8 – После получения 110 курсов

Пациентка 2004 г.р. Диагноз: Витилиго, ограниченная форма, симметричное поражение. Пациентка страдает витилиго с раннего детства. Получала медикаментозное лечение + фототерапия (аппарат для локальных форм) в течение 32 недель. Состояние после 96 курсов фототерапии (рисунок 9,10).

Пациент 1991 г.р. Диагноз: Витилиго, распространенная форма, симметричное поражение. Площадь поражения 50%. Назначено медикаментозное лечение + фототерапия (кабина для распространённых форм). Состояние после 31 курса фототерапии. В очагах начинается репигментация (рисунок 11,12).

Медикаментозное лечение включало в себя: очищение организма (энтеросорбенты, травяные чаи с мочегонным и желчегонным эффектом), иммуномодуляторы и витамины (неовир в/м, беневрон в/м, перорально: олиго-цинк, олиго-селен, осега-3, фолиевая кислота по схеме), наружное лечение (мазь «протопик» 0,03 (0,1%) в течение первых 3-х месяцев, далее переход на гель «витискин»), эмоленты и солнцезащитные крема с SPF 50+.

Рисунок 9 – До лечения

Рисунок 10 – После получения 96 курсов

Требованиями к результатам лечения являются:
- прекращение появления новых и увеличения существующих очагов поражения;
- отсутствие воспалительных явлений на коже;
- восстановление пигментации в очагах витилиго;
- повышение качества жизни больных.

Рисунок 11-12 – После 31 курса фототерапии

Узкополосная фототерапия с длиной волны 311 нм зарекомендовала себя, как один из наиболее эффективных методов лечения витилиго. В ЗКО данный метод внедрён с 2019 года. За 2 года (2019-2020 гг.) в областном кожно-венерологическом диспансере пролечено методом фототерапии 53 пациента с витилиго, продолжают получать лечение ещё 35 пациентов. Проведение полного 6-месячного курса лечения дало высокий (75-80%) процент стойкой репигментации в очагах витилиго.

Литература

1. Köster W., Wiskemann A. Phototherapie mit UV-B bei Vitiligo. Z Hautkr 1990; 65(11):1022-1029.

2. Прошутинская Д.В., Харитонова Н.И., Волнухин В.А. Применение селективной фототерапии в лечении детей, больных витилиго // Вестн. дерматол. венерол.-2004; 3:47-49.

3. Passeron T., Ostovari N., Zakaria W. et al. Topical tacrolimus and the 308-nm excimer laser: a synergistic combination for the treatment of vitiligo // Arch Dermatol.-2004; 140(9):1065- 1069.

4. Де Фрейтас Л.И. ПУВА-терапия больных витилиго в сочетании с наружным применением отечественного препарата экстракта плаценты // Вестн. дерматол. Венерол.-1991.-№10.-С. 28-31.

5. Рахматов А.Б., Мирахмедов У.М., Раимжанова М.Р. Применение фотохимиотерапии при лечении больных витилиго // Тез. докл. IX Всесоюзн. съезда дерматовенерологов.-М.-1991.-С. 278.

6. Рахматов А.Б., Ваисов А.Ш., Чиченина И.В., Хасанова Д.Ф. Современные аспекты витилиго // Тез. докл. научно-практ. конф. "Дисхромии кожи и другие проблемы дерматовенерологии".-Ташкент.-1993.-С. 16-17.

7. Рахматов А.Б., Хасанов Д.С., Тен В.Н. Дифференцированные методы лечения больных витилиго // Новости дерматологии и венерологии.-1998.-№ 1.-С. 13-16.

8. Таджибаев Т.Т. Витилиго. Ташкент: Медицина.-1972.-249 с.

9. Арифов С.С. Достижения клинической дерматовенерологии // В кн.: Актуальные проблемы дерматовенерологии.-Ташкент, 2001.-С. 9-11.

Түйіндеме

Соңғы жылдары дерматология, барлық медицина сияқты, дерматоскопия, фототерапия және дерматокосметологиялық емшаралар тәрізді тері ауруларын диагностикалау мен емдеудің инновациялық әдістерін қолдана отырып, алға дамыды.

БҚО облыстық тері-венерологиялық диспансерде жоғарыда аталған барлық әдістер қолданылады. Мақалада витилигоны фототерапия әдісімен емдеу нәтижелері толығырақ сипатталған.

Түйінді сөздер: ақтаңдақ, диагностикалау, емдеу, дерматоскопия, фототерапия, дерматокосметологиялық емшаралар.

Resume

In recent years, dermatology, like all medicine, has made great strides forward using innovative methods of diagnosing and treating skin diseases such as dermatoscopy, phototherapy and dermatocosmetology procedures.

In the regional dermatovenerologic dispensary of the West Kazakhstan region, all the above methods are used. The article describes in more detail the results of the treatment of vitiligo by phototherapy.

Key words: vitiligo, diagnosing, treating, dermatoscopy, phototherapy, dermatocosmetology procedures.

УДК 616.5-02:615.277.3

КОЖНО-ТОКСИЧЕСКАЯ РЕАКЦИЯ: СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

Куанов Т.О.[1] – главный врач;
Есентаева С.Е.[2], Баев А.И.[1]

[1]ГКП на ПХВ «Кожно-венерологический диспансер» УОЗ г. Алматы»,
[2]НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет» г. Алматы
РЕСПУБЛИКА КАЗАХСТАН

Резюме

В статье приводится случай возникновения кожно-токсической реакции у пациента при применении химиотаргетной терапии. Показано, что кожно-токсические реакции, возникающие при проведении терапии с применением указанных системных средств, могут препятствовать проведению основного лечения и ухудшают качество жизни онкологических пациентов. Данные пациенты обязательно нуждаются в коррекции кожных проявлений с участием дерматолога.

Ключевые слова: химиотаргетная терапия, кожно-токсические реакции, папулезно-пустулезные высыпания, дерматологический индекс качества жизни.

Успехи в лечении опухолей связаны с появлением таргетных препаратов, которые имеют более благоприятный профиль безопасности в сравнении с химиотерапией, для которой характерны такие побочные проявления как тошнота, рвота, угнетение кроветворения. Однако селективные ингибиторы эпидермального фактора роста вызывают другие побочные эффекты, наиболее распространенными из которых являются кожные токсические реакции [1].

Дерматологические побочные реакции регистрируются более чем в 90% случаев. Несмотря на то, что дерматологические проявления токсичности могут вызывать ухудшение качества жизни пациента, требовать изменения схемы лечения и в конечном итоге приводить к снижению приверженности к противоопухолевому лечению, их выраженность коррелирует с эффективностью противоопухолевого лечения, общей выживаемостью онкологических больных и выживаемостью без прогрессирования болезни.

В настоящей публикации представляем случай кожно-токсической реакции по типу папулезно-пустулезных высыпаний у пациента, получавшего химиотаргетную терапию.

