ҒЫЛЫМИ – ПРАКТИКАЛЫҚ ЖУРНАЛЫ

ДЕРМАТОЛОГИЯ ЖӘНЕ ВЕНЕРОЛОГИЯ МӘСЕЛЕЛЕРІ

№3(85)
2023

ВОПРОСЫ ДЕРМАТОЛОГИИ И ВЕНЕРОЛОГИИ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

«ДЕРМАТОЛОГИЯ ЖӘНЕ ВЕНЕРОЛОГИЯ МӘСЕЛЕЛЕРІ»
ғылыми-практикалық журнал

«ВОПРОСЫ ДЕРМАТОЛОГИИ И ВЕНЕРОЛОГИИ»
научно-практический журнал

Рецензируемый научно-практический журнал
Публикуется 4 раза в год
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
Председатель редакционной коллегии - Байсеркин Б.С.

Зам. председателя – Абишев А.Т.

Оспанова С.А., Суханбердиева З.М., Касымханова А.А., Сарыбаева Г.К., Габасова М.К., Маркабаева А.А., Дзисюк Н.В., Толыбекова А.А., Ахметова Г.М.

ОТВЕТСТВЕННЫЙ СЕКРЕТАРЬ
Джусупгалиева М.Х.

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ
Кешилева З.Б. (Алматы)
Есенгараева З.Б. (Алматы)
Батпенова Г.Р. (Астана)
Жуматова Г.Г. (Алматы)
Кунакбаева Т.С. (Алматы)
Ваисов А.Ш. (Узбекистан)
Torello Lotti (Itali)
Мурашкин Н.Н. (Россия)
Тукеев М.С. (Алматы)
Davinder Parsad (India)
Потекаев Н.Н. (Россия)
Mohammad Jafferany (USA)
Арифов С.С. (Узбекистан)
Нугманова Ж.С. (Алматы)
Доскожаева С.Т. (Алматы)
Рысулы М.Р. (Алматы)
Jack A. DeHovitz (USA)
Джансугурова Л.Б. (Алматы)

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

АКТУАЛЬНЫЕ И ПРОБЛЕМНЫЕ ВОПРОСЫ

Д.М. Токметов, Б.Ж. Сагимбаев, И.И. Шнайдмиллер, А.Ю. Шалина Биоповеденческие исследования среди лиц, употребляющих инъекционные наркотики по результатам дозорного эпидемиологического надзора, проведенного в г. Балхаше в 2022 году …… 6

ЛИТЕРАТУРНЫЕ ОБЗОРЫ

С.Р. Николайчук, У.Т. Бейсебаева, Л.Т. Альменова, А.Б. Хабижанов, Ж.А. Шортанбаева Роль кишечной микробиоты в патогенезе атопического дерматита (обзор литературы) …..... 12

З.М. Суханбердиева Дифференциальная диагностика инфантильных гемангиом кожи (обзор литературы) ……..... 19

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

Ж.У. Будесова, Г.А. Ташбаева Опыт применения крема-концентрата Kertyol Pso от Ducray для адьювантной терапии псориаза..... 26

К.С. Сайлауова, А.К. Алдиярова Ішкі ағзалардың ақауына байланысты болатын қышу белгісі бар тәжірибедегі кездескен екі клиникалық жағдай 30

Информация для авторов

Требования к статьям для публикации в научно-практическом журнале «Вопросы дерматологии и венерологии» …… 39

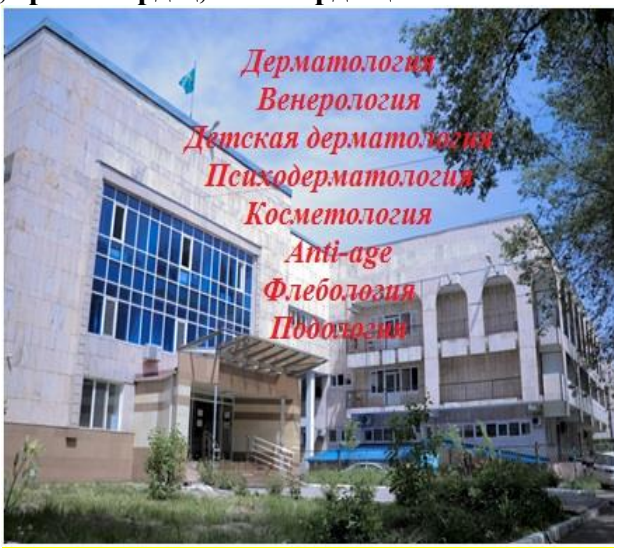
РГП НА ПХВ
«КНЦДИЗ»
МЗ РК

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. 7R01112 – Дерматовенерология, взрослая, детская.
7R01112 «Дерматовенерология, ересектердің, балалардың»



- ✓ *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*

сайт: www.kncdiz.kz

НИКВИ Казахский

- kncdiz_nikvi
- rcaidskazakhstan

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

МРНТИ: 76.33.43 УДК: 614.446.33

doi: 10.61075/kncdiz-2707-3696.2023.85.3.001

Д.М. Токметов, Б.Ж. Сагимбаев, И.И. Шнайдмиллер, А.Ю. Шалина*
КГП «Карагандинский областной центр по профилактике и борьбе со СПИД»
УЗКО отдел по г. Балхаш, Караганда, Казахстан
*e-mail: allex_xella@mail.ru

БИОПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ СРЕДИ ЛИЦ, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ ИНЪЕКЦИОННЫЕ НАРКОТИКИ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ДОЗОРНОГО ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА, ПРОВЕДЕННОГО В Г. БАЛХАШЕ В 2022 ГОДУ

Аннотация

С целью прогнозирования эпидемиологической ситуации по ВИЧ-инфекции в г. Балхаше, в 2022 году проведено изучение поведенческих особенностей среди лиц, употребляющих инъекционные наркотики (далее - ЛУИН), факторов риска и степени распространения ВИЧ-инфекции, вирусного гепатита С (далее - ВГС) и сифилиса. Данное исследование позволяет оценить и улучшить эффективность воздействия программ профилактики ВИЧ-инфекции в данной популяции населения.

Ключевые слова: люди, употребляющие инъекционные наркотики, ВИЧ-инфекция, вирусный гепатит С, сифилис, факторы риска, профилактические программы.

Введение

В Республике Казахстан с 1987 по 1995 годы наблюдалась стабильная эпидемиологическая ситуация, с очень низкими показателями заболеваемости ВИЧ-инфекцией. Однако, начиная с 1996 г. началось стремительное увеличение числа новых случаев заражения ВИЧ, связанное с распространением вируса в популяции потребителей инъекционных наркотиков [1].

В городе Балхаше эпидемиологическая ситуация по ВИЧ-инфекции продолжает оставаться неблагополучной. Анализ распространенности ВИЧ-инфекции в г. Балхаше показал, что заболеваемость преимущественно концентрируется среди потребителей инъекционных наркотиков, с последующим переходом на общее население вследствие небезопасного полового поведения.

Для получения дополнительной информации о распространенности ВИЧ-инфекции среди групп с высоким риском инфицирования, начиная с 2002 года, в Казахстане началось внедрение дозорного эпидемиологического надзора (далее ДЭН) за ВИЧ-инфекцией [2]. Эффективное использование полученных эпидемиологических данных по результатам ДЭН, способствует эффективному планированию ответных мер по решению проблем, связанных с распространением ВИЧ-инфекции.

Материал и методы исследования

В 2022 году оценка численности ЛУИН в городе Балхаше составила 1900 человек. Для участия в ДЭН выборка лиц, употребляющих инъекционные наркотики составила 101 человек, приняли участие в исследовании 100%. Подготовительный этап ДЭН включил проведение семинара и инструктажа для сотрудников центра синдрома приобретенного иммунодефицита (далее СПИД) г. Балхаш и первичных респондентов «семян» привлеченных к данному исследованию [3].

Исследование проводилось по методу Respondent-Driven Sampling (выборки, построенные самими респондентами) (далее - RDS). Сначала интервьюером были отобраны два первичных респондента, принадлежащих к группе ЛУИН и имеющих так называемый «авторитет» в данном сообществе для привлечения других участников исследования. Основными критериями отбора респондентов являлись: лица, старше 18 лет, употребляющие инъекционные наркотики как минимум один раз за последние 12 месяцев и проживающие на территории г. Балхаш не менее 6 месяцев. С респондентами проводилось добровольное анонимное анкетирование и тестирование, после получения устного информированного согласия, с проведением до- и после тестового консультирования. Забор крови проводился методом сухой капли капиллярной крови (далее - СККК) на фильтровальные тест-карты, которые исследовались на ВИЧ-инфекцию, ВГС, сифилис. Кровью заполнялась площадь четырёх окружностей диаметром 10 мм, предварительно нанесённых на фильтровальную бумагу. Для каждого обследуемого использовался отдельный трафарет, на котором записывался код маркировки, включающий минимальную информацию: дата забора материала; уникальный идентификационный номер и регистрационный номер участника.

После взятия биоматериала каждая фильтровальная бумага высушивалась и закладывалась в индивидуальный полиэтиленовый пакетик, которые собирались в специальных контейнерах и доставлялись в лабораторию центра СПИД.

Скрининговый этап предусматривал использование высокочувствительных тест-систем с чувствительностью не менее 99% и правильной идентификацией положительных образцов референс-панели. Анализ данных проводился в компьютерной программе для обработки данных с применением выборки, построенной респондентами.

Результаты исследования

Результаты ДЭН в 2022 году показали, что выборочная совокупность респондентов в г. Балхаш среди ЛУИН составила возрастную группу старше 25 лет (100%), при этом, мужчины составили наибольший удельный вес - 81,2% и женщины - 18,8%.

По уровню образования: 82,8% ЛУИН имели средне-специальное образование; 15,4% - с начальным, либо неполным средним образованием и 1,6% - незаконченное высшее, либо высшее образование.

Анализ семейного положения показал, что 49,9% составляли холостые и незамужние, в браке состояли – 41,5%, разведённые – 6,4% и вдовцы – 2,1%.

Среди респондентов преобладали представители русской (67,5%) и казахской (21,3%) национальностей, другие национальности – 11,2%.

По стажу употребления инъекционных наркотиков в г. Балхаш отмечался наибольший удельный вес лиц со стажем от 5 и более лет – 73,2%, со стажем до 1 года составил 1,3%.

По видам употребляемых наркотиков, в течение 12 последних месяцев, наиболее часто употребляемый вид наркотика по городу Балхаш мак/семечки – 97%, синтетические наркотики составили – 3%.

Результаты анкетирования по видам опасных практик показали, что 97,3% ЛУИН добавляли крови в раствор наркотика (свою или чужую); 78,6% использовали забор раствора наркотика из общей посуды; 7,8% - применяли чужой шприц или иглу при введении наркотика, что свидетельствует об опасном инъекционном поведении (таблица 1) [3].

За последние несколько лет в г. Балхаше и в целом по Карагандинской области резко изменилась ситуация по видам употребления наркотиков. Если в 2016 году удельный вес ЛУИН, употребляющих героин составлял от 95% до 100%, то в 2022 году 97% - приходится на употребление «мака» и «соль-скорость», которые употребляются в группах до 5 человек и более. Кроме того, наркопотребителями «мак» варится повторно и при его употреблении используется общая нестерильная посуда, что повышает риск инфицирования ВИЧ-инфекцией и вирусными гепатитами.

Таблица 1 - Виды опасных практик при последнем введении наркотика в 2022 году

Виды опасных практик	Удельный вес ЛУИН, не использовавших общий инструментарий, в том числе готовый раствор наркотика за последние 30 дней	Удельный вес ЛУИН, указавших на использование общего шприца при последней инъекции. Применение опасных практик при последнем введении наркотика
	Ответ «НЕТ»	Ответ «ДА»
Использование чужого шприца или иглы	92,2% (95% доверительный интервал (далее - ДИ) 85,3%-99,0%)	7,8% (95% ДИ 0%-14,6%)
Забор раствора наркотика из общей посуды	21,4% (95% ДИ 7,7%-34,3%)	78,6% (95% ДИ 65,6%-92,2%)
Перекачивание наркотика из одного, уже использованного шприца в другой	99,1% (95% ДИ 97,4%-100%)	0,89% (95% ДИ 0%-2,5%)
Использование общей воды для промывания бывших в употреблении шприца и иглы	98,3% (95% ДИ 95,1%-100%)	1,6% (95% ДИ 0%-4,8%)
Добавление крови в раствор наркотика (своей или чужой)	2,6% (95% ДИ 0,5%-4,7%)	97,3% (95% ДИ 95,2%-99,4%)
Покупка наркотика уже заправленного в шприц	87,8% (95% ДИ 77,4%-98,7%)	12,1% (95% ДИ 1,2%-22,5%)
Передача своего использованного шприца, другому наркопотребителю	93,1% (95% ДИ 86,6%-99,5%)	6,8% (95% ДИ 0%-13,3%)

Анализ анкет в части рискованного сексуального поведения показал, что удельный вес ЛУИН, указавших на использование презерватива во время последнего полового акта, составил 75,5%, при этом мужчины используют презерватив при половом акте чаще (81,2%), чем женщины (54,1%).

Из числа исследуемых ЛУИН 65,3% правильно указали способы профилактики ВИЧ-инфекции, но вместе с тем, многие не знают основные представления о путях передачи ВИЧ. Среди мужчин уровень осведомленности (71,8%) выше, чем среди женщин (33,9%).

По результатам дозорного эпидемиологического надзора охват ЛУИН программами профилактики ВИЧ составил 93,5% (2020 г. – 85,5%) [3].

Анализ серологического этапа ДЭН

Распространенность ВИЧ-инфекции среди ЛУИН в 2022 году составила 11,6%, что выше в 4,4 раза чем в 2020 году (2,6%). При этом, распространенность ВИЧ среди мужчин (12,1%) выше, чем среди женщин (9,9%) (таблица 2) [3].

Распространенности ВГС среди ЛУИН увеличилась до 73,9%, против 52,8% в 2020 году. При этом, распространенность ВГС среди женщин несколько выше (74,8%), чем среди мужчин (73,7%) (таблица 3) [3].

Распространенность сифилиса среди ЛУИН незначительно снизилась до 11,8%, против 12,5% в 2020 году. При этом, распространенность сифилиса среди мужчин (12,4%) выше, чем среди женщин (9,4%) (таблица 4) [3].

Таблица 2 - Распространенность ВИЧ-инфекции среди ЛУИН в 2022 и 2020 годы

Годы	Мужчины до 25 лет	Мужчины 25 лет и старше	Все мужчины	Женщины до 25 лет	Женщины 25 лет и старше	Все женщины	Всего
2022	0	11,9%	12,1%	0	9,8%	9,9%	11,6%
2020	0	3,2%	3,2%	0	0	0	2,6%

Таблица 3 - Распространенность ВГС среди ЛУИН в 2022 и 2020 годы

Годы	Мужчины до 25 лет	Мужчины 25 лет и старше	Все мужчины	Женщины до 25 лет	Женщины 25 лет и старше	Все женщины	Всего
2022	0	73,6%	73,7%	0	74,9%	74,8%	73,9%
2020	0	54,4%	54,4%	0	45,8%	45,1%	52,8%

Таблица 4 - Распространённость сифилиса среди ЛУИН в 2022 и 2020 годы

Годы	Мужчины до 25 лет	Мужчины 25 лет и старше	Все мужчины	Женщины до 25 лет	Женщины 25 лет и старше	Все женщины	Всего
2022	0	12,5%	12,4%	0	9,3%	9,4%	11,8%
2020	0	7,9%	7,9%	0	34,7%	3,8%	12,5%

Обсуждение результатов исследования

Изменение методики отбора участников ДЭН в 2022 году обеспечило получение более репрезентативных результатов, что подтверждается отличием основных характеристик выборочных популяций, построенных самими респондентами неслучайными методами отбора.

В 2022 году в популяции ЛУИН г. Балхаш отмечается тенденция к увеличению медианы возраста, который составил 46 лет.

Также отмечается тенденция к увеличению доли лиц со стажем наркопотребления 5 и более лет, в данной группе показатель 73,2%. За последние несколько лет в г. Балхаше изменилась ситуация по видам употребления наркотиков. 97% ЛУИН употребляют «мак» и «соль-скорость» в больших группах при небезопасном инъекционном поведении.