Случай из практики

Пациент мужского пола Н. 1960 г.р., в течение последних нескольких месяцев отмечал нарушение стула, запоры. В январе 2020 г. возникла острая задержка стула, не разрешавшаяся в течение нескольких дней, в связи, с чем он был экстренно госпитализирован. В начале февраля 2020 г., была произведена паллиативная циторедуктивная операция в объеме левосторонней гемиколэктомии. После полного обследования у пациента были выявлены множественные метастазы в печени и легких. На основании клинико-рентгенологических и морфологических исследований был установлен диагноз: рак селезеночного угла ободочной кишки, T4NxM1, множественные метастазы в печени, легких.

Учитывая первично-метастатический процесс пациенту планировалось проведение химиотерапии с включением таргетного компонента. Для определения мутационного статуса опухоли, поиска клинически значимых генетических мишеней решено было провести полное геномное профилирование опухоли по программе FMI: в генах KRAS, NRAS, BRAF не было выявлено мутаций. Также не было выявлено микросателитной нестабильности (MS-Stable), а мутационная нагрузка оказалась невысокой (TMB-5 muts). Полученные результаты свидетельствовали о чувствительности опухоли к селективным ингибиторам эпидермального фактора роста, ожидаемой неэффективности иммунотерапии.

С учетом стадии заболевания, морфологического типа опухоли (умеренно дифференцированная аденокарцинома), генетического статуса, в марте 2020 г. была начата химиотаргетная терапия по схеме FOLFOX-4 - каждые 2 недели и Панитумумаб - каждые 2 недели.

При контрольной КТ ОГК, ОБП и ОМТ от 20.04.2020 г., после 2-х циклов химиотаргетной терапии, при сравнении с данными от 24.01.2020 г. была достигнута стабилизация процесса с положительной динамикой.

Однако на 2-й неделе после первого введения Панитумумаба у пациента появились жалобы на высыпания вокруг рта, после второго введения препарата - по всему лицу и на волосистой части головы.

На коже лица (преимущественно периоральная область, спинка и крылья носа, щеки), в области волосистой части головы, на фоне умеренно выраженной гиперемии множественная папулезно-пустулезная сыпь (рисунок 1,2). Папулы-пустулы величиной с просяное зерно, конической или полушаровидной формы, с умеренно выраженной инфильтрацией в основании. На поверхности некоторых элементов мелкие эрозии, покрытые едва заметными геморрагическими корочками - результат высыхания экссудата. Субъективно: умеренно выраженный зуд.

Рисунок 1,2 - На коже лица, преимущественно в периоральной области, спинке и крыльях носа, щек, в области волосистой части головы, на фоне умеренно выраженной гиперемии множественная папулезно-пустулезная сыпь

Из анамнеза жизни установлено, что сыпь на коже возникла впервые; ранее на диспансерном учете у дерматолога не состоял. Наследственность по кожной патологии не отягощена, аллергологический анамнез без особенностей.

Данная акнеподобная (папулезно-пустулезная) сыпь была оценена нами как возникновение дерматологической токсической реакции I-II степени [2] на применение комбинированной химиотаргетной терапии (folfox-4 и панитумумаб).

Дерматологический индекс акне (ДИА) был оценен как 6-7 баллов, что соответствовало средней степени тяжести кожного процесса [3]. Дерматологический индекс качества жизни (ДИКЖ) составил 15 баллов, что соответствовало очень сильному влиянию на качество жизни [4].

Пациенту было рекомендовано топическое применение комбинированного крема (бетаметазон + клотримазол + гентамицин) 2 раза в день в течение 10 дней, с переходом на его однократное применение в последующие дни до полного исчезновения сыпи.

Параллельно, с 5 дня местно применялся также диоленил (крем, Avene Cleanance Expert). Предварительно перед нанесением указанных топических средств пустулезные элементы были обработаны 1% раствором метиленового синего. Кроме того, с целью купирования зуда применялся дезлоратадин по 1 таблетке 1 раз в день в течение 10 дней.

На период терапии пациенту также было рекомендовано соблюдение следующих профилактических мероприятий: ограничение времени контакта с водой, использование теплой воды; ограничение пребывания на солнце.

Применение данной схемы терапии через 21 день привело к значительному клиническому улучшению: к концу дерматологической терапии ДИА был оценен как 0-1 баллов; значения ДИКЖ также свидетельствовали о существенном улучшении состояния пациентов: 0-3 балла - к концу терапии.

Обсуждение

В литературе имеются сведения о развитии и обострении кожно-токсических реакций после таргетной терапии [5]. Папулезно-пустулезные высыпания, вследствие системной таргетной терапии возникают с использованием препаратов, ингибирующих эпидермальный фактор роста опухоли, а также их комбинаций [6]. Приводимый нами случай дополняет количество известных случаев акнеподобных реакций, индуцированных таргетной терапией.

Заключение

Таргетная терапия, несомненно, является значительным достижением противоопухолевого лечения. Для препаратов, применяемых в таргетной терапии, наиболее часто наблюдаемым и специфическим нежелательным явлением являются кожные токсические реакции, которые не приводят к смертельным исходам, но могут значительно изменить качество жизни пациента. Знание клиники кожных изменений при таргетной терапии, своевременная и адекватная симптоматическая терапия токсических реакций позволят не только улучшить переносимость противоопухолевого лечения и качество жизни, а также добиться большего эффекта.

Литература

1. Joshi S. S., Ortiz S., Witherspoon J. N. et al. Effects of epidermal growth factor receptor inhibitor-induced dermatologic toxicities on quality of life. Cancer 2010; 116 (16):3916-23. DOI: 10.1002/cncr.25090. PMID: 20564072.

2. Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) Version 4.0 Available at: https://evs.nci.nih.gov/ftp1/CTCAE/CTCAE_4.03_2010‑06‑14_QuickReference_5x7.pdf.

3. Кочергин Н.А., Самгин М.А., Монахов С.А., Игнатьев Д. Дерматологический индекс акне. Эстетическая медицина.-2004;3(1):62-5. [Kochergin N.A., Samgin M.A., Monakhov S.A., Ignat'ev D. // Acne Dermatology Index. Esteticheskaya meditsina = Aesthetic Medicine 2004;3(1):62–5. (In Russ.)].

4. Dermatology Quality of Life Index (DLQI). Available at: http://www.cardiff.ac.uk/-dermatology/quality-of-life/dermatology-quality-oflifeindex-dlqi/.

5. Segaert S., Chiritescu G., Lemmens L., Dumon K., van Cutsem E., Tejpar S. Skin toxicities of targeted therapies // Eur. J. Cancer.-2009; 45(Suppl. 1): 295–308. doi: 10.1016/S0959-8049(09)70044-9.

6. Lacouture M.E., Lai S.E. The PRIDE (Papulopustules and/or paronychia, Regulatory abnormalities of hair growth, Itching, Dryness due to EGFR inhibitors) syndrome // Br. J. Dermatol.-2006; 155(4): 852-4.