Охват ЛУИН программами профилактики ВИЧ-инфекции (получение в течение года шприцев, презервативов) составляет 93,5%. Среди женщин охват составил 94,4%, среди мужчин 93,3%.

Распространенность ВИЧ-инфекции в популяции ЛУИН составила 11,6% (2020 г. - 2,6%), среди мужчин - 12,16 % и среди женщин - 9,9%. Высокая распространенность ВИЧ-инфекции среди ЛУИН объясняется опасными практиками инъекционного наркопотреб-ления, связанными с добавлением крови в раствор наркотиков, использования общей нестерильной посуды, а также незащищенными практиками половых контактов.

Распространенность ВГС в популяции ЛУИН по выборке составила 73,9% (2020 г. - 52,8%). Среди мужчин - 73,7% и среди женщин - 74,8%. Высокая распространенность ВГС среди мужчин объясняется применением опасных практик при употреблении инъекционных наркотиков.

Распространенность сифилиса в популяции ЛУИН составила 11,8% (2020 г. - 12,5%). Среди мужчин - 12,4% и среди женщин - 9,4%. Высокая распространенность сифилиса среди ЛУИН объясняется незащищенными практиками половых контактов.

Выводы

1. Исследование, проведенное в г. Балхаше в рамках дозорного эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией, позволило оценить эпидемиологическую ситуацию в целевой выборочной группе с целью принятия действенных мер для стабилизации ситуации в городе.
2. Метод RDS построенный самими респондентами позволил глубже проникнуть в изучаемую популяцию, о чем свидетельствуют результаты серологического и поведенческого этапа данного исследования.
3. Увеличение распространенности ВИЧ-инфекции и вирусного гепатита «С» среди ЛУИН г. Балхаш обусловлено небезопасным инъекционным поведением наркопотребителей, связанным с добавлением крови в раствор наркотиков (97,3%), забором раствора наркотика из общей посуды (78,6%), использованием чужого шприца или иглы (7,8%), передачей своего использованного шприца другому наркопотребителю (6,8%).
4. Распространенность сифилиса среди наркопотребителей свидетельствует о небезопасном половом поведении, связанным с незащищенными практиками половых контактов (без использования презервативов).
5. При довольно высоком охвате ЛУИН программами профилактики ВИЧ-инфекции (93,5%), наблюдается низкая мотивация наркопотребителей к соблюдению безопасного инъекционного и полового поведения, одна из причин которой связана с недостаточной информированностью ЛУИН о путях заражения ВИЧ-инфекцией и способах защиты.
6. Для наркопотребителей в городе Балхаше действует один пункт доверия (далее ПД) при отделе центра СПИД, что недостаточно для эффективной реализации профилактической программы среди ЛУИН в регионе.

Рекомендации

1. С целью повышения эффективности профилактической работы среди лиц, употребляющих инъекционные наркотики в городе Балхаше, необходимо организовать дополнительные пункты доверия, включая передвижной ПД.
2. Крайне важно сотрудникам ПД и аутрич-работникам активизировать информационно-разъяснительную работу с наркопотребителями о путях заражения ВИЧ-инфекцией и безопасному инъекционному и половому поведению с целью снижения риска заражения ВИЧ и ИППП.
3. Активнее использовать социальные сети и другие средства массовой информации для повышения информированности ЛУИН о возможности получения качественных медицинских и профилактических услуг, предоставляемых в ПД.
4. Продолжить в городе Балхаше проведение исследования «Эпидемиологическое слежение за распространенностью ВИЧ-инфекции среди ЛУИН» для корректировки проводимых профилактических мероприятий среди наркопотребителей.

Список использованных источников

1. Отчетные статистические данные по эпидемиологической ситуации по ВИЧ-инфекции в Карагандинской области за 1987-2022 годы.
2. Сапарбеков М.К. ВИЧ-инфекция (эпидемиологические и социальные аспекты), Алматы, 2008.
3. Отчет по результатам дозорного эпидемиологического надзора в группе лиц, употребляющих инъекционные наркотики в городе Балхаш за 2022 год.

List of sources used

1. Otchetnyye statisticheskiye dannyye po epidemiologicheskoy situatsii po VICH-infektsii v Karagandinskoy oblasti za 1987-2022 gody.
2. Saparbekov M.K. VICH-infektsiya (epidemiologicheskiye i sotsial'nyye aspekty), Almaty, 2008.
3. Otchet po rezul'tatam dozornogo epidemiologicheskogo nadzora v gruppe lits, upotreblyayushchikh in"yektsionnyye narkotiki v gorode Balkhash za 2022 god.

Д.М. Тохметов, Б.Ж. Сағымбаев, И.И. Шнайдмиллер, А.Ю. Шалина*
«Қарағанды облыстық ЖИТС-тың алдын алу және күресі жөніндегі
орталығы» КМК ҚОДСБ Балқаш қ. бойынша бөлім,
Қарағанды, Қазақстан
*e-mail: allex_xella@mail.ru

2022 ЖЫЛЫ БАЛҚАШ ҚАЛАСЫНДА ЖҮРГІЗІЛГЕН ШОЛҒЫНДЫ ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ ҚАДАҒАЛАУДЫҢ НӘТИЖЕЛЕРІ БОЙЫНША ИНЪЕКЦИЯЛЫҚ ЕСІРТКІ ТҰТЫНУШЫЛАР АРАСЫНДАҒЫ БИОМІНЕЗ-ҚҰЛЫҚ ЗЕРТТЕУЛЕРІ

Аннотация

Балқаш қаласында АИТВ-инфекциясы бойынша эпидемиологиялық жағдайды болжау мақсатында 2022 жылы инъекциялық есірткіні (бұдан әрі-АИТВ) қолданатын адамдар арасындағы мінез-құлық ерекшеліктерін, АИТВ-инфекциясының, "С" вирустық гепатитінің және мерездің таралу дәрежесі мен қауіп факторларын зерттеу жүргізілді. Бұл зерттеу белгілі бір халық санын АИТВ-инфекциясына алдын алу бағдарламаларының әсерін бағалауға және жақсартуға мүмкіндік береді.

Түйінді сөздер: АИТВ-инфекциясы, індеттік қадағалау, вирусты гепатит «С» және мерез ауруы, мінез құлықты зерттеу.

D.M. Tokhmetov, B.J. Sagimbayev, I.I. Schneidmiller, A.Y. Shalina*
MSE «Karaganda Regional Center for the Prevention and Control of AIDS»
DHKR department for the city of Balkhash, Karaganda, Kazakhstan
*e-mail: allex_xella@mail.ru

BEHAVIORAL RESEARCH AMONG PEOPLE WHO INJECT DRUGS ACCORDING TO THE RESULTS OF THE SENTINEL EPIDEMIOLOGICAL SURVEILLANCE CONDUCTED IN BALKHASH IN 2022

Annotation

In order to predict the epidemiological situation for HIV infection in Balkhash in 2022, a study of behavioral characteristics, the degree of prevalence and Risk Factors of HIV infection, viral hepatitis "C" and syphilis among people using injectable drugs (hereinafter referred to as HIV) was conducted. This study allows us to evaluate and improve the impact of HIV prevention programs in a particular population.

Key words: HIV infection, epidemic surveillance, viral hepatitis "C" and syphilis, behavioral research.

Сведения об авторах:
Токметов Данияр Мукатаевич, заведующий отделом КГП «Карагандинский областной центр по профилактике и борьбе со СПИД» отдела г. Балхаш, e-mail: balkhash_aids@mail.ru;
Сагимбаев Бейбит Жамантаевич, директор КГП «Карагандинский областной центр по профилактике и борьбе со СПИД», e-mail: aidcenterkar@mail.ru;
Шнайдмиллер Ирина Ивановна, заместитель директора КГП «Карагандинский областной центр по профилактике и борьбе со СПИД», e-mail: aidcenterkar@mail.ru;
Шалина Алла Юрьевна, заведующая организационно-методическим отделом КГП «Карагандинский областной центр по профилактике и борьбе со СПИД», e-mail: allex_xella@mail.ru.

Дата поступления материала в редакцию: 19.07.2023
Дата рецензирования: 21.07.2023
Принято к публикации: 01.08.2023

МРНТИ: 76.29.57 УДК: 616.5-009.613.7

doi: 10.61075/kncdiz-2707-3696.2023.85.3.002

С.Р. Николайчук, У.Т. Бейсебаева*, Л.Т. Альменова,
А.Б. Хабижанов, Ж.А. Шортанбаева
Некоммерческое акционерное общество «Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова», Алматы, Казахстан
*e-mail: ulzhan_2007@mail.ru

РОЛЬ КИШЕЧНОЙ МИКРОБИОТЫ В ПАТОГЕНЕЗЕ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Аннотация

В статье приведены результаты проведённого поиска в «PubMed», «Web of Science», «Sci-Hub», «Mendeley», «Google Academy», «Cochrane Library», «EBSCOHOST» в период с 2018 по 2023 год, используя "атопический дерматит" и/или "микробиота кишечника" и/или "кишечная микробиота", "гигиеническая гипотеза" и "пробиотики" в качестве поисковых слов для обобщения последних исследований в области развития кишечной микрофлоры и ее связи с атопическим дерматитом (АтД).

Результаты дают основание полагать об отсутствии доказательной базы по использованию пробиотиков для лечения экземы в настоящее время. Однако продолжающиеся исследования в этой области не оставляют надежду о получении более глубоких выводов о влиянии пробиотиков на профилактику или лечение АтД.

Ключевые слова: атопический дерматит, кишечная микробиота, патогенез.

Атопический дерматит (АтД) представляет собой значительную глобальную проблему в сфере здравоохранения, поскольку он связан с высокими расходами на медицинское обслуживание по всему миру и значительной заболеваемостью, которая продолжает расти, ведя к ухудшению качества жизни. Психосоциальные и финансовые последствия АтД

оказывают влияние на самих пациентов, их семьи, медицинских работников и общество в целом.

АтД - это хроническое воспалительное заболевание кожи, которое обычно поражает детей младше пяти лет, но начало заболевания может быть в любом возрасте. За последние несколько десятилетий распространенность АтД быстро возросла во всем мире, особенно в развивающихся странах и по разным данным АтД затрагивает от 7 до 30% детей в мире, при этом примерно 45% всех случаев приходится на первые шесть месяцев жизни, 60% - на первый год, а 80% - 90% - до пятого года жизни [1]; среди взрослых процент поражения варьируется от 1 до 10% [1–3].

АтД характеризуется дисфункцией барьеров, хроническим воспалением и микробным дисбиозом кожи и имеет широкий спектр симптомов и признаков, которые способствуют глубоким функциональным нарушениям, ограничивают способность выполнять повседневную деятельность и вызывают психосоциальный дистресс и стигму. Сильный зуд и расчесывания, сопровождающие АтД, могут вызвать тяжелую бессонницу у пациентов, ухудшить качество жизни и создать значительные трудности как для пациентов, так и для окружающих [1,4,5].

Патогенез АтД многофакторный, что является результатом взаимодействия барьерной функции кожи, генетической восприимчивости, развития иммунной системы, воздействия окружающей среды, фармацевтических и других агентов [4].

Немаловажную роль в развитии АтД играют нарушения со стороны ЖКТ. Органическое поражение ЖКТ встречается у 46,98% детей, страдающих АтД, при этом функциональные расстройства встречаются у всех пациентов независимо от возраста. Среди взрослых пациентов с АтД практически в 100% случаев наблюдаются те или иные нарушения со стороны ЖКТ. Так, более чем у 50% пациентов встречается дискинезия желчевыводящих путей, у трети – гастродуодениты и панкреатиты, в половине случаев при обследовании выявляются изменения со стороны микробиоценоза кишечника [6].

В последние годы широко изучается связь состояния кишечной микробиоты (КМ) и развития и становления иммунной системы, а также влияние на состояние кожных покровов. КМ играет ключевую роль в формировании и функционировании иммунной системы, влияя на течение иммунопатологических процессов во всех органах и тканях, кроме того, участвует в регуляции широкого спектра физиологических процессов, таких как эндокринная функция кишечника, пролиферация клеток, васкуляризация, биосинтез различных соединений и выведение токсинов. Продуцируемые кишечными бактериями короткоцепочечные жирные кислоты (КЖК), особенно бутират, подавляют иммунные реакции, снижая пролиферацию клеток, синтезирующих провоспалительные цитокины, их миграцию и адгезию. За счет торможения гистондеацетилазы и инактивации передачи сигналов NF-κB КЖК регулируют как активацию, так и апоптоз иммунных клеток [7,8].

Также показано, что КМ может определять физиологические и патологические процессы в коже, регулируя иммунный ответ через транслокацию кишечных бактерий и их метаболитов непосредственно в кожу. При повышении проницаемости кишечного барьера, находящиеся в нем бактерии, а также их метаболиты попадают в кровоток, достигают кожи и могут влиять на ее гомеостаз. КЖК, синтезируемые КМ, в частности пропионат, ацетат и бутират, играют ключевую роль в определении микробиомного профиля кожи, влияя на механизмы иммунной защиты [9].

Согласно метаболическим характеристикам бактерий, микроорганизмы кишечника можно разделить на анаэробы, факультативные анаэробы и аэробы. По воздействию на макроорганизм их можно разделить на комменсальные бактерии, условно-патогенные бактерии и патогенные бактерии. Среди них комменсальные бактерии - доминирующая кишечная флора, составляет более 99% кишечных микроорганизмов, в основном состоящих из анаэробов и факультативных анаэробов, таких как Bifidobacterium и Lactobacillus [4].

КМ выполняет следующие функции: производство питательных компонентов, поддержание гомеостаза кишечной среды, стимулирование развития и созревания иммунной системы и противостояние патогенам. Она влияет на аллергические состояния на ряде уровней, включая выработку аминокислот и витаминов, участие в дифференциации эпителиальных клеток кишечника, индуцирование пероральной толерантности, а также участие в формировании и поддержании слизистого барьера кишечника и сопротивление колонизации кишечника патогенными микроорганизмами.

Типы колонизации КМ зависят от вида родовспоможения и кормления, уровня гигиены и применения лекарственных препаратов. Последовательность колонизации кишечника микроорганизмами происходит в раннем возрасте, особенно на первом году жизни, и любое искажение состава КМ потенциально может привести к широкому спектру заболеваний. Относительно стерильный кишечный тракт новорожденного сначала колонизируется факультативными анаэробами (Enterobacteriaceae, Enterococcus и др.) из-за обилия кислорода. Примерно через неделю кислород расходуется, и создается среда, подходящая для колонизации анаэробов. Со временем в кишечнике младенца поселяется большое количество анаэробов, а количество факультативных видов бактерий постепенно уменьшается. В последние несколько лет некоторые исследования показали, что существуют определенные различия в составе КМ у детей, подвергавшихся воздействию различных условий. В ранней колонизации кишечного тракта младенца материнский кишечник является наиболее важным источником кишечной палочки, Bifidobacterium и Bacteroides. Более того, материнское влагалище и грудное молоко являются важными источниками стрептококков и лактобацилл. По сравнению с младенцами, вскармливаемыми молочными смесями, младенцы на грудном вскармливании имеют относительно простой КМ, в котором преобладают Bifidobacterium. Другие бактерии (такие как Clostridium, Enterobacter и Klebsiella) поступают из продуктов питания, других младенцев или неживой среды.

КМ в младенческом возрасте играет важную роль в регулировании иммунной системы, а "несбалансированный" состав может усиливать гиперчувствительность. Лимфоидная ткань, расположенная в желудочно-кишечном тракте, распределяет около 70%-80% иммунных клеток, известна как кишечно-ассоциированная лимфоидная ткань (КАЛТ). Она включает в себя Пейеровы бляшки и брыжеечные лимфатические узлы (БЛУ). Кишечные антигены могут быть захвачены дендритными клетками (ДК) в Пейеровых бляшках. КАЛТ взаимодействует с кишечными бактериями, которые захватываются кишечными эпителиальными клетками и ДК через рецепторы распознавания, такие как Толл-подобный рецептор и Нуклеотид-связывающий домен олигомеризации. КМ способна стимулировать дифференцировку Т-регуляторных (Т-рег) клеток путем активации отдельных толерогенных ДК в кишечнике, а Т-рег клетки, соответственно, поддерживают иммунную толерантность путем снижения степени ответа организма на внешний антиген или аутоантиген [1,4,10,11].

Бутиратпродуцирующие бактерии — это функциональная группа изменчивых грамположительных анаэробов, которые могут производить бутират в качестве конечного метаболита в результате ферментации углеводов. Эта группа бактерий укрепляет барьерную функцию кишечника путем повышения экспрессии белков плотного соединения и подавления провоспалительных сигнальных путей. Кроме того, бутират регулирует активацию и пролиферацию Трег в толстой кишке и усиливает способность Трег подавлять пролиферацию CD4+ Т-клеток [1,4,10,11].

Усиление кишечного воспаления может приводить к изменению проницаемости слизистой оболочки и дисбалансу регуляторных иммунологических механизмов, что влияет на развитие АтД. Хотя непосредственная причина и патогенез АтД плохо определены, было высказано предположение о сопутствующем дисбиозе КМ в связи с воспалением кишечника и последующим развитием АтД [12].

Характеристики кишечной микробиоты у пациентов с АтД представлены количественными, качественными и функциональными изменениями. Количественные

изменения представлены снижением количества видов Bifidobacterium, в то время как качественные изменения показали преобладание B. adolescentis (более распространенный штамм в кале взрослых). Кроме того, функциональные изменения кишечной флоры у детей с АтД включали снижение адгезии видов Bifidobacterium к слизистой оболочке кишечника, снижение продукции IL-10 и повышение секреции провоспалительных цитокинов Th2 [13]. Снижение микробной активности или нарушение выработки регуляторных цитокинов может препятствовать IL-10-опосредованной иммуносупрессии [4].

Некоторые ученые считают, что снижение разнообразия КМ в детском возрасте связано с повышенным риском развития аллергических заболеваний, поскольку повторное воздействие различных бактериальных антигенов будет усиливать иммунную регуляцию путем подавления реакции на кишечное содержимое и аллергены. Полученные результаты показывают, что низкое микробное разнообразие кишечника в первый месяц после рождения связано с увеличением заболеваемости АтД в возрасте двух лет.

Было обнаружено, что у пациентов с АтД более высокий уровень Faecalibacterium prausnitzii, Clostridium и Escherichia (у младенцев). Более низкий уровень Akkermansia, Bacteroidetes и Bifidobacterium, а так же соотношение кишечных Bifidobacterium и Clostridium у детей с атопией было ниже, чем у здоровых детей в составе КМ, что указывает на то, что соответствующие микроорганизмы, заселяющие кишечник, могут снизить риск развития атопических заболеваний у младенцев и детей младшего возраста [4,5].

Мета-анализ 25 рандомизированных контролируемых исследований и 390 статей, проведенный в 2014 году, говорит о том, что пробиотики могут быть вариантом лечения АтД, особенно умеренной и тяжелой формы у детей и взрослых, несмотря на гетерогенность типа штамма пробиотика, сочетания с пребиотиками, дозировки и продолжительности курса. Однако текущие доказательства, не поддерживают положительную роль пробиотиков у младенцев [14].

В литературном обзоре 2016 года, где изучались данные 26 исследований, было высказано мнение о том, что регулярное использование пробиотиков с раннего возраста может помочь предотвратить начало экземы. Однако нужно уточнить, какой тип пробиотического штамма следует использовать, какая дозировка и время приема наиболее эффективны, и должно ли использование пробиотиков быть индивидуализированным. Положительный эффект связан с типом пробиотического штамма, методом приема, начальным временем и дозировкой и продолжительностью лечения [15].

Исходя из анализа имеющихся источников, можно предположить о терапевтическом эффекте пробиотиков на течение АтД. Однако последний систематический обзор от Cochrane Library в 2018 году, где анализировалось 39 рандомизированных контролируемых исследований оказался необнадеживающим: данные свидетельствуют о том, что по сравнению с отсутствием пробиотика имеющиеся в настоящее время пробиотические штаммы, вероятно, мало или совсем не влияют на улучшение симптомов экземы, оцениваемых пациентами. Пробиотики могут незначительно или вообще не влиять ни на уровень жизни людей с экземой, ни на оценку тяжести экземы по шкале. Таким образом, использование пробиотиков для лечения экземы в настоящее время не имеет доказательной базы. Тем не менее, исследования в этой области все еще продолжаются, и мы надеемся, что они позволят получить более глубокие выводы о том, как пробиотики могут способствовать профилактике или лечению АтД [16].

Необходимо провести дальнейшие детальные исследования, чтобы определить эффективность использования пробиотиков в коррекции течения АД, так как на данный момент этот вопрос остается открытым.

Список использованных источников:

1. Torres T., Ferreira E.O., Gonçalo M., Mendes-Bastos P., Selores M., Filipe P. Update on Atopic Dermatitis. Acta Médica Port., 2019 Sep, 32(9): 606-13.

2. Engler D., Makola F., Magongwa N.M. Atopic Dermatitis - An Update. Prof Nurs Today, 2019 Jan; 23(1): 13-20.

3. MedMedia Ltd. Research update: Dermatology. World Ir Nurs Midwifery, 2021 Apr, 29(3): 46-46.

4. Zuo W., Sun C-H. The Role of Intestinal Microbiota in Atopic Dermatitis. Int J Dermatol Venereol., 2022 Sep, 5(3): 155-9.

5. De Pessemier B., Grine L., Debaere M., Maes A., Paetzold B., Callewaert C. Gut-Skin Axis: Current Knowledge of the Interrelationship between Microbial Dysbiosis and Skin Conditions. Microorganisms, 2021 Feb, 9(2): 353.

6. Изучение микробиоценоза кожи и кишечника у больных атопическим дерматитом. [cited 2022 Oct 10]. Available from: https://umedp.ru/upload/iblock/a08-/a08265f42-3242-c475f89581bfa34628c.pdf

7. Кишечная микробиота при атопическом дерматите у детей: нарушения и пути коррекции в составе комплексной терапии. [cited 2022 Oct 10]. Available from: https://www.rusmedreview.com/upload/iblock/509/31-34.pdf

8. Petersen EBM, Skov L., Thyssen J.P., Jensen P. Role of the Gut Microbiota in Atopic Dermatitis: A Systematic Review. Acta Derm Venereol., 2019, 99(1): 5-11.

9. Lunjani N., Satitsuksanoa P., Lukasik Z., Sokolowska M., Eiwegger T., O'Mahony L. Recent developments and highlights in mechanisms of allergic diseases: Microbiome. Allergy., 2018, 73(12): 2314-27.

10. Navarro-López V., Núñez-Delegido E., Ruzafa-Costas B., Sánchez-Pellicer P., Agüera-Santos J., Navarro-Moratalla L. Probiotics in the Therapeutic Arsenal of Dermatologists. Microorganisms, 2021 Jul, 9(7): 1513.

11. Polkowska-Pruszyńska B., Gerkowicz A., Krasowska D. The gut microbiome alterations in allergic and inflammatory skin diseases – an update. J Eur Acad Dermatol Venereol., 2020 Mar, 34(3): 455-64.

12. Yoon W., Park S.H., Lee J.S., Byeon J.H., Kim S.H., Lim J., et al. Probiotic mixture reduces gut inflammation and microbial dysbiosis in children with atopic dermatitis. Australas J Dermatol., 2021 Aug, 62(3). DOI: 10.1111/ajd.13644.

13. Fang Z., Lu W., Zhao J., Zhang H., Qian L., Wang Q., et al. Probiotics modulate the gut microbiota composition and immune responses in patients with atopic dermatitis: a pilot study. Eur J Nutr., 2020 Aug, 59(5): 2119-30.

14. Kim S-O, Ah Y-M, Yu Y.M., Choi K.H., Shin W-G, Lee J-Y. Effects of probiotics for the treatment of atopic dermatitis: a meta-analysis of randomized controlled trials. Ann Allergy Asthma Immunol., 2014 Aug, 113(2): 217-26.

15. Rather I.A, Bajpai V.K., Kumar S., Lim J., Paek W.K., Park Y-H. Probiotics and Atopic Dermatitis: An Overview. Front Microbiol., 2016 Apr, 7: 507.

16. Makrgeorgou A., Leonardi-Bee J., Bath-Hextall F.J., Murrell D.F., Tang M.L., Roberts A., et al. Probiotics for treating eczema. Cochrane Database Syst Rev., 2018, (11). DOI: 10.1002/14651858.CD006135.pub3.

List of sources used:

1. Torres T., Ferreira E.O., Gonçalo M., Mendes-Bastos P., Selores M., Filipe P. Update on Atopic Dermatitis. Acta Médica Port., 2019 Sep, 32(9): 606-13.

2. Engler D., Makola F., Magongwa N.M. Atopic Dermatitis - An Update. Prof Nurs Today, 2019 Jan; 23(1): 13-20.

3. MedMedia Ltd. Research update: Dermatology. World Ir Nurs Midwifery, 2021 Apr, 29(3): 46-46.

4. Zuo W., Sun C-H. The Role of Intestinal Microbiota in Atopic Dermatitis. Int J Dermatol Venereol., 2022 Sep, 5(3): 155-9.

5. De Pessemier B., Grine L., Debaere M., Maes A., Paetzold B., Callewaert C. Gut-Skin Axis: Current Knowledge of the Interrelationship between Microbial Dysbiosis and Skin Conditions. Microorganisms, 2021 Feb, 9(2): 353.

6. Izuchenie mikrobiocenoza kozhi i kishechnika u bol'nyh atopicheskim dermatitom. [cited 2022 Oct 10]. Available from: https://umedp.ru/upload/iblock/a08-/a08265f42-3242-c475f89581bfa34628c.pdf.

7. Kishechnaya mikrobiota pri atopicheskom dermatite u detej: narusheniya i puti korrekcii v sostave kompleksnoj terapii. [cited 2022 Oct 10]. Available from: https://www.rusmedreview.com/upload/iblock/509/31-34.pdf8.

8. Petersen EBM, Skov L., Thyssen J.P., Jensen P. Role of the Gut Microbiota in Atopic Dermatitis: A Systematic Review. Acta Derm Venereol., 2019, 99(1): 5-11.

9. Lunjani N., Satitsuksanoa P., Lukasik Z., Sokolowska M., Eiwegger T., O'Mahony L. Recent developments and highlights in mechanisms of allergic diseases: Microbiome. Allergy., 2018, 73(12): 2314-27.

10. Navarro-López V., Núñez-Delegido E., Ruzafa-Costas B., Sánchez-Pellicer P., Agüera-Santos J., Navarro-Moratalla L. Probiotics in the Therapeutic Arsenal of Dermatologists. Microorganisms, 2021 Jul, 9(7): 1513.

11. Polkowska-Pruszyńska B., Gerkowicz A., Krasowska D. The gut microbiome alterations in allergic and inflammatory skin diseases – an update. J Eur Acad Dermatol Venereol., 2020 Mar, 34(3): 455-64.

12. Yoon W., Park S.H., Lee J.S., Byeon J.H., Kim S.H., Lim J., et al. Probiotic mixture reduces gut inflammation and microbial dysbiosis in children with atopic dermatitis. Australas J Dermatol., 2021 Aug, 62(3). DOI: 10.1111/ajd.13644.

13. Fang Z., Lu W., Zhao J., Zhang H., Qian L., Wang Q., et al. Probiotics modulate the gut microbiota composition and immune responses in patients with atopic dermatitis: a pilot study. Eur J Nutr., 2020 Aug, 59(5): 2119-30.

14. Kim S-O, Ah Y-M, Yu Y.M., Choi K.H., Shin W-G, Lee J-Y. Effects of probiotics for the treatment of atopic dermatitis: a meta-analysis of randomized controlled trials. Ann Allergy Asthma Immunol., 2014 Aug, 113(2): 217-26.

15. Rather I.A., Bajpai V.K., Kumar S., Lim J., Paek W.K., Park Y-H. Probiotics and Atopic Dermatitis: An Overview. Front Microbiol., 2016 Apr, 7: 507.

16. Makrgeorgou A., Leonardi-Bee J., Bath-Hextall F.J., Murrell D.F., Tang M.L., Roberts A., et al. Probiotics for treating eczema. Cochrane Database Syst Rev., 2018, (11). DOI: 10.1002/14651858.CD006135.pub3.

С.Р. Николайчук, Ұ.Т. Бейсебаева*, Л.Т. Альменова,
А.Б. Хабижанов, Ж.А. Шортанбаева
«С. Д. Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті» Коммерциялық емес Акционерлік Қоғамы, Алматы, Қазақстан
*e-mail: ulzhan_2007@mail.ru

АТОПИЯЛЫҚ ДЕРМАТИТТІҢ ПАТОГЕНЕЗІНДЕГІ ІШЕК МИКРОБИОТАСЫНЫҢ РӨЛІ (ӘДЕБИЕТТІК ШОЛУ)

Аннотация

Мақалада 2018-2023 жылдар аралығында "атопиялық дерматит" және/немесе "ішек микробиотасы" қолдана отырып, "PubMed", "Web of Science", "Sci-Hub", "Mendeley", "Google Academy", "Cochrane Library", "EBSCOHOST" іздеу нәтижелері келтірілген және/немесе «ішек микробиотасы», "гигиеналық гипотеза" және "пробиотиктер" ішек микрофлорасының дамуы

және оның атопиялық дерматитпен (АтД-мен) байланысы туралы соңғы зерттеулерді қорытындылау үшін іздеу сөздері ретінде.

Нәтижелер қазіргі уақытта экземаны емдеу үшін пробиотиктерді қолданудың дәлелді негізінің жоқтығына сенуге негіз береді. Алайда, осы саладағы үздіксіз зерттеулер пробиотиктердің АтД-ның алдын алуға немесе емдеуге әсері туралы тереңірек қорытынды жасауға үміт қалдырмайды.

Түйінді сөздер: атопиялық дерматит, ішек микробиотасы, патогенез.

S.R. Nikolaichuk, U.T. Beisebayeva*, L.T. Almenova,
A.B. Khabizhanov, Zh.A. Shortanbayeva
Non-profit Joint Stock Company «Kazakh National Medical University named after S.D. Asfendiyarov», Almaty, Kazakhstan
*e-mail: ulzhan_2007@mail.ru

THE ROLE OF THE INTESTINAL MICROBIOTA IN THE PATHOGENESIS OF ATOPIC DERMATITIS (LITERATURE REVIEW)

Annotation

The article presents the results of a search in "PubMed", "Web of Science", "Sci-Hub", "Mendeley", "Google Academy", "Cochrane Library", "EBSCOHOST" in the period from 2018 to 2023, using "atopic dermatitis" and/or "gut microbiota" and/or "intestinal microbiota", "hygienic hypothesis" and "probiotics" as search words to summarize the latest research in the development of intestinal microflora and its relationship with atopic dermatitis (AtD).

The results give reason to believe that there is no evidence base for the use of probiotics for the treatment of eczema at the present time. However, ongoing research in this area does not give up hope of obtaining deeper conclusions about the effect of probiotics on the prevention or treatment of AtD.

Key words: atopic dermatitis, intestinal microbiota, pathogenesis.

Сведения об авторах:

Николайчук Светлана Руслановна, НАО «Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова», резидент 2 года обучения кафедры дерматовенерологии, e-mail: Svetlana_nikolaichyk@mail.ru;

Бейсебаева Улжан Турсункуловна, НАО «Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова», профессор кафедры дерматовенерологии, к.м.н., доцент, e-mail: ulzhan_2007@mail.ru;

Альменова Лэйла Танирбердиевна, НАО «Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова», к.м.н., доцент кафедры дерматовенерологии, e-mail: leila7910@mail.ru;

Хабижанов Аскар Болатович, НАО «Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова», зав. кафедрой дерматовенерологии, к.м.н., доцент, e-mail: habizhanov.a@kaznmu.kz;

Шортанбаева Жанна Алихановна, НАО «Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова», к.м.н., профессор кафедры дерматовенерологии, e-mail: zhanna0312@mail.ru.