Түйіндеме

Мақалада химиялық мақсатты терапияны қолдану кезінде науқаста тері-токсикалық реакцияның пайда болу жағдайы келтірілген. Көрсетілген жүйелі құралдарды қолдана отырып терапия жүргізу кезінде пайда болатын тері-уытты реакциялар негізгі ем жүргізуге кедергі келтіруі және онкологиялық пациенттердің өмір сүру сапасын нашарлатуы мүмкін екендігі көрсетілген. Бұл пациенттер міндетті түрде дерматологтың қатысуымен тері көріністерін түзетуді қажет етеді.

Түйінді сөздер: химиотаргеттік терапия, тері-уытты реакциялар, папулезді-пустулезді бөртпелер, өмір сапасының дерматологиялық индексі.

Resume

The article presents a case of a skin-toxic reaction in a patient when using chemo-targeted therapy. It is shown that skin-toxic reactions that occur during therapy with the use of these systemic agents can interfere with the main treatment and worsen the quality of life of cancer patients. These patients necessarily need correction of skin manifestations with the participation of a dermatologist.

Key words: chemotarget therapy, skin-toxic reactions, papular-pustular rashes, dermatological index of quality of life.

Памяти профессора Сапарбекова Мурата Какимжановича

Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний понес невосполнимую утрату. 7 августа 2021 года на 76 году жизни скоропостижно скончался признанный эпидемиолог, профессор, автор 257 научных работ, Сапарбеков Мурат Какимжанович.

Его жизнь была полна свершений в сфере здравоохранения. Компетентный эпидемиолог и опытный организатор здравоохранения Мурат Какимжанович внес весомый вклад в становление СПИД службы страны. Соратник основателя СПИД службы Якова Аркадьевича Клебанова, он был назначен первым главным врачом Республиканского центра по профилактике и борьбе со СПИД (РЦ СПИД).

Он был научным наставником для немалого количества специалистов из службы СПИДа. Под его научным руководством были подготовлены диссертации на соискание степени кандидата медицинских наук, PhD в области общественного здравоохранения. Под авторством Мурата Какимжановича вышли монографии, учебные пособия по проблеме ВИЧ/СПИД, ИППП. Его наиболее значимыми работами стали: учебное пособие для студентов медицинских институтов «Синдром приобретенного иммунодефицита» (1995), монографии: «Эпидемиология и профилактика ВИЧ-инфекции в Казахстане» (2000), «Эпидемиология ВИЧ-инфекции и ИППП» (2006), «ВИЧ-инфекции – эпидемиологические и социальные аспекты» (2008), учебное пособие для преподавателей «Основы эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией» (2010), учебные пособия для магистрантов, PhD, слушателей ФПК «Лекции по описательной и аналитической эпидемиологии» (2012), «Стандарты и алгоритмы действий специалистов первичного звена здравоохранения при ИППП» (2014).

Хороший друг, обаятельный и легкий в общении человек, интеллигент. Его качества, такие как активность, жизнерадостность, а также целеустремлённость и профессионализм, были для нас примером. Он останется в наших сердцах надёжным товарищем и мудрым советчиком, всегда готовым прийти на помощь в любой ситуации. Помним, любим, скорбим.

Профессор Сапарбеков Мұрат Кәкімжанұлыны еске алу

Қазақ дерматология және инфекциялық аурулар ғылыми орталығы орны толмас қазаға ұшырады. 2021 жылдың 7 тамызында 76 жасында танымал эпидемиолог, профессор, 257 ғылыми жұмыстың авторы Сапарбеков Мұрат Кәкімжанұлы кенеттен қайтыс болды.

Оның өмірі денсаулық сақтау саласындағы жетістіктерге толы болды. Білікті эпидемиолог және денсаулық сақтаудың тәжірибелі ұйымдастырушысы Мұрат Кәкімжанұлы еліміздің ЖИТС қызметінің қалыптасуына елеулі үлес қосты. ЖИТС қызметінің негізін қалаушы Яков Аркадьевич Клебановтың серіктесі болды, ол ЖИТС-тың алдын алу және оған қарсы күрес жөніндегі республикалық орталықтың (ЖИТС РО) алғашқы бас дәрігері болып тағайындалған еді.

Ол ЖИТС-тің көптеген мамандары үшін ғылыми тәлімгер болды. Оның ғылыми жетекшілігімен қоғамдық денсаулық сақтау саласындағы медицина ғылымының кандидаттары, PhD дәрежесін алу үшін диссертациялар дайындалды. Мұрат Кәкімжанұлының авторлығымен АИТВ/ЖИТС, ЖЖБИ мәселелері бойынша монографиялар, оқу құралдары жарық көрді. Оның ең маңызды еңбектері: медицина институттарының студенттеріне арналған «Жұқтырылған иммун тапшылығы синдромы» (1995) оқу құралы, «Қазақстандағы АИТВ инфекциясының эпидемиологиясы және оның алдын алу» (2000), «АИТВ инфекциясы және ЖЖБИ эпидемиологиясы» (2006), «АИТВ инфекциясы – эпидемиологиялық және әлеуметтік аспектілер» (2008) монографиялары, «АИТВ инфекциясын эпидемиологиялық қадағалау негіздері» оқытушыларға арналған оқу құралы (2010), «Сипаттамалық және аналитикалық эпидемиология бойынша дәрістер» магистранттарға, PhD-ге ФПК тыңдаушыларына арналған оқу құралдары (2012), «ЖЖБИ кезіндегі денсаулық сақтаудың бастапқы буыны мамандарының стандарттары мен іс-қимыл алгоритмдері» (2014) оқу құралдары болды.

Ол жақсы дос, қарапайым және ашық, интеллигент тұлға болды. Оның белсенділік, көңілділік, сондай-ақ мақсаттылық және кәсібилік сияқты қасиеттері біз үшін әрқашан да үлгі болмақ. Ол біздің жүрегімізде кез-келген жағдайда көмекке келуге әрқашан дайын сенімді жолдас және парасатты да ақылшы болып қала бермек. Ұмытпаймыз, ұлықтаймыз, қайғырамыз.

Отчет об участии отдела последипломного образования в работе XXI ВСЕРОССИЙСКОГО СЪЕЗДА ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГОВ И КОСМЕТОЛОГОВ 2021

В период с 07-10 сентября 2021 года в онлайн формате состоялся XXI Всероссийский съезд дерматовенерологов и косметологов 2021, явившийся образовательным мероприятием, призванным помочь специалистам в изучении вопросов лечения дерматологических заболеваний, в том числе и псориаза: алгоритмов выбора стратегии лечения, тактики ведения пациентов на биологической терапии.

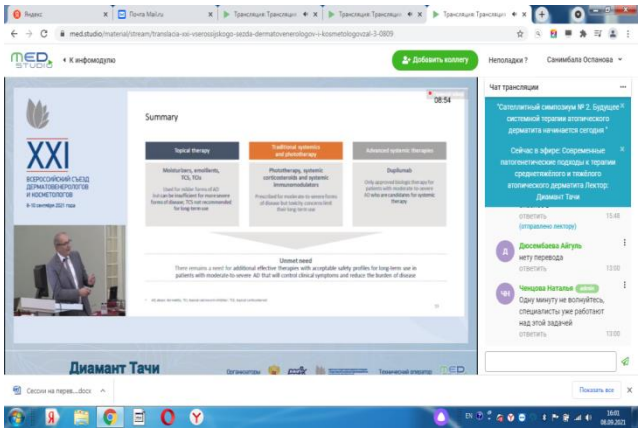
В рамках организации мероприятия была проведена регистрация 86 участников.

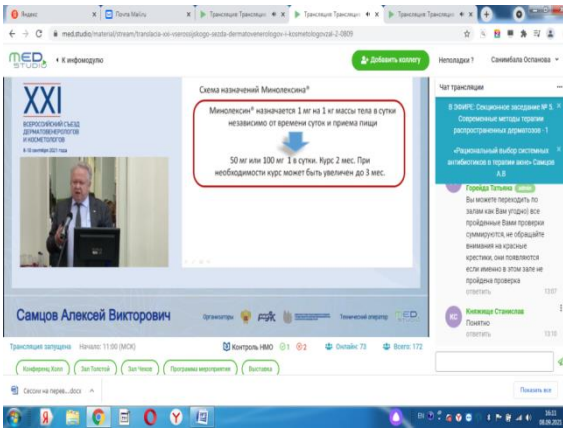
Всероссийский съезд дерматовенерологов и косметологов является одним из самых крупных дерматологических конгрессов в России, ежегодно на данном мероприятии участвуют дерматологи из разных стран СНГ.

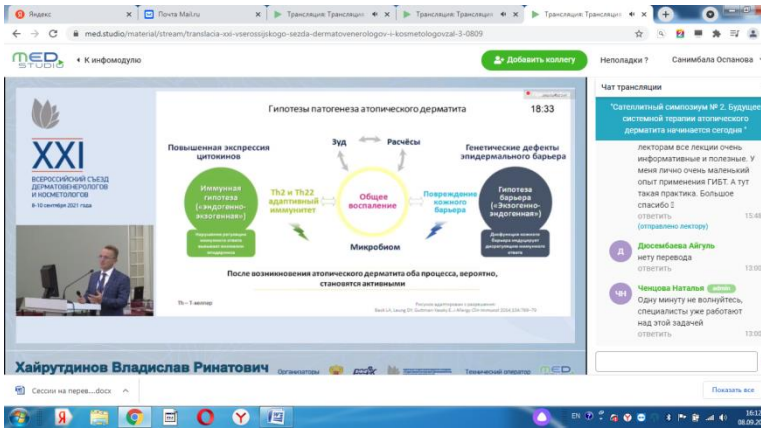
На Конгрессе в 2021 году выступили ведущие специалисты России, которые в своих докладах рассмотрели современные аспекты диагностики и лечения дерматологических заболеваний. Вниманию дерматологов также были представлены обновленные клинические рекомендации для внедрения в повседневную клиническую практику самых последних достижений в области дерматологии, в том числе и для лечения псориаза.

Важной частью мероприятия является улучшение качества оказания медицинской помощи населению с помощью непрерывного повышения уровня профессиональной подготовки и компетентности менеджеров здравоохранения и врачебного персонала. Участие ведущих специалистов в области терапии псориаза в данном конгрессе сможет устранить недостаток информированности, способствовать внедрению современных стандартов лечения и повысить профессиональный уровень дерматологов Казахстана.

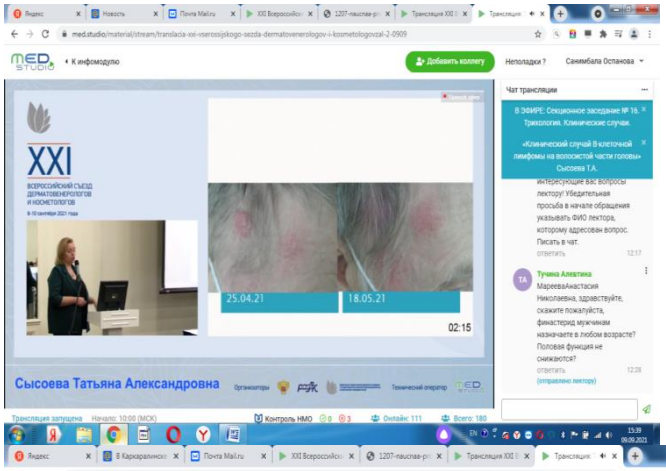
08 сентября 2021 г.

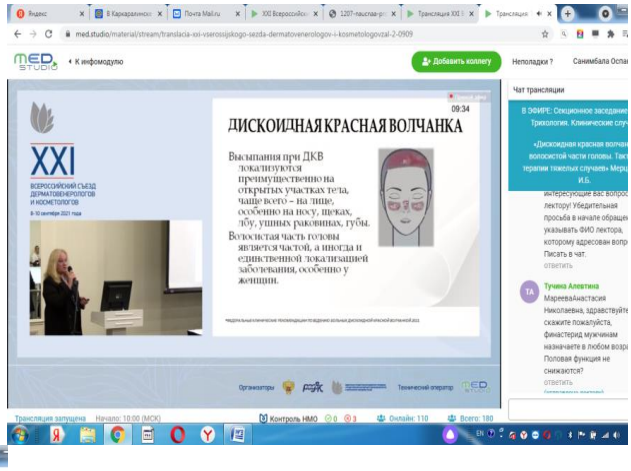


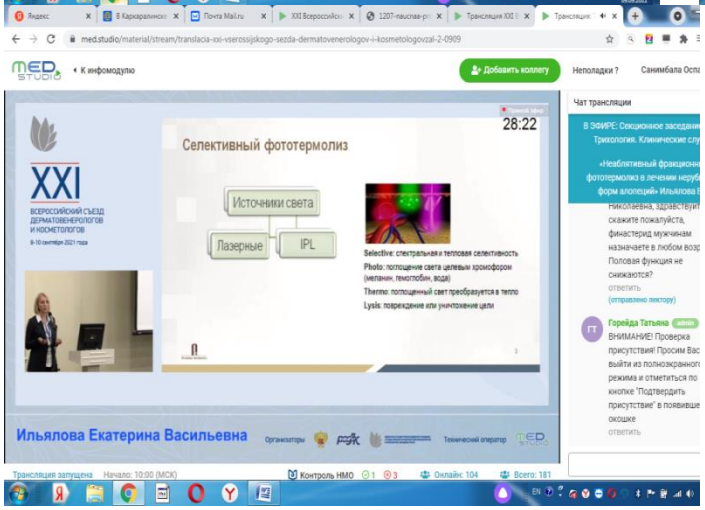




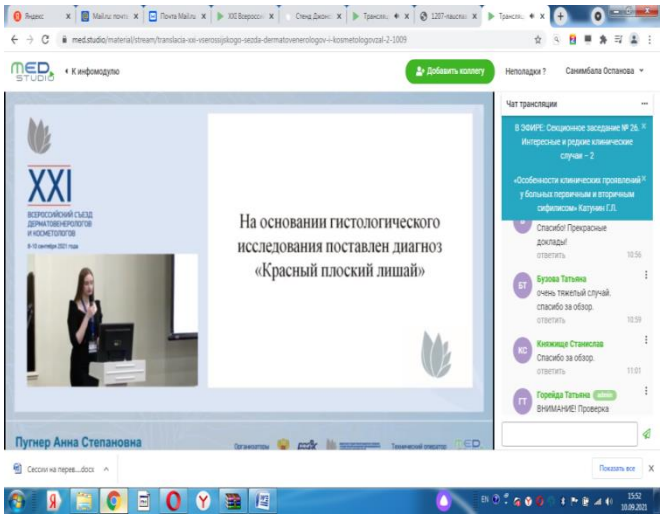
09 сентября 2021 г.