Дата поступления материала в редакцию: 07.07.2023
Дата рецензирования: 11.07.2023
Принято к публикации: 25.07.2023

МРНТИ: 76.29.57 УДК: 616.5-006.31
doi: 10.61075/kncdiz-2707-3696.2023.85.3.003

З.М. Суханбердиева
РГП на ПХВ «Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний»
МЗ РК, Алматы, Республика Казахстан
e-mail: zarina_08-08@mail.ru

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ИНФАНТИЛЬНЫХ ГЕМАНГИОМ КОЖИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Аннотация

Инфантильные гемангиомы наиболее часто встречаемые сосудистые опухоли детского возраста, диагностика которых не представляет особой трудности. Однако, дифференциальная диагностика с другими сосудистыми образованиями представляет определенные трудности. Статья посвящена особенностям клинического течения гемангиом, особенностям при инструментальных методах обследования, используемых при диагностике сосудистых образований. Правильно установленный диагноз помогает выбрать тактику ведения пациентов и исключить диагностические ошибки, которые могут привести к развитию осложнений.

Ключевые слова: инфантильные гемангиомы, диагностика, сосудистые образования.

Инфантильные гемангиомы – наиболее часто встречаемые доброкачественные сосудистые опухоли детского возраста. По данным разных авторов, частота встречаемости сосудистых образований у детей колеблется в пределах 1-6% случаев, достигая своего максимума к 1 году, когда они выявляются в 10-12% [1,2]. Отмечается, что наиболее часто инфантильные гемангиомы наблюдаются у маловесных и недоношенных детей весом менее 1000 г, с преобладанием у девочек в 2-5 раза больше [3,4]. Большинство гемангиом появляется в первые недели жизни, при этом в некоторых случаях им предшествуют пятна красного или розового цвета. Согласно одной из ныне существующих классификаций, все сосудистые аномалии развития делятся на сосудистые опухоли и мальформации, при этом гемангиомы относятся к сосудистым опухолям и подразделяются по глубине на поверхностные, комбинированные, глубокие; по локализации выделяют гемангиомы головы, шеи, конечностей, туловища; гемангиомы кожи могут быть как самостоятельным заболеванием, так и, сочетаясь с врожденными поражениями органов и систем, являться одним из симптомов различных синдромов [5,6]. К примеру, обширные гемангиомы шеи и лица могут быть ассоциированы с множественными аномалиями, составляющими синдром PHACES - сочетание пороков задней ямки (Posterior), гемангиом (Hemangioma), артериальных аномалий (Arterial anomalies), коарктации аорты (Coarstation) и пороков сердца (Cardiag defects), аномалий глаз (Eye anomalies) и дефектов грудины (Sternal defects).

Гемангиомы выявляются в виде ярко-красных, голубоватых или вишневых образований различных размеров. Поверхностные (синонимы: «земляничные», капиллярные гемангиомы) поражения - это образования классического темно-красного цвета, имеющие экзофитный рост. До 80% случаев новообразования локализуются на лице и шее, возвышаясь над поверхностью кожи отдельными дольками. В большинстве случаев для опухоли характерно доброкачественное течение. По наблюдениям ряда авторов, гемангиомы имеют 3 стадии развития - фазу роста, стабилизации процесса и инволюции. Так, за первые 6 месяцев гемангиомы могут расти бурно: от нескольких миллиметров достигнуть до нескольких сантиметров [2,7,8]. Характерно развитие различных осложнений в фазу прогрессирующего

роста, таких как изъязвления, кровотечения, рубцевание с развитием косметических дефектов и нарушении функции пораженного органа.

Как правило, диагноз инфантильной гемангиомы не представляет особых трудностей. Однако, учитывая факторы риска развития гемангиом, такие как недоношенность, проблемы вынашивания беременности с медикаментозным ее сохранением, наличие хронических заболеваний, осложняющих не только течение, но и процесс родов и т.д., дифференциальная диагностика может представлять собой определенную сложность. Часто гемангиомы новорожденных неправильно оцениваются педиатрами и неонатологами как кровоизлияния, связанные с повреждениями во время родов, с неадекватным назначением терапии в виде массажа, использование физиопроцедур, что может не только вызвать рост опухоли, но и развитие осложнений [5,6]. Правильная диагностика определяет тактику ведения таких пациентов, возможно, поэтому многие врачи, зная о фазах роста гемангиом, считают, что выжидательная тактика является оптимальным выбором лечения у данной категории пациентов, что в ряде случаев может привести к неудовлетворительным результатам терапии и осложнениям, а то и вовсе нежелательному исходу ввиду неправильной дифференциальной диагностики [7,8].

При проведении дифференциальной диагностики важно учитывать тип и стадии гемангиомы, анамнез заболевания. Необходимо выяснить, когда появилась сосудистая опухоль или любые изменения на коже, предшествующие появлению инфантильной гемангиомы, до или после рождения, изменения цвета, размера, и время изменения, способы терапии, которые уже применялись ранее и эффект от проводимой терапии. Важную роль играет семейный анамнез: имелись ли в роды случаи сосудистых образований, если да, то уточнить этапы ее развития и методы лечения. При сборе анамнеза необходимо уделить внимание вопросам о здоровье матери на период зачатия и вынашивания беременности, исключить наличие таких факторов риска, как - наличие вредных привычек, хронических заболеваний, признаков гипоксии плода во время беременности и родов, срок родов, вес ребенка при рождении, уточнить о способе наступления беременности – была-ли это самостоятельная беременность или ЭКО индуцированная.

Следующим этапом диагностики является визуальный осмотр, позволяющий определить локализацию, размеры сосудистой опухоли, степень насыщенности окраски, границы и поверхность, наличие осложнений в виде воспалительных явлений со стороны гемангиомы, изъязвлений, кровотечения и нарушение функции пораженного органа.

Ряд авторов, в том числе Ю.Л. Солдатский и соавт. (2012), E. Boscolo (2011) считают, что прежде всего гемангиомы необходимо дифференцировать от сосудистых мальформаций и других сосудистых опухолей в раннем детстве. Пороки развития сосудов (сосудистые мальформации) представляют собой дефекты кровеносных и лимфатических сосудов вследствие аномалий развития и морфогенеза. Это тяжелые заболевания, приводящие к функциональным нарушениям пораженных органов, а также косметическим дефектам и характеризуются множеством клинических проявлений. В отличие от гемангиом, данные образования в большинстве своем случаев выявляются уже при рождении ребенка, цикл развития клеток эндотелия у таких образований нормальный, что характеризуется отсутствием прогрессирующей пролиферации, при этом образование будет расти вместе с ребенком [9]. Внешний вид сосудистых мальформаций зависит от типа заинтересованных сосудов. Венозные мальформации могут иметь голубоватый окрас, маскируясь под подкожные гемангиомы.

Расположение гемангиом в подкожной жировой клетчатке способствует проведению дифференциальной диагностики с лимфангиомой, липомой и кистозными образованиями [10].

Пиогенная гранулема - приобретенное сосудистое поражение, которое очень напоминает гемангиому при клиническом и микроскопическом исследовании, часто встречается у детей в более старшем возрасте и у молодых людей, как правило при травматизации кожи [3].

Капошиформная гемангиоэпителиома - агрессивная сосудистая опухоль, встречающаяся исключительно в детском возрасте, часто имеет сочетанную тромбоцитопению (синдром Казабаха - Мерритт). Согласно A. L. Brucker (2016) данная сосудистая опухоль может встречаться как при рождении, при этом преобладание среди мальчиков или девочек отмечено не было.

Установить диагноз инфантильной гемангиомы на основании тщательно собранного анамнеза, клинической картины и визуального осмотра больного не составляет трудности в 90% случаев, но для верификации диагноза необходимы диагностические инструментальные методы, что позволит определить тип опухоли, глубину расположения, истинные размеры, кровоснабжение, взаимодействие с окружающими тканями, аномальные структуры, выявить возможность поражения висцеральных органов. Такой подход к диагностике позволяет определить тактику лечения с максимальной профилактикой дальнейших осложнений [1,3]. Преимуществами современных методов диагностики является неинвазивность, возможность многократного исследования, в том числе в процессе лечения, и как правило быстрое получение результата с сохранением данных обследования на электронных носителях.

Одним из современных и информативных методов диагностики является дерматоскопия, позволяющий определить степень наполнения, зернистый рисунок гемангиомы (признак капиллярного строения). Типичная дерматоскопическая характеристика гемангиомы представлена множественными красного/красно-голубого цвета лакунами округлого или полигонального строения, которые четко разграничены. Пигментная сетка как правило отсутствует, однако появление белого цвета по мнению А.Н. Хлебниковой (2015), Н.В. Новосёловой (2015), может быть признаком инициации фазы инволюции. Отличием дерматоскопической картины ангиокератом от гемангиом является сочетание сосудистых лакун и зон пигментации, гомогенно окрашенных красным, фиолетовым или синим цветом. Характерным признаком ангиокератом является наличие бело-голубой вуали, характеризующей наличие гиперкератоза на поверхности образования [11,12,13]. Лимфангиомы при дерматоскопии характеризуются лакунарным строением бледно-розового или серого цвета, что зависит от заполняющей лимфангиомы лимфы [14].

Диагностическое значение дерматоскопии возрастает при дифференциации с меланомой, которая может быть окрашена в красный, синий, черный, тёмно-вишнёвый цвета. На сегодня в дерматоскопической терминологии разработаны критерии и алгоритмы дифференциальной диагностики меланомы. Основными критериями являются: атипичная пигментная сеть, бело-голубая «вуаль», зоны регресса, наличие атипичных полос, сосудов и др. Особую сложность представляет дифференциальная диагностика с беспигментной меланомой, которая может манифестировать в виде розовой или синюшно- розовой слабо пигментированной папулой, характеризующаяся быстрым ростом и склонностью к изъязвлению [15]. Частота встречаемости беспигментной меланомы составляет от 1,8% до 8,1% от числа всех меланом [16]. При дерматоскопии беспигментной меланомы отмечается наличие полиморфных сосудов, белых линий, а также остатки пигмента в виде коричневых бесструктурных элементов.

Следующим неинвазивным и не менее информативным методом диагностики, используемым в верификации диагноза, является ультразвуковое исследование. Имеющаяся разница в акустическом сопротивлении стенок и просвета сосудов в норме обеспечивает им изображение. Для повышения информативности рекомендуется использование режима цветового доплеровского картирования (ЦДК), позволяющим оценить характер кровотока по следующим параметрам - диаметр, тип кровотока, направление, скорость, сопротивление, проходимость, чтобы оценить размеры, глубину расположения, взаимоотношение с окружающими тканями и крупными сосудами образования, изучить источники и варианты кровоснабжения опухоли, наличие питающего сосуда, его диаметр, наличие пульсации, характер и скорость кровотока. По типу кровотока выделяют образования с высоко- и низкоскоростным типом: венозные мальформации - образования с низкоскоростным типом,

артериовенозные дисплазии – с высокоскоростным, а при лимфатических он вообще отсутствует. При дуплексном сканировании сосудистых опухолей выявляется гиперваскуляризированные, в большинстве своем гомогенные мягкотканные образования с высокоскоростными артериальными и различной интенсивности венозными сигналами. При артериовенозных дисплазиях характерно формирование сосудистых структур по типу «медовых сот». Определенную диагностическую трудность могут представлять гемангиомы в пролиферативной стадии, создавая направленный и обратный сигнал, тем самым имитируя УЗИ картину артериовенозных мальформаций [17].

Для улучшения дифференцировки нормальных и патологических структур используются различные методики контрастного усиления. Метод компьютерной томографии основан на измерении и сложной компьютерной обработке разности ослабления рентгеновского излучения различными по плотности тканями. Метод магнитно-резонансная томография является наиболее информативным для изучения сосудистых опухолей и позволяет получить сведения об объемах поражения и вовлеченности соседних структур и тканей. При исследовании визуализируются дольчатые мягкотканевые массы с пустотами в виде интенсивного гомогенного контрастирования. Результаты обоих исследований похожи с демонстрацией мягкотканных масс [18]. Однако, определенные дискуссии возникают по поводу оправданности использования метода КТ, особенно у детей и подростков, ввиду лучевой нагрузки, хотя он имеет определенно большую информативность по сравнению с МРТ диагностикой и является определенным диагностическим резервом при наличие сосудистых дисплазий сложной локализации.

Ангиография используется как резервный метод для диагностики гемангиом и дифференцировки с мальформациями, а также для проведения лечебных манипуляций с проведением контроля при лечении методом эмболизации. После проведенного лечения гемангиома выглядит как очерченные массы с сохраняющимся интенсивным паренхимальным окрашиванием. Визуализируются питающие артерии и выносящие вены. В течение пролиферативной фазы гемангиома выглядит как выраженный проток, который постепенно уменьшается с инволюцией [19].

К инвазивным методам диагностики также относятся гистологическое исследование сосудистых образований, которое проводится перед плановым хирургическим удалением, или метод пункционной биопсии, применяющийся при глубоком расположении опухоли в подкожно-жировой клетчатке и подозрении на злокачественную природу новообразования. Использование данного метода ограничено ввиду его травматичности, риском развития осложнений в виде кровотечения, изъязвления, а также запускам механизмов спонтанного роста. При проведении гистологического исследования гемангиом как правило представлена дольчатым строением с наличием соединительнотканных перемычек, заполненные кровью.

Диагностика гемангиом кожи несмотря на кажущуюся простоту и легкость представляет собой определенную трудность, особенно в отношении дифференциальной диагностики с другими сосудистыми образованиями. Важность правильной диагностики определяет дальнейшая тактика лечения и ведения пациентов данной категории. Таким образом, вопрос об актуальности диагностики, а следственно и тактики лечения пациентов с инфантильными гемангиомами с разработкой более точных критериев, протоколов ведения этой группы пациентов остается открытым для мирового медицинского сообщества и требует дальнейшего изучения вопроса.

Список использованных источников:

1. Бычкова О.С. Лечение и реабилитация пациентки с комбинированной гемангиомой лица / О.С. Бычкова // Аппаратная косметология. – 2016, 3: 76-82.

2. Ahogo C.K. Factors associated with the relapse of infantile haemangiomas in children treated with oral propranolol / C.K. Ahogo, K. Ezzedine, S. Prey [et al.]. Br. J. Dermatol. - 2013, 169(6): 1252-1256.

3. Ding B.S. Endothelial-derived angiocrine signals induce and sustain regenerative lung alveolarization / B.S. Ding, D.J. Nolan, P. Guo [et al.]. Cell. - 2011, 147(3): 539-553.

4. Kwon E.K. Infantile Hemangiomas / E.K. Kwon, M. Seefeldt, B.A. Drolet. Am. J. Clin. Dermatology. - 2013, 14(2): 111-123.

5. Акбаров А.А. Опыт лечения гемангиом челюстно-лицевой области у детей / А.А. Акбаров, М.З. Дусмухамедов, Л.М. Болтаходжаева [и др.]. // Стоматология детского возраста и профилактика. - 2010. - Т. IX, 2: 43-46.

6. Беляев М.К. Оправдана ли выжидательная тактика при гемангиомах наружной локализации у детей? / М.К. Беляев, К.К. Федоров. Рос. вестн. детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. - 2014, 1: 8-15.

7. Hunzeker C.M. Treatment of Superficial Infantile Hemangiomas of the Eyelid Using the 595-nm Pulsed Dye Laser / C.M. Hunzeker, R.G. Geronemus. Dermatologic Surgery. - 2010, 36(5): 590-597.

8. Омурзаков Б.А. Новые возможности хирургического лечения гемангиом наружных покровов у детей / Б.А. Омурзаков, М.Ю. Логвиненко. Наука и Мир. - 2017, 1: 80-82.

9. Donnelly L.F., Adams D.M., Bisset G.S. 3rd. Vascular malformations and hemangiomas: a practical approach in a multidisciplinary clinic. AJR Am J Roentgenol. - 2000, 174(3):597-608.

10. Lee B.B., Baumgartner I., Berlien H. at al. Consensus Document of the International Union of Angiology (IUA). Current concept on the management of arterio-venous management. International Angiology. - 2013, 2: 32(1): 9-36.