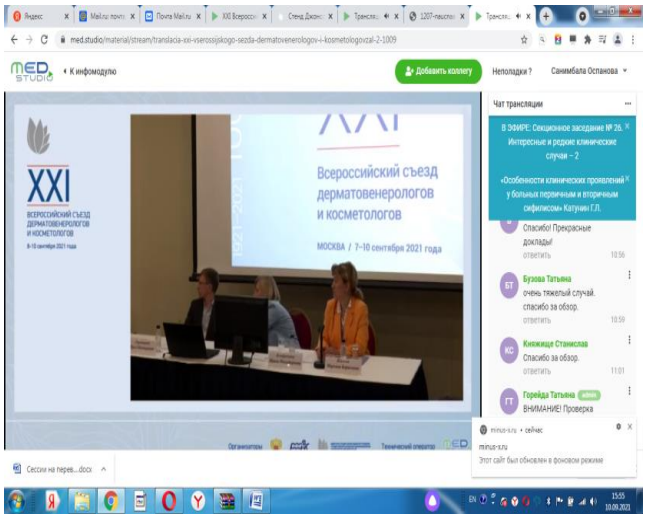






10 сентября 2021 г.





Результатом плодотворной работы Конгресса явилось содействие созданию и внедрению современных стандартов диагностики и лечения дерматологических заболеваний, повышение качества лечения больных с хроническими дерматозами, путем информирования врачей-дерматологов в части необходимости внедрения стратегии раннего применения генно-инженерной терапии, специализирующихся в диагностике и терапии псориаза.

На сегодняшний день псориаз относится к социально-значимой проблеме. В рамках проекта рассматривались вопросы использования фототерапии, генно-инженерной терапии. Как отметили все участники мероприятия, данное мероприятие стало отличной возможностью для специалистов в области дерматологии получить актуальную информацию о современных алгоритмах выбора стратегии лечения, тактике ведения пациентов с псориазом, с целью совершенствования оказания дерматологической помощи, повышения уровня диагностики, поиска новых путей совершенствования дерматологической службы в Республике Казахстан.

Зав. отдела последипломного образования
РГП на ПХВ «Казахский научный центр дерматологии
и инфекционных заболеваний» МЗ РК, к.м.н. С.А. Оспанова

Отчет об участии отдела последипломного образования
на EADV`S 30th Congress Virtual 2021
Конференция с онлайн-трансляций с синхронным переводом на русский язык

EADV`S 30th Congress Virtual 2021 - самое важное аккредитованное международное мероприятие в календаре дерматовенерологии. EADV- научное мероприятие, которое продемонстрировало последние инновации в дерматологии и венерологии и предоставила платформу для глубокого научного обмена со специалистами всего мира. EADV - это ведущее сообщество, расширяющее знания специалистов в области здравоохранения и сторонников дерматологии и венерологии. Содержание конгресса в этом году предложило слушателям яркую повседневную образовательную программу, которая использовала уникальные возможности, предоставляемые цифровым обучением, продемонстрировала множество интерактивных услуг, включая веб-семинары, расширенные цифровые коммуникации, электронное обучение и веб-инструменты для поддержки непрерывного медицинского образования и обеспечения более широкого распространения знаний.

Программа была разработана ведущими мировыми специалистами в области дерматовенерологии, ориентирована на оптимизацию ухода за пациентами. Программа была наполнена достижениями в области науки и клинической практики, включала в себя более 550 выдающихся докладчиков, 10 пленарных лекций и 160 одновременных сессий по актуальным темам. Последние новости, бесплатные цифровые коммуникации, е-постеры, отраслевые сессии и возможность пообщаться с коллегами- представленные организаторами возможности.

Участие ведущих специалистов в области терапии псориаза в данном конгрессе сможет устранить недостаток информированности, способствовать внедрению современных стандартов лечения и повысить профессиональный уровень медицинских специалистов Казахстана.

Данное мероприятие проходило с 29 сентября по 02 октября 2021 года, являлось образовательным мероприятием, проходившем в онлайн формате, и призванное помочь специалистам в изучении вопросов лечения больных: алгоритмов выбора стратегии лечения, тактики ведения пациентов с дерматологическими заболеваниями.

В рамках организации мероприятия была проведена регистрация 50 участников и 2 переводчиков, а также с целью освещения современных подходов к терапии Псориаза был организован синхронный удаленный перевод на русский язык сессий, посвященных воспалительным заболеваниям кожи.

Данные сессии были выбраны с учетом актуальности дерматологических заболеваний в РК. В настоящее время происходит изменение концепции ведения пациентов с дерматологическими заболеваниями, направленное на улучшение подходов к терапии, т.к. внедрение в практику современных научных достижений позволяет улучшить качество жизни пациентов, снизить частоту развития коморбидных состояний данной группы пациентов. Предоставленная возможность прослушивания сессий на русском языке позволило докторам ускорить внедрение современных методов лечения в повседневную практику, что даст возможность значительно улучшить качество жизни пациентов, путем достижения ремиссии заболеваний.

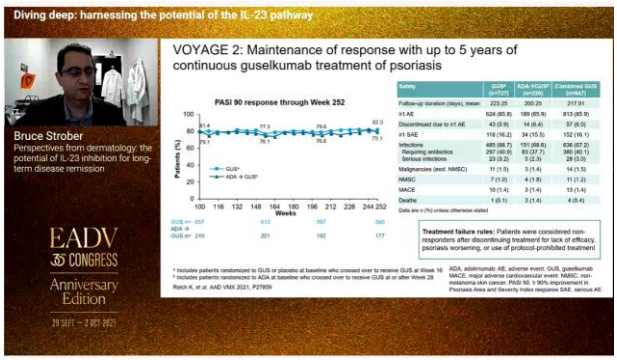
Также в рамках организации проекта было арендовано оборудование для записи лекций с сайта с наложением синхронного перевода, была предоставлена ютуб ссылка с переводом сессий, использована услуга переводчиков, так же была проведена загрузка видеозаписи перевода на веб-платформу с постоянным доступом для просмотра.