11. Kim J.H., Kim M.R., Lee S.H., Lee S.E., Lee S.H. Dermoscopy: a useful tool for the diagnosis of angiokeratoma. Ann Dermatol., 2012 Nov, 24(4):468-71.

12. Martin J.M., Bell a-Navarro R., Jorda E. Vascular patterns in dermoscopy. Actas Dermosifiliogr., 2012 Jun, 103(5): 357-75.

13. Argenziano G., Zalaudek I., Corona R., Sera F., Cicale L., Petrillo G., Ruocco E., Hofmann-Wellenhof R., Soyer H.P. Vascular structures in skin tumors: a dermoscopy study. Arch Dermatol., 2004 Dec, 140(12): 1485-9.

14. Gencoglan G., Inanir I., Ermertcan A.T. Hypopyon-like features: new dermoscopic criteria in the differential diagnosis of cutaneous lymphangioma circumscriptum and haemangiomas? J Eur Acad Dermatol Venereol., 2012 Aug, 26(8): 1023-5.

15. Ламоткин И.А. Клиническая дерматоонкология. М.: БИНОМ. Лаборатория знаний. - 2011. 499 с.

16. Fernanda Teixeira Ortega, Rogério Nabor Kondo and etc. Primary cutaneous amelanotic melanoma and gastrointestinal stromal tumor in synchronous evolution. A Bras Dermatol., 2017, Sep-Oct, 92(5): 707–710.

17. Cavallo A., Molini L., Quadri P., Orlando L., Ferro C. Congenital arteriovenous malformations of the lower 77. limb. Colour Doppler diagnosis. Radiol Med., 1993, 85: 487-491.

18. Панов В. МРТ-диагностика ангиодисплазий лицевого черепа у детей / В. Панов, А. Надточий, А. Иванов [и др.] // Материалы Международного семинара по диагностической и терапевтической радиологии. Минск. - 2003, 94-96.

19. So WLA, Chaganti J., Waugh R., Ferguson R.J. Management of scrotal arteriovenous malformation with transcatheter embolisation coils and percutaneous sclerotherapy under angiographic guidance. J Med Imaging Radiat Oncol. 2015, 59(4): 468-470.

List of sources used:

1. Bychkova O.S. Lechenie i reabilitaciya pacientki s kombinirovannoj gemangiomoj lica / O.S. Bychkova. Apparatnaya kosmetologiya. - 2016, 3: 76-82.

2. Ahogo, C.K. Factors associated with the relapse of infantile haemangiomas in children treated with oral propranolol / C.K. Ahogo, K. Ezzedine, S. Prey [et al.]. Br. J. Dermatol. - 2013, 169(6): 1252-1256.

3. Ding B.S. Endothelial-derived angiocrine signals induce and sustain regenerative lung alveolarization / B.S. Ding, D.J. Nolan, P. Guo [et al.]. Cell. - 2011, 147(3): 539-553.

4. Kwon, E.K. Infantile Hemangiomas / E.K. Kwon, M. Seefeldt, B.A. Drolet. Am. J. Clin. Dermatology. - 2013, 14(2): 111-123.

5. Akbarov A.A. Opyt lecheniya gemangiom chelyustno-licevoj oblasti u detej / A.A. Akbarov, M.Z. Dusmuhamedov, L.M. Boltahodzhaeva [i dr.]. // Stomatologiya detskogo vozrasta i profilaktika. 2010. - T. IX, 2: 43-46.

6. Belyaev M.K. Opravdana li vyzhidatel'naya taktika pri gemangiomah naruzhnoj lokalizacii u detej? / M.K. Belyaev, K.K. Fedorov. Ros. vestn. detskoj hirurgii, anesteziologii i reanimatologii. - 2014, 1: 8-15.

7. Hunzeker, C.M. Treatment of Superficial Infantile Hemangiomas of the Eyelid Using the 595-nm Pulsed Dye Laser / C.M. Hunzeker, R.G. Geronemus. Dermatologic Surgery. - 2010, 36(5): 590-597.

8. Omurzakov B.A. Novye vozmozhnosti hirurgicheskogo lecheniya gemangiom naruzhnyh pokrovov u detej / B.A. Omurzakov, M.YU. Logvinenko. Nauka i Mir. - 2017, 1: 80-82.

9. Donnelly L.F., Adams D.M., Bisset G.S. 3rd. Vascular malformations and hemangiomas: a practical approach in a multidisciplinary clinic. AJR Am J Roentgenol. - 2000, 174(3):597-608.

10. Lee B.B., Baumgartner I., Berlien H. at al. Consensus Document of the International Union of Angiology (IUA). Current concept on the management of arterio-venous management. International Angiology, 2013, 2: 32(1): 9-36.

11. Kim J.H., Kim M.R., Lee S.H., Lee S.E., Lee S.H. Dermoscopy: a useful tool for the diagnosis of angiokeratoma. Ann Dermatol., 2012 Nov, 24(4):468-71.

12. Martin J.M., Vell a-Navarro R., Jorda E. Vascular patterns in dermoscopy. Actas Dermosifiliogr., 2012 Jun, 103(5): 357-75.

13. Argenziano G., Zalaudek I., Corona R., Sera F., Cicale L., Petrillo G., Ruocco E., Hofmann-Wellenhof R., Soyer H.P. Vascular structures in skin tumors: a dermoscopy study. Arch Dermatol., 2004 Dec, 140(12): 1485-9.

14. Gencoglan G., Inanir I., Ermertcan A.T. Hypopyon-like features: new dermoscopic criteria in the differential diagnosis of cutaneous lymphangioma circumscriptum and haemangiomas? J Eur Acad Dermatol Venereol., 2012 Aug, 26(8): 1023-5.

15. Lamotkin I.A. Klinicheskaya dermatoonkologiya. M.: BINOM. Laboratoriya znanij, 2011. 499 s.

16. Fernanda Teixeira Ortega, Rogério Nabor Kondo and etc. Primary cutaneous amelanotic melanoma and gastrointestinal stromal tumor in synchronous evolution. An Bras Dermatol., 2017, Sep-Oct, 92(5): 707–710.

17. Cavallo A., Molini L., Quadri P., Orlando L., Ferro C. Congenital arteriovenous malformations of the lower 77. limb. Colour Doppler diagnosis. Radiol Med., 1993, 85: 487-491.

18. Panov, V. MRT-diagnostika angiodisplazij licevogo cherepa u detej / V. Panov, A. Nadtochij, A. Ivanov [i dr.] // Materialy Mezhdunarodnogo seminara po diagnosticheskoj i terapevticheskoj radiologii. Minsk. - 2003, 94-96.

19. So WLA, Chaganti J., Waugh R., Ferguson R.J. Management of scrotal arteriovenous malformation with transcatheter embolisation coils and percutaneous sclerotherapy under angiographic guidance. J Med Imaging Radiat Oncol. 2015, 59(4): 468-470.

З.М. Суханбердиева
ҚР ДСМ «Қазақ Дерматология және инфекциялық аурулар ғылыми орталығы» ШЖҚ РМК,
Алматы, Қазақстан
e-mail: zarina_08-08@mail.ru

НӘРЕСТЕЛІК ТЕРІ ГЕМАНГИОМАЛАРЫНЫҢ ДИФФЕРЕНЦИАЛДЫ ДИАГНОСТИКАСЫ (ӘДЕБИЕТТІК ШОЛУ)

Аннотация

Нәрестелік гемангиомалар - балалық шақта жиі кездесетін тамырлы ісіктер, олардың диагнозын қою қиындық туғызбайды. Алайда басқа тамырлы түзілімдермен дифференциалды диагностика белгілі бір қиындықтар туғызады. Мақала гемангиоманың клиникалық ағымының ерекшеліктеріне, тамырлы түзілімдер диагностикасында қолданылатын аспаптық зерттеу әдістерінің ерекшеліктеріне арналған. Дұрыс қойылған диагноз науқасты басқару тактикасын таңдауға және асқынулардың дамуына әкелетін диагностикалық қателерді болдырмауға көмектеседі.

Түйінді сөздер: нәресте гемангиомасы, диагностика, тамырлы түзілімдер.

Zarina Sukhanberdiyeva
The Republican State Enterprise «Kazakh Scientific Center of Dermatology and Infectious Diseases» of the Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan,
Almaty, Kazakhstan
e-mail address: zarina_08-08@mail.ru

DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF INFANTILE HEMANGIOMAS OF THE SKIN (LITERATURE REVIEW)

Annotation

Infantile hemangiomas are the most frequent vascular tumors of the childhood that have easily recognized clinical features. However, the diagnosis between infantile hemangiomas and other vascular disorders may have some difficulties. This article describes the different clinical signs of hemangiomas and investigations that are needed to diagnose the other vascular anomalies. Knowledge on differential diagnosis helps clinicians to make the correct diagnosis, make the correct treatment of hemangiomas, and exclude the possibility of mistakes that can lead to complications.

Key words: infantile hemangioma, diagnosis, vascular tumors.

Сведения об авторе:
Суханбердиева Зарина Маратовна, преподаватель отдела последипломного образования РГП на ПХВ «Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний» МЗ РК, тел. моб.: +77017407816, e-mail: zarina_08-08@mail.ru

Дата поступления материала в редакцию: 10.08.2023
Дата рецензирования: 14.08.2023
Принято к публикации: 25.08.2023

МРНТИ: 76.29.57 УДК: 616.51-616.517

doi: 10.61075/kncdiz-2707-3696.2023.85.3.004

Ж.У. Будесова, Г.А. Ташбаева*
ГКП на ПХВ «Областной дерматологический диспансер» УЗ Туркестанской области,
Шымкент, Казахстан
*e-mail: nice.tashbaeva@mail.ru

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КРЕМА-КОНЦЕНТРАТА KERTYOL PSO ОТ DUCRAY ДЛЯ АДЬЮВАНТНОЙ ТЕРАПИИ ПСОРИАЗА

Аннотация

В статье описан опыт применения крема-концентрата Kertyol PSO от Ducray в качестве адъюванта у больных псориазом на фоне местной и/или системной терапии.

Показано, что включение увлажняющего крема-концентрата Кертиоль P.S.O. в состав комплексной терапии больных бляшечным псориазом способствует более раннему началу стабилизации и регрессу псориатического процесса, купированию субъективных расстройств, повышению качества жизни больных псориазом. При использовании крема-концентрата отмечено отчетливое уменьшение сухости кожи с нормализацией показателей её увлажненности и эластичности, при применении в фазе прогрессирования дерматоза – выраженное противовоспалительное и увлажняющее действие.

Ключевые слова: псориаз, крем-концентрат, адьювантная терапия.

Псориаз – это распространенное хроническое иммуноассоциированное заболевание с преимущественным поражением кожного покрова, которое может оказывать существенное неблагоприятное влияние на качество жизни пациентов в течение длительного времени. В терапии больных, страдающих данной патологией, наиболее широко применяют разные лекарственные препараты системного действия, методы фотолечения, а также топические средства. Действуя патогенетически, данные терапевтические средства и методы оказывают цитостатическое, антипролиферативное и противовоспалительное действие. Комплементарный подход к лечению псориаза, помимо эффективной медикаментозной терапии, предусматривает обучение пациента и применение адъювантной терапии, или терапии сопровождения. Основными целями адъювантной терапии являются гидратация рогового слоя, десквамация гиперкератоза, уменьшение выраженности зуда, восстановление кожного барьера, улучшение проникновения препаратов для наружного применения. Использование адъювантной терапии в комбинации с медикаментозными методами направлено на повышение эффективности, безопасности лечения и предотвращение рецидивов.

В качестве базисной адъювантной терапии препаратами первого выбора считаются кератолитики с содержанием мочевины, салициловой кислоты, молочной кислоты или фруктовых кислот. Помимо этого, в последнее время все более широко используются препараты с содержанием растительных экстрактов или их комбинаций, обладающие противовоспалительным, антиоксидантным и другими эффектами. Многие из них применяют для адъювантной терапии псориаза.

Нами была поставлена цель изучить эффективность применения крема-концентрата Кертиоль P.S.O. от Ducray. Концентрат применяется как в комплексе с медикаментозным лечением, так и в качестве поддерживающего средства. Предназначен для всех типов кожи, в том числе чувствительной. Крем-концентрат уменьшает шелушение, устраняет зуд,

вызванный сухостью кожи. Кертиоль P.S.O. имеет кремообразную легкую текстуру, благодаря которой быстро впитывается. Активными компонентами крема-концентрата являются Celastrol, гликолевая кислота, ихтиол, Vederine, Polidocanol. Celastrol - 100% натуральный активный ингредиент, выделенный из экстрактов корней виноградной лозы - действует непосредственно на кератиноциты, уменьшая появление бляшек. Гликолевая кислота - кератолитический компонент. Vederine - это экстракт цикория, влияющий на функционирование рецепторов витамина D в коже. Способствует легкому отшелушиванию чешуек. Ихтиол замедляет процесс деления клеток, сокращая шелушение. Polidocanol устраняет зуд.

В исследовании принимали участие пациенты дерматологического отделения Областного дерматовенерологического диспансера Туркестанской области с бляшечным псориазом разной средней степени тяжести (без псориатического артрита). Возраст пациентов составил от 20 до 48 лет. Период наблюдения составил 30 дней с контрольным визитом на 20-й день лечения. Крем применяли 2 раза в день утром и вечером. Положительная динамика патологического процесса отмечалась в течение первой недели терапии и характеризовалась уменьшением эритемы, инфильтрации и шелушения. В среднем на регресс псориатических очагов потребовалось от 10 до 14 дней. На рисунках 1-4 представлен результат применения Kertyol PSO на 4-е, 7-е, 14-е и 21-е сутки. Сначала крем-концентрат применяли на фоне системной терапии, затем пациент продолжил использование крема дома в качестве терапии сопровождения.

Рисунок 1- Результат применения Kertyol PSO на 4 сутки

Рисунок 2 - Результат применения Kertyol PSO на 7 сутки

Рисунок 3 – Результат применения Kertiol PSO на 14 сутки

Рисунок 4 – Результат применения Kertyol PSO на 21 сутки

На рисунках 5-9 представлены результаты использования крема-концентрата на 4,7 и 14 сутки. Крем-концентрат применяли без предварительного курса кератолитических средств и топических гормональных препаратов.

Рисунок 5-9 - Результаты применения крема-концентрата
без предварительного курса кератолитических средств и топических гормональных препаратов на 4,7 и 14 сутки

Включение Kertyol PSO в комплексную терапию больных псориазом позволяет добиваться более эффективного уменьшения шелушения и воспаления, а также более быстрого разрешения высыпаний. Применение крема Kertyol PSO один-два раза в день в виде адъюванта в комбинации с медикаментозным лечением приводит к достоверно значимому очищению кожи от бляшек: уменьшению чешуек на 77%, уплотнения кожи – на 71%, покраснения – на 63%. Такой комплексный лечебный подход способствует повышению качества жизни пациентов.

Выводы

1. Включение увлажняющего крема-концентрата Кертиоль P.S.O. в состав комплексной терапии больных бляшечным псориазом способствует более раннему началу стабилизации и регрессу псориатического процесса, купированию субъективных расстройств, повышению качества жизни данной категории лиц.
2. Использование крема-концентрата Кертиоль P.S.O. приводит к отчетливому уменьшению сухости кожи с нормализацией показателей её увлажненности и эластичности.

3. Комплексное применение топического средства у больных псориазом в фазе прогрессирования дерматоза оказывает выраженное противовоспалительное и увлажняющее действие.