29 сентября 2021 г.
Stressed skin: from acute exposome impact to skin care innovation
SATELLITE SYMPOSIUM

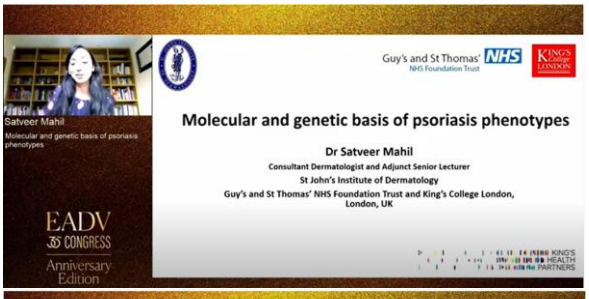
Session ID SAT 24
MIA-inhibitors technology: a new option in managing vitiligo

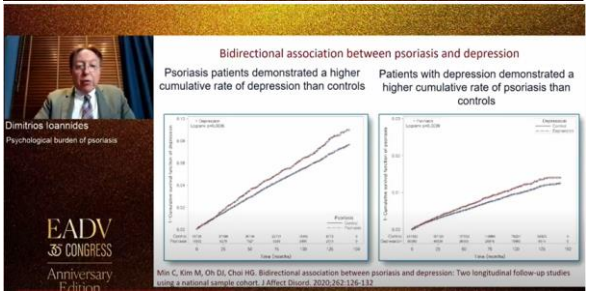
Presentation ID D3T04.1C
Use of biologics and immunosuppressive drugs in COVID period

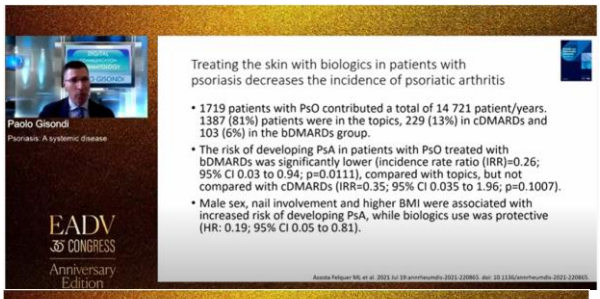
Presentation ID SAT 37.02
Perspectives from dermatology: the potential of IL-23 inhibition for long-term disease remission

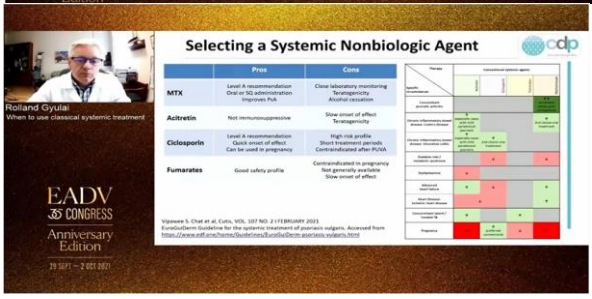


30 Сентября 2021 сессии с переводом

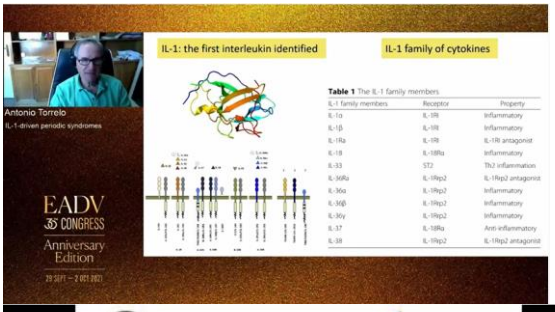


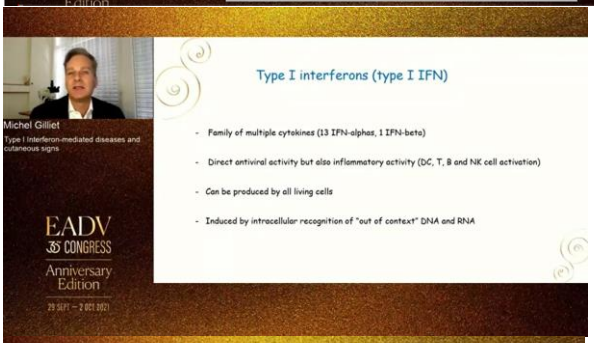


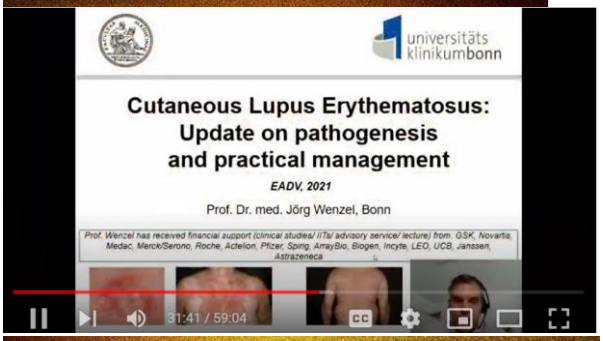


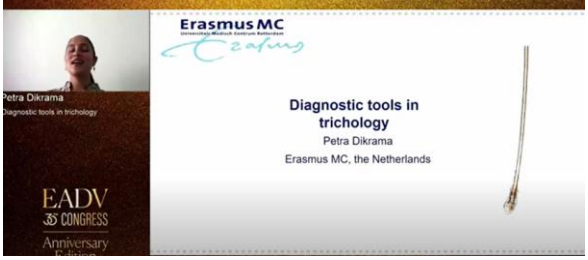


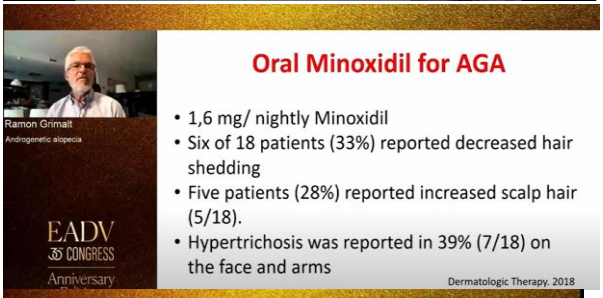
Amir Yazdi
Pathophysiology of autoinflammatory syndromes
UNIKLINIK RWTH AACHEN
Klinik für Dermatologie und Allergologie
Pathophysiology of autoinflammatory syndromes
Amir S. Yazdi
EADV CONGRESS
Anniversary Edition


Antonio Torrelo
IL-1-driven periodic syndromes
IL-1: the first interleukin identified
IL-1 family of cytokines
Table 1 The IL-1 family members
EADV CONGRESS
Anniversary Edition


Michel Gilliet
Type I Interferon-mediated diseases and cutaneous signs
Type I interferons (type I IFN)
- Family of multiple cytokines (13 IFN-alphas, 1 IFN-beta)
- Direct antiviral activity but also inflammatory activity (DC, T, B and NK cell activation)
- Can be produced by all living cells
- Induced by intracellular recognition of "out of context" DNA and RNA
EADV CONGRESS
Anniversary Edition


universitäts klinikumbonn
Cutaneous Lupus Erythematosus: Update on pathogenesis and practical management
EADV, 2021
Prof. Dr. med. Jörg Wenzel, Bonn
Prof. Wenzel has received financial support (clinical studies/ IITs/ advisory service/ lecture) from: GSK, Novartis, Medac, Merck/Serono, Roche, Actelion, Pfizer, Spirig, AbbVie, Biogen, Incyte, LEO, UCB, Janssen, Astrazeneca
31:41 / 59:04