Список использованных источников:

1. Мельниченко О.О. Современные подходы к терапии тяжелых форм псориаза. // Медицинский совет. - 2017, 11: 208-211.
2. Ерина И.А., Садретдинов Р.А. Оценка клинической эффективности современных увлажняющих средств в комплексной терапии псориаза у детей. // Астраханский медицинский журнал. - 2018: 44-51.
3. Бакулев А.Л., Кравченя С.С., Игонина И.А., Утц С.Р. Адьювантная топическая терапия при псориазе. // Российский журнал кожных и венерических болезней. - 2017, 20(6): 355-359. DOI: http://dx.doi.org/10.18821/1560-9588.
4. Тарасова Е.Н., Мешко А.А. Анализ ассортимента лекарственных препаратов для лечения псориаза для наружного применения. // Вестник фармации. - 2022, 1(95): 12-19. DOI: https://doi.org/10.52540/2074-9457.2022.1.12

List of sources used:

1. Mel'nichenko O.O. Sovremennye podhody k terapii tyazhelyh form psoriaza. // Medicinskij sovet. - 2017, 11: 208-211.
2. Erina I.A., Sadretdinov R.A. Ocenka klinicheskoj effektivnosti sovremennyh uvlazhnyayushchih sredstv v kompleksnoj terapii psoriaza u detej. // Astrahanskij medicinskij zhurnal. - 2018: 44-51.
3. Bakulev A.L., Kravchenya S.S., Igonina I.A., Utc S.R. Ad'yuvantnaya topicheskaya terapiya pri psoriaze. // Rossijskij zhurnal kozhnyh i venericheskih boleznej. - 2017, 20(6): 355-359. DOI: http://dx.doi.org/10.18821/1560-9588.
4. Tarasova E.N., Meshko A.A. Analiz assortimenta lekarstvennyh preparatov dlya lecheniya psoriaza dlya naruzhnogo primeneniya. // Vestnik farmacii. - 2022, 1(95): 12-19. DOI: https://doi.org/10.52540/2074-9457.2022.1.12

Ж.Ө. Будесова, Г.А. Ташбаева*
Түркістан облысы ДСБ "Облыстық дерматологиялық диспансер" ШЖҚ МКК,
Шымкент, Қазақстан
*e-mail: nice.tashbaeva@mail.ru

ПСОРИАЗДЫҢ АДЪЮВАНТТЫ ТЕРАПИЯСЫНДАҒЫ DUCRAY ҰСЫНҒАН KERTYOL PSO КОНЦЕНТРАТТЫ КРЕМІНІҢ ҚОЛДАНУ ТӘЖІРИБЕСІ

Аннотация

Мақалада жергілікті және/немесе жүйелік терапия аясында псориазбен ауыратын науқастарда адъювант ретінде Ducray ұсынған Kertyol PSO Крем-концентратын қолдану тәжірибесі сипатталған.

Дақты псориазбен ауыратын науқастарды кешенді терапияның құрамына Ылғалдандырғыш-кертиол концентратын PSO қосу псориаз процесінің тұрақтануы мен регрессиясының ертерек басталуына, субъективті бұзылуларды тоқтатуға және псориазбен ауыратын науқастардың өмір сүру сапасын жақсартуға ықпал ететіні көрсетілген. Крем-концентратты қолданған кезде терінің құрғауы оның ылғалдылығы мен икемділігі көрсеткіштерінің қалыпқа келуімен, дерматоздың прогрессия кезеңінде қолданғанда – айқын қабынуға қарсы және ылғалдандырғыш әсерімен айқын төмендегені байқалады.

Түйінді сөздер: псориаз, крем-концентраты, адъювантты терапия.

Zh.U. Budesova, G.A. Tashbaeva*
SME on the RoEM "Regional dermatological dispensary" HD of Turkestan region,
Shymkent, Kazakhstan
*e-mail: nice.tashbaeva@mail.ru

EXPERIENCE OF USING KERTYOL PSO CREAM CONCENTRATE FROM DUCRAY FOR ADJUVANT THERAPY OF PSORIASIS

Annotation

The article describes the experience of using Kertyol PSO cream concentrate from Ducray as an adjuvant in patients with psoriasis on the background of local and/or systemic therapy.

It is shown that the inclusion of Kertyol P.S.O. moisturizing cream concentrate in the complex therapy of patients with plaque psoriasis contributes to an earlier start of stabilization and regression of the psoriatic process, relief of subjective disorders, and improvement of the quality of life of patients with psoriasis. When using the cream concentrate, there was a distinct decrease in dryness of the skin with normalization of its moisture and elasticity, when used in the phase of dermatosis progression, there was a pronounced anti-inflammatory and moisturizing effect.

Key words: psoriasis, cream concentrate, adjuvant therapy.

Сведения об авторах:

Будесова Жадра Утебаевна, ГКП на ПХВ «Областной дерматовенерологический диспансер» УЗ Туркестанской области, зам. главного врача, e-mail: kvd_uko@mail.ru;

Ташбаева Гулнар Ахметовна, ГКП на ПХВ «Областной дерматовенерологический диспансер» УЗ Туркестанской области, зав. отделения дерматологии №2, e-mail: nice.tashbaeva@mail.ru.

Дата поступления материала в редакцию: 13.07.2023
Дата рецензирования: 19.07.2023
Принято к публикации: 01.08.2023

ҒТАМР: 76.29.29-76.29.57 ӘОЖ: 615.5-009.613.7

doi: 10.61075/kncdiz-2707-3696.2023.85.3.005

К.С. Сайлауова[1]*, А.К. Алдиярова[2]
[1]Дипломнан кейінгі білім алу медициналық академиясы, Алматы қ., Қазақстан
[2] Солтүстік Қазақстан облысының Аққайын аудандық ауруханасы, Аққайын ауданы, Солтүстік Қазақстан
*e-mail: kaldykul@mail.ru

ІШКІ АҒЗАЛАРДЫҢ АҚАУЫНА БАЙЛАНЫСТЫ БОЛАТЫН ҚЫШУ БЕЛГІСІ БАР ТӘЖІРИБЕДЕГІ КЕЗДЕСКЕН ЕКІ КЛИНИКАЛЫҚ ЖАҒДАЙ

Аннотация

Мақалада терінің субъективті қышыну белгісінің жүйелі қызыл жегі және сигма тәрізді ішектің Neo бар науқастардағы патоморфозы. Әлеуметтік жағдайлармен, сыртқы ортаның кері

әсеріне байланысты дұрыс ем шаралар қолданбауларына әкелетін жайлар туралы. Сондықтан бұндау қастардарды бірнеше мамандардың зерттеулерінен өткізу дұрыс болады. Және де кей кездерде ісік ауруларын өткізіп алмау үшін де терең зерттеулерден өткізу керек болады.

Түйінді сөздер: қышыну, жүйелі қызыл жегі, сигма тәрізді ішектің Neo, цитостатиктер, химиялық ем.

Жалпы популяциядағы әрбір 5-ші адам өмірінде кем дегенде бір рет созылмалы қышудан зардап шегеді [1].

Қышу белгісінің екі медициналық аспектісі бар. Біріншіден, қышу салдарынан адамның өмір сүру сапасын төмендетеді. Ол ұйқыны бұзады, назар аударуға мүмкіндік бермейді және науқастың барлық ойларын алады [2,3]. Екіншіден қышу аурудың жасырын клиникалық белгісі болуы мүмкін. Сондықтан науқас қышу белгісіне шағымданған кезде әр дайым оның себебін іздеу керек.

Қышу әртүрлі нозологияларда пайда болады, диагностика мен емдеуде қиындықтар туғызады, пациенттердің өмір сапасына әсер етеді [4].

Қышу белгісінің жиілігі:

- Естек жем, атопиялық дерматитте - 100%
- Қабыршақты теміреткіде - 80%
- Бірінші биллиярлық циррозда - 80-100%
- Созылмалы бүйрек ауруларында - 25-70%
- Идиопатиялық - 20%

Қышудың берілу жолдары:

- Қышу белгісінің сигналы шеткі жүйке жотасының С-жүйке талшықтарына гистаминге сезімтал немесе сезімтал емес миеленизирленбеген жол арқылы беріледі.

- Гистаминге сезімтал талшықтар жедел қышу белгісі тудыратын аурулар: естек жем кездессе, ал гистаминдік емес жүйке талшықтары созылмалы қышудың көптеген түрлерінде қышудың таралуында маңызды орын алады.

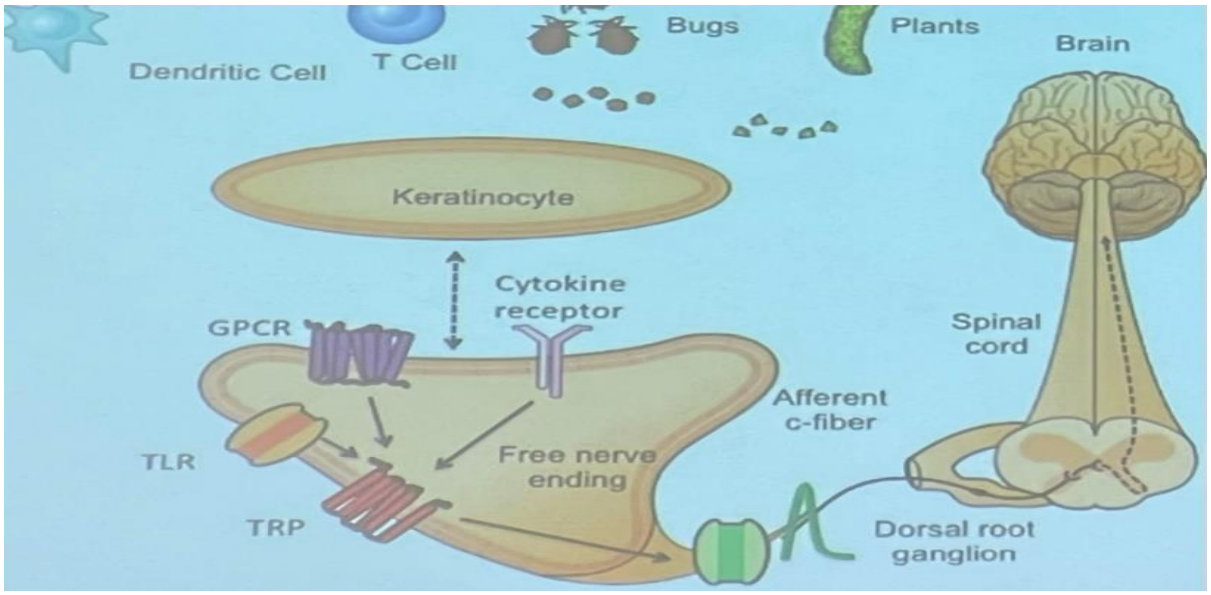
Қышу белгісің дамуында қатысатын медиаторлар:

Жараларды емдеуге және қабыну процестеріне қатысатын кез-келген жасушалар қышумен байланысты [5] (1 - сурет):

- Кератиноциттер
- Т-және В-лимфоциттер
- Мес жасушалары
- Базофилдер
- Эозинофилдер
- Фибробласттар

Көптеген биологиялық белсенді заттар қышумен байланысты, соның ішінде [5] (сурет 1):

- Интерлейкиндер IL 4, 6, 17, 22, 31, 33
- Цистеин және серин протеиназалары
- Жүйке өсу факторы
- Р Субстанциясы
- Ген-байланысқан пептид пен эндотелиннің кальцитонині
- Серотонин
- Лейкотриендер
- Простагландиндер



Сурет 1 - Жараларды емдеуге және қабыну процестеріне қатысатын жасушалар қышумен байланысты. Көптеген биологиялық белсенді заттар қышумен байланысты

Қышу белгісінің патогенезі немесе себептері:

- Ісік ауруларын, бауыр, бүйрек ауруланда токсиндердің қанда айналып жүруіне байланысты болуы.
- Лейкоз немесе лимфомада кездесетін қышу белгісі, ол лейкоциттермен, базофильдерден бөлінетін гистаминмен лейкопептизаданың бөлінуінен туатын белгі.
- Ходжкин лимфомасында кининоген, гистаминнің аса үстем болуына байланысты, сонымен қатар брадикининнің өнімдері, ал карциноидозда – серотониннің көбеюіне байланысты болады.

Кей жағдайларда цитотоксикалық химия препараттарын, сәуле немесе биологиялық ем алғанда қышу белгісі дамуы мүмкін. Ол кездерде тек терінің құрғау белгісіне байланысты қышу болуы мүмкін.

Бұл мақалада тәжірибеде кездескен екі жағдайды айтып кеткелі отырмыз.

Жүйелі қызыл жегі ауруындағы Люпус нефрит ауруы бар науқаста кездескен жағдай. Осындай науқастарда теріде қышу пайда болуының патогенезі анық зерттелмеген, дегенмен келесі жағдайларға байланысты болуы мүмкін:

- темір жетіспеушілігіне байланысты
- гистамин бөлінуі
- кальций және фосфаттың метаболиклық бұзылуы
- екіншілік гиперпаратериоз
- мес жасушаларының пролиферациясы
- А дәруменінің шамадан тыс көбеюі
- қозғалтқыш, вегетативті, сенсорлық жүйке жасушаларының реакциясы
- эндогендік себептер болуы мүмкін.

1-ші науқас: науқас Б 45 жаста.

Диагноз: Жүйелі қызыл жегі, жеделдеу ағым, активтілігі әлсіз:

Тері қышымасы, артралгия, адгезивті перикардит, люпус-нефрит, ОЖЖ зақымдануы, АИТ.

Науқас келесі шағыммен дәрігерге қаралды: Қышыну бүкіл денесі басынан, аяқ саусақтарының үшына дейін. Тек аздаған терісінің құрғанағына. Күндіз түні мазалағаның.

Соған байланысты жүйкесінің тозғанына. Әлсіздік. Жүрген кезде ентікпе болатына. Отырып тұруы қиын екеніне.

Ауру анамнезінен науқас өзін 5 жылдар көлемінде ауыратынын байқаған. Аса анық білгілер болмағандықтан дәрігерлер көмегіне жүгінбеген. Аурумын деп 2012 жылдан бастап ойлайды. Аит аурумен эндокринолог маманына қаралып, ол дәрігердің тағайындалуымен ликопид дәруменін қабылдаған, сол уақытта химиялық препаратқа реакция бергендей реакция байқаған: құсу, тырысу, дене қызуының көтерілуі. Ауруханада ем қабылдаған қандай дәрілер екенін білмейді.

Қышу белгісі, естек жем сияқты белгі 2-ші жүктілігінде 2009 жылы байқаған. Дәрігерге қаралмаған. Жергілікті дәрігерлер қышу белгісін жүктілікпен байланыстырған. Емделмеген. Бала босанған соң қышу белгісі басылған.

Екінші өршуді келесі 3 жүктілігімен байланыстырған. Осы жүктілік кезінде белдеулі ұшықпенен ауырған. Ацикловир дәрісіне қатты аллергиялық реакция берген. Қалтырап, дене қызуының көтерілуі, денесінің тырысуы (ұстамалары) болған. Жергілікті аллерголог гептрал, тиосульфат тағайындаған емнің 3 күні жақсаруды байқаған.

Жүктіліктің 20 аптасында ентікпе пайда болған. Сол шағымға байланысты жүректің УКЗ жасауы бойынша Перикардит деп диагноз қойылып, ауруханаға жатқызылады. Облыстық аурухана жағдайына байланысты Республикалық ана және бала орталығына жібереді. Республикалық Ана және бала ғылыми зерттеу институтында науқастың жағдайын орташа ауырлықта деп, мерзімінен бұрын Кессер тәсілі бойынша босандырады. Науқастың жағдайы орташа жағдайда 2 жұма ауруханада жатады. Дене қызуының түспеуі және қышыну белгісі бәсеңдемейді. Терапевттің кеңесі бойынша, науқасты кардиологиялық орталыққа ауыстырады. Сол жерде бірнеге мамандардың кеңесі бойынша анализдер жасалады. Жүйегі қызы жегінің анализдері оң нәтиже береді. Сондықтан сол ауруханаңың ревматология бөлімшесінде ем қабылдаған.

Науқастың өмір тарихы (anamnesis vitae): 3 жүктіліктен, 6 баланың ішінде 3 бала болып келеді. Айына жетіп туылған.

Әлеуметтік - тұрмыстық жағдайы өте жақсы бақуатты жан ұяда дүниеге келген. Мектепке 7 жасынан барған. Жоғарғы оқуға 17 жасында түскен, бітіріп шыққан. Ақыл ой жағынан өзінің құрбыларын қалмаған.

19 жасында тұрмысқа шыққан. Бірінші баласын 20 жамында босанған. Оқуын бітіргеннен кейін жұмысқа орналасқан. Қазіргі таңда бас есепші болып жұмыс жасайды.

Соңғы кезде жұмысы сапармен байланысты болғандықтан тамақтануы жиі мейрамханаларда болады. Күн ыстық мемлекеттерге жиі сапарларда болған, дем алыстарда болған. Спортпен кей кездерде шұғылданады. Ыстық моншаларды жақсы көреді.

Етек кірі 13 жастан, уақтылы, жыныстық қатынасты 19 жасынан бастаған. 2 баласы бар. Эутирокс дәрісін қолданғанда етек кірі болмайды.

Бала кезінде жиі лимфа тамырлары әсіресе мойын асты, құлық арты ісініп, жиі суық тиіп ауырған. Бала кезінде жел шешек, қызылшамен ауырып өткен. Эндокринолог маманында АИТ деген диагнозбенен екінші жүктілігінде есепке алынған. ТВС, Сары ауру, венерикалық аурулармен ауырмаған.

2020 жылы Ковид ауруымен ауырған өте ауыр халде ауруханад 14 күн жан сақтау бөлімінде оттегі аппаратында жатқан. Трехостома қойылған.

Тұқым қуалайтын аурулар: атасында, әкесінде қант диабеті бар. Анасы тік үшектің аденокарценомасынан дүниеден озған 2005 жылы.

Аллергия – цефтриаксон қатарының дәрілеріне, ликопид дәрумені, ацикловир.

Зиянды әдеттері жоқ.

Status praesens: Науқастың жалпы жағдайы қанағаттанарлық. Аурудың төсектегі қалпы белсенді. Есі бар. Бет әлпеті жанды. Басымен мойнында өзгерістер жоқ. Көздің асты ісіңкі қоңыр күлгін түсті. Ауызы симметриялы, күлгінше келген. Дене бітімі гиперстениялық. Қызуы 37,5, салмағы 65 кг, бойы – 163 см.

Тері түсі қалыпты, беті ісіңкі, бетінде маңлайы, көздің астында қонырқай дақтар бар. Шырышты қабаттарында өзгеріс жоқ. Тері асты шел қабаты қалыпты. Бұлшық еттерінің тургоры жақсы. Тізе буынлары шамалы ісіңкі, қозғалысы шектелген, сипап сезгенде ауырсыну бар. Құлақ асты лимфа бездері ісінген ноқат көлемді, қозғалмалы, жанындағы тіндермен байланыспаған. Шаштары аздап сиреген. Тырнақтарында өзгеріс жоқ.

Тыныс алу жүйесі бойынша: кеуде сарайы симметриялы. Тыныс алуда екі жағыда қатысады. Науқас мұрнымен тыныс алады. Тыныс алу ішпен. Тыныс алу жиілігі 16 рет секундына. Кеуде сарайы серпінді, ауру белгілері жоқ. Симметриялы нүктелерде дауыс дірілі бірдей естіледі. Плевра бетінің үйкелісі байқалмайды. Өкпесінде везикулярлы тыныс алу естіледі.

Жүрек қан тамыр жүйесі жағынан: Жүректің салыстырмалы тұйықтығы сол жағынан сыртқа 0,5 см ығысқан. Жүрек ұшында және семсер тәрізді өсіндіде систолалық шу. ЖСЖ – 100 рет минутына. АҚҚ – 135/85 мм с.б.б. Өкпеде везукулярлы тыныс, сырыл жоқ. ТЖ – 18 рет минутына.

Іші қалыпты формалы, пальпацияда – жұмсақ, ауру сезімсіз. Бауыры қабырға доғасы жиегінде, Курлов бойынша өлшемі 11х8х7 см. Физиологиялық шығарылымдар қалыпты.ұрғылау симптомы сол жақтан оң. Екі аяғында да ісік бар.

Status localis: Терідегі патологиялық процесс жайылмалы, симметриялы, арқасы, аяқ, қолдары, басында. Басым жері арқамен, қолында, аяғында, іштерінде шамалы аз. Бөрптелер мономорфты, созылмалы сипатта көрінген. Бірінші бөртпелер ұсақ көөүлдіреуік, шоғырланып орналасқан, қызыл түсті, домалақ, сопақшалау келген. Арқасында сызықша келген қанталаған қабыршақтар бар. Іштерінде бірең сараң көлемі 0,2-0,3 мм қабыршақтар бар. Дермографизм анық қызыл түсті. Шаштары басында сирек. Тырнақтары жылтыр.

Клиникалық қан талдауы: Hb - 92 г/л; эритроциттер - $3,5x10^{12}$/л; лейкоциттер - $4,2x10^{9}$/л, таяқша ядролы - 5%, сегмент ядролы - 68%, лимфоциттер - 18%, моноциттер - 5%, эозинофилдер - 4%; тромбоциттер - $229x10^{9}$/л; СОЭ - 44 мм/с.

Қанның биохимиялық анализі: глюкоза - 8,8 ммоль/л, холестерин - 4,6 ммоль/л, креатинин - 192 мкмоль/л, мочевина - 6,1 ммоль/л, СРБ - 11 mg\L, сілтілік фосфатаза – 141lu\l, жалпы белок - 66 г/л, калий - 4,3 ммоль/л, жалпы қан сарысуындағы темір - 109 мкмоль/л.

Қанның иммунологиялық анализі: криопреципитиндер - +2; антиДНК АД - 54 Ед (N - 20 Ед дейін); титр АНАТ - 1/320, антикардиолипинді АД (IgG) - 94 г/л (N - 30 г/л дейін).

Жалпы зәр талдауы: салыстырмалы тығыздығы - 1030, белок – 2,0 г/л, эритроциттер - 6-8 көру алаңында, лейкоциттер - 3-4 көру алаңында, гиалинді цилиндрлер - 3-5 көру алаңында, домалақ цилиндрлер- 2-4 көру алаңында.

20.06.2023: Тәуліктік зәр анализінде протеинурия 3,500 көлемінде байқалды.

ЭхоКГ: қолқа тығыздалмаған, кеңеймеген. Сол жақ жүрекше ұлғаймаған. Сол қарынша қуысы кеңеймеген. Сол қарыншадағы миокардтың жиырылу қабілеті қанағаттанарлық. ЛФ – 55%. Дискинезия аймағы анықталмайды. Қарыншааралық перде және сол қарыншаның артқы қабырғасы қалыңдамаған. Митральді, аортальді және үш жармалы қақпақшаның қатпарлары тығыздалған. Перикард қалыңдаған. Митральді (3-ші дәределі), аортальді (0-1-ші дәрежелі), үш жармалы (2-ші дәрежелі) және өкпелік (1-ші дәрежелі) қақпақшалардың жетіспеушілігі белгілері анықталған.

Кардиология бөлімінің ревматология бөлімшесінде ем қабылдауда: преднизалон 30 мг, плаквенил 400 мг\тәулігіне, майфортиз 1500 мг тәулігіне, аспаркам 3 таблетка тәулігіне, лоратал 10 мг тәулігіне.

Емдеу барысында жағдайы жақсы.

Келесі науқас: Науқас Н – 72 жаста.

Диагнозы: Сигма тәрізді ішектің аденокарценомасы.

Шағымы: Мойын, арқа, қолдарында қышу белгілеріне. Тершең, тез шаршайтындығына, салмағын тастай бастағанына. Үкен дәретте жиі барады, бірақ толық барған сияқты қанағаттанбайды.

Науқас тарихы: Ауырғанына көп жылдар болған, бірақ соңғы 1,5 жылда ковид ауруымен ауырғаннан кейін күшее түскенін байқаған. Осы шағымдармен тері дәрігеріне келген, тері дәрігері жалпы дәрігерге құрал жабдықтармен, лабораториялық зерттеулер жасауға жолдаған. Онда УКЗ: бауыр, өт, ұйқы безінде шамалы диффуздық өзгерістер. Бүйрек паринхамасының аздаған диффуздық өзгерістер. Фиброколоноскопияда Сигма тәрізді ішектің Нео байқалған. Сол көрсеткішке байланысты онколог маманына жіберілді. Негізгі диагноз бойынша ота жасалған. Биопсияда: сигма тәрізді ішектің аденокарценомасы G2 қойылды. Сол нәтижеге байланысты химиотерапия 6 курс тағайындалды, (CapOx) емі қабылданды.

Өмір тарихы: Айына жетіп туылған. Әлеуметтік тұрмыстық жағдайы орташа. Зейнеткер. Бала кездегі ауруларды білмейді. Ота жасалынбаған. Твс, сары ауру, венерикалық аурулармен ауырмаған. Созылмалы аурулардан; геморрой, аяқтарында вакоздары бар. Аллергиясы жоқ. Тұқым қуалайтын ауру жан ұясында байқамаған.

Объективті белгілері: Жалпы жағдайы салыстырмалы түрде қарағанда қанағатта-нарлық. Карнов тәсілінің шкаласы бойынша 80%, ECOG1. Қанағаттанарлық тамақтану. Бойы 151 см, салмағы 53 кг. Есі анық. Тері түсі қалыпты. Арқасындағы тері түсі қоңыр күлгін түсті. Дене қызуы қалыпты. Лимфа түйіндері үлкеймеген. Тыныс алу везикулярлы, сырыл жоқ. Тыныс алу жиіліл 15 рет минутына. Жүрек соғысы тұйық, ритм сақталған, ЖСЖ 86 рет минутына, АД 120/80 мм рт.ст. Іші жұмсақ, ауырмайды. Бауыры қабырға доғасы жиегінде, Курлов бойынша өлшемі 11х8х7 см. Физиологиялық шығарылымдар қалыпты.

Status localis: Терісі созылмалы түрде қабынған. Теріде біріншілік бөртпелер дақ, түйіншектер қоңырқай түсті. Арқасы, қолдарында қоңырқай дақтар байқалады, жайылмалы, араларында сау терінің көрністері бар. Арқасында маш тәрізді ақшыл түйіншектер бар. Ара араларында ақ дақтар бар, түйіншектерден қалған орын ретінде. Қарын тұсында ота жасаған орынның тыртығы бар іште. Шаш, тырнақтарында өзгеріс жоқ (сурет 2).

Сурет 2 - Терісі созылмалы түрде қабынған. Біріншілік бөртпелер дақ, түйіншектер қоңырқай түсті. Арқасында маш тәрізді ақшыл түйіншектер бар

Клиникалық зерттеулері:

Жалпы қан анализі: Hb - 115 г/л, эритроциттер - 3,4х10^{12}/л, тромбоциттер - 177х10^{9}/л, лейкоциттер - 2,6х10^{9}/л, таяқша ядролы -1%, сегмент ядролы – 59% , эозинофилдер – 2%, моноциттер – 2%, лимфоциттер – 40%, СОЭ - 15 мм/с.

Жалпы зәр анализі – 31.08.2022 ж.: қышқыл, қыс - 1020, белок - теріс, кант - теріс, лейкоциттер - 0,2 көру аланында, жалпақ эпителий - 0,2 көру аланында.

Биохимиялық қан анализі - 31.08.2022 ж.: жалпы белок - 75 г/л, мочевина- 4 ммоль/л, креатинин - 66 мкмоль/л, жалпы билирубин - 13 мкмоль/л, АЛТ - 45 Ед/л, АСТ - 54 ЕД/л, глюкоза- 3,8 ммоль/л.

Коагулограмма – 31.08.2022 ж.: фибриноген - 4 г/л, ПТИ - 88, МНО - 1,2, ПВ – 18.

ЭКГ 31.08.2022 ж.: ритм синусты, ЖҚС – 68.

ЭХОКГ 18.05.2022 ж.: жүрек қуысында өзгеріс жоқ. Жүрек соғу қызметі қалыпты.

Қабылдаған емдері: Пт 1,43 СарОХоксалиплатин 180 мг (130 мг/м^2) 1 кц 120 мин. инфкапецитабин 2500 мг (2000 мг/сут) 1-14 д/циклаантиэметтік терапия (ондансетрон, дексаметазон).

Күндізгі ауруханада жалғастырған емі: 4 күн химиотерапия бөлімінде (ОНКО): 5% 400 мл глюкоза ерітіндісі 1 рет күніне (тамырға 1 күн), дексаметазон 8 мг 0,9% 200 мл натрий хлорид ерітіндісінде 1 рет күніне (тамырға тамшылап 2 күн), оксалиплатин 180 мг 1 рет күніне (тамырға, 1 күн, 120-минюинфузия), Ондансетрон 8 мл 1 рет күніне (көк тамырға, 3 күн), церулин 0.5% 2 мл 1 рет күніне (бұлшық етке 3 күн). Гемодиализ.

Жалпы жағдайы жақсы жағдайда шығарылды үйіне. Карновский шкаласы бойынша жағдайы 80%, ECOG.

Кеңес:

1. 3 жұмадан кейін дәрігер кеңесіне келу (жалпы тромбоцит, биохимиялық анализдер: жалпы билирубин, Алт, Аст, қант) анализі, коагулограмма (МНО, фибриноген, протромбин индексі, протромбин уақыты), зәр анализі, ЭКГ қортындысымен.
2. Ауруханада қайта жататын болса, терапевттің кеңесі керек.
3. Күнге қыздыруға болмайды, физикалық күштеме, физио- емдер қабылдауға болмайды.
4. Жергілікті ауруханаңың онколог және терапевтінде есепте болу керек.
5. Құсу көбейсе допрокин 10 мг 1 таб. х 3 рет күніне - 4-5 күн немесе церукал 1-2 таб. 2-рет күніне немесе ондасетрон 4-8 мг 2 рет күніне.
6. Гепатопротекторлар (урсодезоксифолиев кышқылы 300 мг 1 рет күніне) 14 күн немесе адеметионин 400 мг 2 рет күніне.
7. Қыжылдау болса асқазанның улсепан 40 мг 1 рет күніне 4-5 күн емнен кейін.
8. Стоматит болса ауыз қуысын (бақ бақ гүл, фурациллин) ерітінділерімен шаю.
9. Іш өтсе лоперамид (2 кап. бірден, кейін 1 капсуладан 2 сағат сайын іші тоқтағанша шейін).
10. Іш қатса лактулоза.

Қорыта келгенде мақалада айтайын дегеніміз. Науқастарды қышу.

Белгісі мазалағанда тек терідегі ақау емес, ішкі ағзалардағы өзгерістерге байланысты екендігіне және бір дәлел көріп отырмыз. Сондықтан тері дәрігері ол тек шектеулі мамандық емес, тереңдетілген ауқымды ақауларды білу керек болған маман. Науқастарға диагноз қоюға басқа мамандарға көмек беруші мамандар. Екі күрделі жағдай мақалада көрсетілген, дегенмен дұрыс ем шаралар қабылдай бастаған соң жағдайлары жақсара түсті.

Пайдаланылған дереккөздердің тізімі:

1. Суприн Е.Н., Разина Л.А. Кожный зуд при патологии внутренних органов. // Аллергология и иммунология в педиатрии. - 2012, 2: 29-36.
2. Скворцов В.В., Орлов О.В., Мухтаров Т.А. Зуд кожи. // Медициснкая сестра. - 2016, 8: 12-15.
3. Багишева Н.В., Трухан Д.И., Гришечкина И.А., Бусс Н.Н., Федотова О.И. Дифференциальный диагноз кожного зуда в практике терапевта. // Международный журнал экспериментального образования. - 2015, 11-5: 652-653
4. Беспаев Э.В. Зуд при аллергическом контактном дерматите. // Молодой ученый. - 2022, 33 (428), 7: 22-24.

5. Darsow U., Pfab F., Valet M. et al. Pruritus and atopic dermatitis. Clin Rev Allergy Immunol. - 2011, 41(3): 237-244.

List of sources used:

1. Suprin E.N., Razina L.A. Kozhnyj zud pri patologii vnutrennih organov. // Allergologiya i immunologiya v pediatrii. - 2012, 2: 29-36.