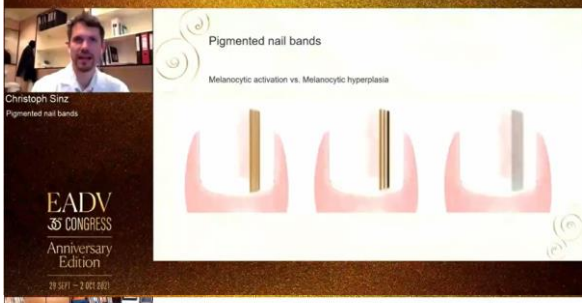

Petra Dikrama
Diagnostic tools in trichology
Erasmus MC
Diagnostic tools in trichology
Petra Dikrama
Erasmus MC, the Netherlands
EADV CONGRESS
Anniversary Edition

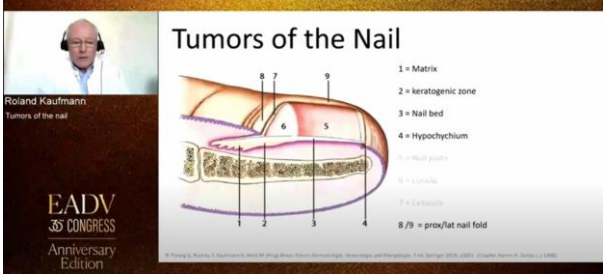

Ramon Grimalt
Androgenetic alopecia
Oral Minoxidil for AGA
• 1,6 mg/ nightly Minoxidil
• Six of 18 patients (33%) reported decreased hair shedding
• Five patients (28%) reported increased scalp hair (5/18).
• Hypertrichosis was reported in 39% (7/18) on the face and arms
Dermatologic Therapy. 2018
EADV CONGRESS
Anniversary

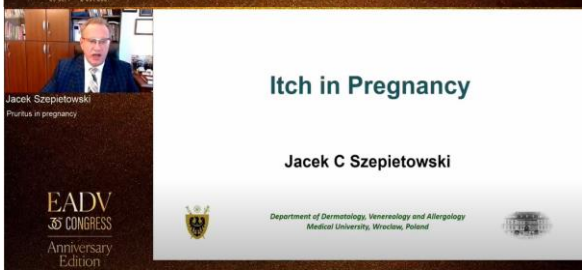
Anna Waskiel
Alopecia areata and mimicks
EADV CONGRESS
Anniversary Edition

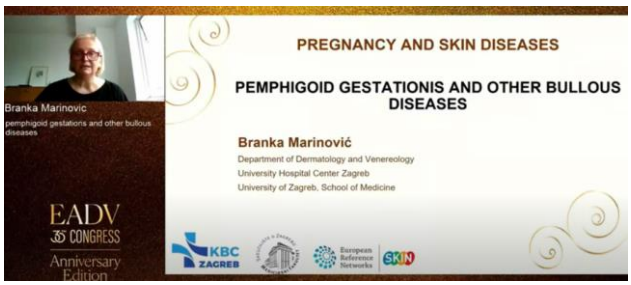
Michela Starace
Congenital nail disorders
European Nail Society
INS
CONGENITAL NAIL DISEASES
Michela Starace, MD PhD
Department of Experimental, Diagnostic and Specialty Medicine
University of Bologna, Dermatology
EADV CONGRESS
Anniversary Edition

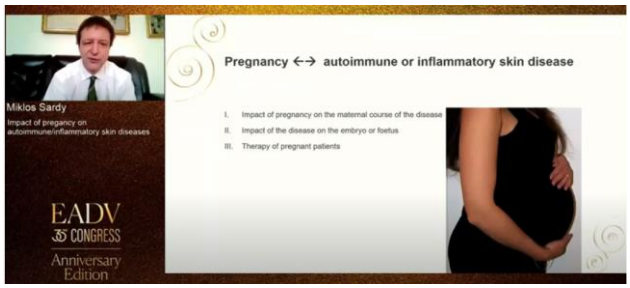
Andre Lencastre
Performing nail biopsy
Nail avulsion
• To reach, see (& harvest) a subungual lesion (bed or matrix)
• Partial/Total with/without replacement
EADV CONGRESS
Anniversary Edition


Christoph Sinz
Pigmented nail bands
Pigmented nail bands
Melanocytic activation vs. Melanocytic hyperplasia
EADV CONGRESS
Anniversary Edition


Roland Kaufmann
Tumors of the nail
Tumors of the Nail
1 = Matrix
2 = keratogenic zone
3 = Nail bed
4 = Hypochychium
8 /9 = prox/lat nail fold
EADV CONGRESS
Anniversary Edition


Jacek Szepietowski
Pruritus in pregnancy
Itch in Pregnancy
Jacek C Szepietowski
Department of Dermatology, Venereology and Allergology
Medical University, Wroclaw, Poland
EADV CONGRESS
Anniversary Edition

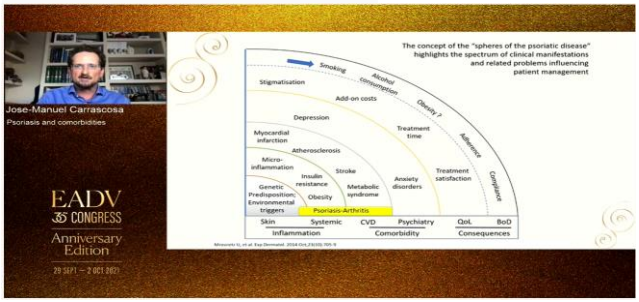




1 октября 2021

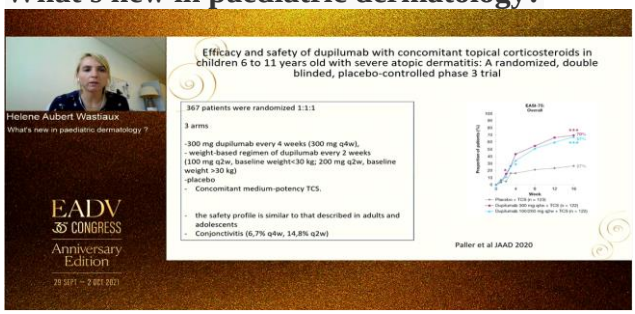
Presentation ID D2T11.1C

Psoriasis and comorbidities



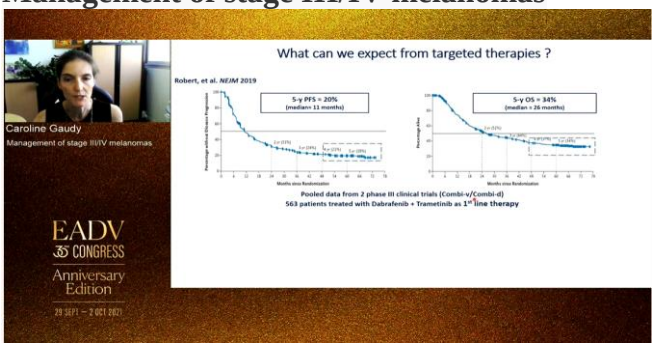
Presentation ID D2T03.1A

What's new in paediatric dermatology?



Presentation ID D2T04.2A

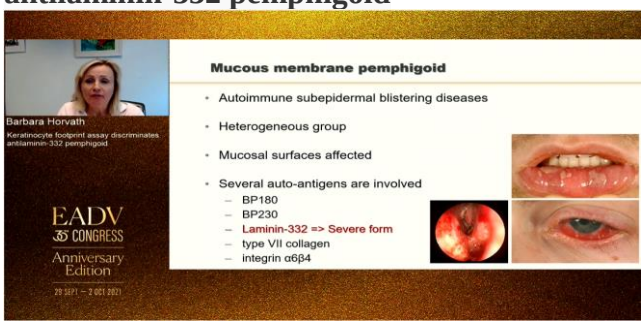
Management of stage III/IV melanomas



2 октября 2021

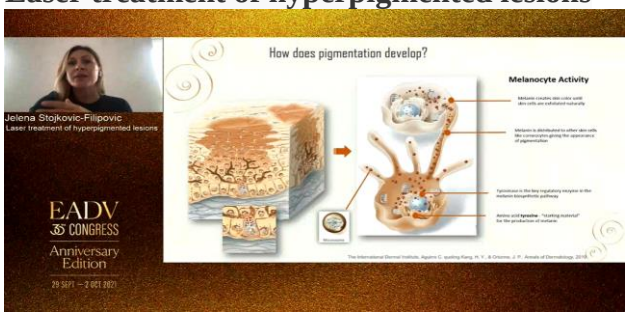
Presentation ID D3T02.1A

Keratinocyte footprint assay discriminates antilaminin-332 pemphigoid

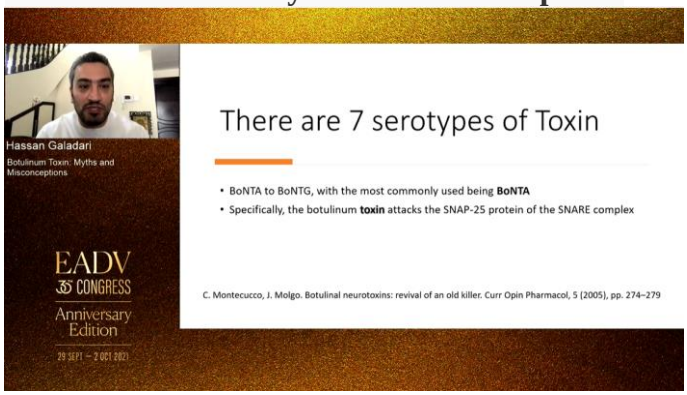


Presentation ID D3T05.2B

Laser treatment of hyperpigmented lesions



Presentation ID D3T09.1A
Botulinum Toxin: Myths and Misconceptions



Проведение проекта EADV`S 30th Congress Virtual 2021 с организацией онлайн-трансляций с синхронным переводом на русский язык положительно повлияет на разработку и внедрение современных стандартов диагностики и лечения дерматологических заболеваний, повышение качества лечения больных с псориазом, путем информирования врачей-дерматологов в части необходимости внедрения стратегии раннего применения генно-инженерной терапии, специализирующихся в диагностике и терапии псориаза.

На сегодняшний день псориаз относится к социально-значимой проблеме. В рамках проекта рассматривались вопросы использования фототерапии, генно-инженерной терапии. Как отметили все участники мероприятия, данное мероприятие стало отличной возможностью для специалистов в области дерматологии получить актуальную информацию о современных алгоритмах выбора стратегии лечения, тактике ведения пациентов с псориазом, с целью совершенствования оказания дерматологической помощи, повышения уровня диагностики, поиска новых путей совершенствования дерматологической службы в РК.

Зав. отдела последипломного образования
РГП на ПХВ «Казахский научный центр дерматологии
и инфекционных заболеваний» МЗ РК, к.м.н. С.А. Оспанова

ИНФОРМАЦИОННОЕ ПИСЬМО

18-19 ноября 2021 г., Алматы

I образовательная академия мультидисциплинарной дерматовенерологии с международным участием в рамках Всемирного дня псориаза

Место проведения: город Алматы, ул. Желтоксан, 23-**Resident-city hotel**

РГП на ПХВ «Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний» МЗ РК информирует о проведении **I образовательной академии мультидисциплинарной дерматовенерологии с международным участием** в оффлайн и онлайн режиме совместно с ОО «Общество дерматовенерологов, дерматокосметологов и лепрологов», кафедрой дерматовенерологии КазНМУ имени С.Д. Асфендиярова и ТОО «Медицинская академия последипломного образования».

Цель **образовательной академии -** создание постоянно действующей площадки для научного общения, выстраивание междисциплинарных взаимодействий, обмен практическим опытом и внедрение их при оказании медицинской помощи пациентам в области дерматовенерологии, дерматокосметологии и лепрологии.

Ключевой задачей мероприятия является укрепление междисциплинарных связей в научном сообществе и практическом здравоохранении. В рамках работы академии будут организованы лекции известных ученых, мастер-классы, посвященные проблемам тактики и повышения качества лечения, предупреждение развития инвалидности.

В качестве докладчиков будут приглашены врачи дерматовенерологи, дерматокосметологи, лепрологии и иные специалисты, вовлекаемые в процесс динамического наблюдения за пациентами. В работе мероприятия примут участие специалисты Республики Казахстан и ближнего и дальнего зарубежья:

Вопросы диагностики, лечения псориаза и ведения пациентов с данной нозологией; Сателлитный симпозиум компании Янссен фармацевтическое подразделение компании Джонсон & Джонсон; «Некоторые особенности эпидемиологии лепры в условиях спорадической заболеваемости» - Сейталиев М.А. - главный врач ГУ «Казахский Республиканский лепрозорий», г. Кызылорда; «Новые случаи заболевания лепрой в регионе Нижнего Поволжья. Дифференциальная диагностика лепры» - Левичева Ю.Ю., Астафурова А.П. – ФГБУ «НИИЛ» МЗ РФ (Россия, Астрахань); «Применение Лаеннек в клинической практике врача дерматолога» - Туманян К.В. - медицинский директор корпорации Rhana, к.м.н., организатор здравоохранения и общественного здоровья дерматовенеролог, специалист Anti-age и ЭРЛ, Москва, Россия; «Особенности фототе-рапии хронических дерматозов» - Смирнова О.М. – врач физиотерапевт, дерматолог, ассистент кафедры дерматовенерологии, дерматокосметологии МАПО, директор ТОО «Вита А», ОД «KernelChina» в РК; мастер-класс от французских коллег:

What's New in Inflammatory Diseases? Dr. Marius-Anton (Toni) Ionescu, MD, PhD, Dermatology Department - University Hospital «Sant Louis» Paris, France; What's New in Uriage? Catherine Gillotin, Pharmacist Laboratoires Dermatologiques d'Uriage, Paris, France и многие другие доклады.

Отдел последипломного образования РГП на ПХВ «КНЦДИЗ» МЗ РК
Контакты: nauka@kncdiz.kz
+7 701 740 7816
+7 701 538 7012