2. Skvorcov V.V., Orlov O.V., Muhtarov T.A. Zud kozhi. // Medicisnkaya sestra. - 2016, 8: 12-15.

3. Bagisheva N.V., Truhan D.I., Grishechkina I.A., Buss N.N., Fedotova O.I. Differencial'nyj diagnoz kozhnogo zuda v praktike terapevta. // Mezhdunarodnyj zhurnal eksperimental'nogo obrazovaniya. - 2015, 11-5: 652-653

4. Bespaev E.V. Zud pri allergicheskom kontaktnom dermatite. // Molodoj uchenyj. - 2022, 33 (428), 7: 22-24.

5. Darsow U., Pfab F., Valet M. et al. Pruritus and atopic dermatitis. Clin Rev Allergy Immunol. - 2011, 41(3): 237-244.

Sailauova K.S.[1]*, Aldiyarova A.K.[2]
[1] Medical Academy of Postgraduate Education, Almaty, Kazakhstan
[2]Akkaiyn district hospital of North Kazakhstan region, Kazakhstan
*e-mail: kaldykul@mail.ru

TWO CLINICAL CASES IN PRACTICE WITH SIGNS OF ITCHING CAUSED BY DEFECTS OF INTERNAL ORGANS

Annotation

The article is devoted to the study of the problem of pathomorphosis of some subjective skin manifestations as itching in some dermatoses, including systemic lupus erythematosus, Neo sigmoid colon. In addition to the negative influence of social factors and unfavorable environmental effects, this fact, in no small measure, contributes to the irrationally conducted therapy. Patients with this disease should be comprehensively examined and, if necessary, consulted by allied specialists to exclude malignant neoplasms of internal organs.

Key words: pruritus, systemic lupus erythematosus, Neo sigmoid colon, cytostatics, chemotherapy.

Сайлауова Қ.С.[1]*, Алдиярова А.К.[2]
[1]Медицинская академия последипломного образования, г. Алматы, Казахстан
[2]Аккайынская районная больница Северо-Казахстанской области, Казахстан
*e-mail: kaldykul@mail.ru

ДВА КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЯ В ПРАКТИКЕ С ПРИЗНАКАМИ ЗУДА, ОБУСЛОВЛЕННЫХ ДЕФЕКТАМИ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ

Аннотация

Статья посвящена исследованию проблемы патоморфоза некоторых субъективных кожных проявлений, как зуд в некоторых дерматозах, в том числе системной красной волчанки, Neo сигмовидной кишки. Помимо негативного влияния социальных факторов и неблагоприятного воздействия внешней среды данному факту, в немалой степени, способствует и нерационально-проводимая терапия. Пациенты с таким заболеванием должны

быть всесторонне обследованы и при необходимости проконсультированы смежными специалистами для исключения злокачественных новообразований внутренних органов.

Ключевые слова: зуд, системная красная волчанка, Neo сигмовидной кишки, цитостатики, химиотерапия.

Сведения об авторах:

Сайлауова Калдыгуль Сайлауовна, зав. кафедрой терапевтических дисциплин Медицинской академии последипломного образования, г.Алматы, тел. моб.: +77017102063, e-mail: kaldykul@mail.ru;

Алдиярова Айгуль Кобеевна, дерматолог Аккаинской районной больницы, Северо-Казахстанская область, тел. моб.: +77716446097, e-mail: omalek@mail.ru.

Дата поступления материала в редакцию: 14.08.2023

Дата рецензирования: 16.08.2023

Принято к публикации: 29.08.2023

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ АВТОРОВ

ТРЕБОВАНИЯ К СТАТЬЯМ ДЛЯ ПУБЛИКАЦИИ В НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОМ ЖУРНАЛЕ «ВОПРОСЫ ДЕРМАТОЛОГИИ И ВЕНЕРОЛОГИИ»

Настоящие требования разработаны Казахским научным центром дерматологии и инфекционных заболеваний (далее – КНЦДИЗ).

Научно-практический журнал «Вопросы дерматологии и венерологии» (далее - Журнал) – публикует оригинальные и обзорные статьи, содержащие результаты прикладных и экспериментальных исследований, обмен опытом, клинические случаи по дерматовенерологии, ВИЧ-инфекции и другим инфекционным заболеваниям.

Авторами научных статей и основной читательской аудиторией издания является все научное сообщество, включая дерматовенерологов, инфекционистов, эпидемиологов, организаторов здравоохранения Республики Казахстан, стран СНГ, дальнего и ближнего зарубежья, а также клинических исследователей, практикующих врачей смежных специальностей.

Журнал был основан в 1999 году и зарегистрирован Министерством культуры, информации и общественного согласия Республики Казахстан. Свидетельство об учетной регистрации СМИ № 817 Ж г. Астана, 02.08.1999 г.

До 2019 года учредитель: РГП на ПХВ «Научно-исследовательский кожно-венерологический институт» Министерства здравоохранения Республики Казахстан.

Журнал поставлен на переучет Министерством информации и общественного развития Республики Казахстан, Комитет информации. Свидетельство о постановке на переучет периодического печатного издания, информационного агентства и сетевого издания № KZ83VPY00016771 г. Нур-Султан, 04.11.2019 г.

Учредитель и издатель журнала: РГП на ПХВ «Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний (далее - КНЦДИЗ)» Министерства здравоохранения Республики Казахстан.

Предприятие создано в соответствии с Постановлением Правительства Республики Казахстан 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» Министерства здравоохранения Республики Казахстан и РГП на ПХВ «Научно-исследовательский кожно-венерологический институт» Министерства здравоохранения Республики Казахстан.

Журнал зарегистрирован в Международном центре по регистрации серийных изданий (CIEPS – ISSN International Центр, г. Париж, Франция) и настоящим подтверждает о присвоении ISSN 2707-3696, Linking ISSN (ISSN-L): 1680-9149.

Основная тематическая направленность – публикация материалов в журнале по вопросам клинической медицины, в том числе дерматовенерологии, ВИЧ-инфекции и другим инфекционным заболеваниям, также медицинскому образованию, общественному здравоохранению, организации дерматовенерологической службы, службы СПИД, медицинской науке и практике.

Журнал состоит из следующих разделов:

I. Актуальные и проблемные вопросы
II. Литературные обзоры
III. Экспериментальная и клиническая медицина
IV. Общественное здравоохранение

Периодичность издания – **ежеквартально.**

Представляемый материал должен являться оригинальным и неопубликованным ранее в других печатных изданиях. Научная статья может представляться на казахском, русском и английском языках. Статьи, не соответствующие данным требованиям, редакцией журнала рассматриваться не будут.

АЛГОРИТМ ПУБЛИКАЦИИ НАУЧНОЙ СТАТЬИ

1. Проверка научной статьи на соответствие тематике журнала.
2. Техническая проверка текста научной статьи.
3. Статьи поступившие в редакцию журнала, могут быть проверены с помощью системы Антиплагиат. Научная статья допускается к опубликованию при наличии в ней не более 15% заимствованного текста.
4. Рецензирование. Статьи поступившие в редакцию, подвергаются двойному слепому(double-blind review) рецензированию, при котором рецензенту неизвестно имя автора, а авторам неизвестно имя рецензента. Если у рецензентов возникают вопросы, статья возвращается авторам на доработку. Редакция имеет право запросить исходную базу данных, на основании которой производились расчеты в случаях, когда возникают вопросы о качестве статистической обработки. Редакция также оставляет за собой право внесения редакторских изменений в текст, не искажающих смысла статьи.
5. Присвоение индекса DOI (цифровой идентификатор объекта) для каждой статьи после рецензирования и одобрения редакцией и редакционной коллегии.
6. Публикация научной статьи.

ПОДГОТОВКА МАТЕРИАЛОВ

Электронный вариант научной статьи, подготовленной в программе MsWord необходимо отправить через онлайн систему подачи статей по ссылке https://journal.kncdiz.kz.

Также к нему обязательно оформляется сопроводительное письмо от авторов (*см. форму 1 или приложение 3*) и заполняется сведения авторов (*см. форму 2 или приложение 4*). Эти формы необходимо подписать и отправить по электронному адресу: orgotdel.2@kncdiz.kz (в теме сообщения обязательно указывать «Статья в журнал».

Сопроводительное письмо даст возможность редакции журнала получить общее представление о Вашей статье, выводах, демонстрирующих наиболее важные результаты, представляющие интерес Вашей статьи.

Форма 1 - Образец сопроводительного письма в редакцию. Заполнить в отдельном MsWord файле

В редакцию
научно-практического журнала
«Вопросы дерматологии и венерологии»

от _____

(Ф.И.О. автора (-ов), ученая степень, звание, должность и место работы, e-mail и телефон)

Направляю (-*ем*) подготовленную мною (*нами*) статью «*УКАЖИТЕ НАЗВАНИЕ СТАТЬИ*» количество *страниц* -___*, *таблиц* -___*, *рисунков* -___*, для рассмотрения и публикации в разделе «*УКАЖИТЕ НАЗВАНИЕ РАЗДЕЛА*».

С условиями публикации согласен (-*а, -ы*). Заверяю (-*ем*), что материалы, представляемые в данной статье, **не были опубликованы и не находятся на рассмотрении в другом печатном издании**. Автор (-*ы*) подтверждает (-*ют*), что не имеет (-*ют*) конфликтов интересов. Против воспроизведения данной статьи в других средствах массовой информации (включая электронные) не возражаю (-*ем*).

Даю согласие на обработку персональных данных.

Автор (-ы):

(Ф. И.О.)	(подпись)	(дата, месяц и год)
(Ф. И.О.)	(подпись)	(дата, месяц и год)
(Ф. И.О.)	(подпись)	(дата, месяц и год)
(Ф. И.О.)	(подпись)	(дата, месяц и год)

Форма 2 - Образец сведения об авторах.

Сведения об авторах (* графы обязательные для заполнения в отдельном файле MSWord)

Сведения об авторе-корреспонденте*	
Фамилия, имя и отчество (полное на 3-х языках)*	
Ученая степень / звание (или формат обучения)*	
Организация, должность (полное)*	
Телефон*	
E-mail*	
ORCID*	
SPIN (при наличии)	

Author-ID (при наличии)	
Сведения о соавторе (ах)	
Фамилия, имя и отчество (полное на 3-х языках)*	
Ученая степень / звание (или формат обучения)*	
Организация, должность (полное)*	
Телефон*	
E-mail*	
ORCID*	
SPIN (при наличии)	
Author-ID (при наличии)	

Примечание: *Сведения заполняются для всех соавторов статьи согласно Форме 2.*

*__Автор-корреспондент__ - один из авторов, отвечающий за контакт и обратную связь с редакцией журнала. Полные данные автора, ответственного за переписку с редакцией, включая телефон и адрес электронной почты и др. Сначала данные автора-корреспондента указывать полностью и в конце дополнительные сведения об авторах: (фамилия и инициалы автора (-ов) полное на 3-х языках, ученая степень, ученое звание, организация, должность, телефон, e-mail, ORCID и остальные коды автора при наличии).

Обязательно указывать регистрационный номер ORCID для всех авторов. Это необходимо для идентификации читателями других статей авторов и повышения их цитируемости. **Регистрационный номер ORCID** (при их отсутствии) необходимо создать, пройдя по следующей ссылке https://orcid.org/register.

При наличии необходимо указать **SPIN код** - для получения Вы можете пройти по следующей ссылке http://elibrary.ru/projects/science_index/author_tutorial.asp.

ПОРЯДОК ОФОРМЛЕНИЯ СТРУКТУРЫ СТАТЬИ

1. В левом верхнем углу прописать межгосударственный рубрикатор научно-технической информации (далее – МРНТИ). МРНТИ – предназначен для единой тематической систематизации научно-технической информации (далее – НТИ). Межгосударственный рубрикатор НТИ является основой системы рубрикаторов, создаваемых и используемых в органах НТИ. Межгосударственный рубрикатор НТИ представляет собой иерархическую классификационную систему с универсальным тематическим охватом. Справочник по МРНТИ можете см. здесь: https://grnti.ru/.

2. Структура научной статьи:

1) МРНТИ – Межгосударственный рубрикатор научно-технической информации;
2) УДК – Универсальная десятичная классификация;
3) DOI - Digital object identifier (*будет присвоен при положительном решении о публикации);*
4) ФИО авторов (соавторов)
5) Место работы, город, страна
6) E-mail автора-корреспондента
7) Название статьи
8) Аннотация
9) Ключевые слова
10) Введение

11) Основной текст, включающий материал и методы исследования, результаты и обсуждение, заключение

12) Список использованных источников / Транслитерация списка литературы.

В научной статье указать фамилии и инициалы каждого из авторов, а также символом **астериск (*)** выделить автора-корреспондента.

Структурирование статьи проводится следующими способами:

Рекомендуем использовать Вам общепринятую структуру научной статьи по типу IMRAD. Аббревиатура слов, которые отражают общепринятую структуру научной статьи - Введение (Introduction), Методы (Methods), Результаты (Results) and Обсуждение (Discussion), если статья посвящения теоретическому исследованию, то раздел Methods заменяется на Theoretical Basis (теоретические основы). Иногда к аббревиатуре IMRAD добавляется буква A, которая обозначает Annotation (аннотация), и получается AIMRAD. Данный стандарт оформления научных статей был разработан в 1970-х годах и фактически стал обязательным для статей, основанных на эмпирических и оригинальных исследованиях.

Для написания клинического случая рекомендуется использовать следующую общепринятую структуру научной статьи: Введение (Introduction), Информация о пациенте (Patient information), Клинические проявления (Clinical manifestations), Хронология (Chronology), Оценка диагностирования (Assessment of diagnosis), Оценка терапии (Evaluation of therapy), Повторное исследование и исходы (Re-examination and outcomes), Обсуждение (Discussion), Выводы (Conclusions), Информированное согласие (Informed consent).

Для написания обзорной статьи рекомендуется использовать общепринятую следующую структуру: Введение (Introduction), Основная часть (The main part), Выводы (Conclusions).

Таблица 1. - Термины и определения которые используются в структуре статьи.

№	Название раздела статьи	Пояснение к структуре согласно требованиям журнала
1.	Название статьи	Шрифт Times New Roman, жирным, кегль – 12, Формат – ЗАГЛАВНЫМ, ЖИРНЫМ. Название работы должно быть по возможности кратким, но информативным и точно отражающим ее содержание. Не рекомендуется применять сокращения (аббревиатуру) в названии статьи.
2.	Инициалы, фамилия авторов	Инициалы и фамилия каждого из авторов шрифтом Times New Roman, кегль – 12. В статье указать инициалы и фамилии каждого из авторов, а также символом астериск (*) выделить автора-корреспондента. Образец: Е.И. Иванов (казахский и русский) / E.I. Ivanov (английский)
3.	Аннотация	Аннотация должна представлять собой краткое, но вместе с тем максимально информативное содержание научной публикации. Объем аннотации должен быть не более 300 слов. В нем кратко излагаются основные результаты исследования, что обязывает авторов обеспечить точное

		соответствие аннотации содержанию всей работы. Аннотация предоставляется на трех языках. Первым представляется аннотация на оригинальном языке, на котором написан основной текст статьи, затем, на двух остальных. К примеру, если статья написана на казахском языке, то вначале представляется аннотация на казахском языке, затем на русском и английском. Образец: - Аннотация - Аннотация - Annotation
4.	Ключевые слова (от 5 до 7 слов).	Ключевые слова – это определенные слова из текста, отражающие проблемы, изучаемые в ходе исследования. До 7 ключевых слов или фраз, отражающие содержание и направление статьи. Ключевые слова предоставляются на трех языках. К примеру, если статья написана на казахском языке, то вначале представляются ключевые слова на казахском языке, затем на русском и английском. Образец: - Түйінді сөздер - Ключевые слова - Key words
5.	Текст статьи	Текст статьи шрифтом Times New Roman, кегль - 12, с межстрочным интервалом - 1,0. Ориентация книжная (портрет) с полями: верхнее и нижнее - 20 мм, внутреннее - 30 мм, внешнее - 10 мм. Выравнивание - по ширине, абзац - 0,7 см. Заголовки структурных элементов статьи (аннотация, материалы и методы исследований, результаты и обсуждение, источники финансирования, благодарности, список использованных источников) пишутся отдельным абзацем, выделяются полужирным шрифтом. При изложении экспериментального материала должна быть использована международная система единиц (СИ). В тексте статьи таблицы выполняются в редакторе MsWord, как файл изображения не принимаются. Название таблицы пишется шрифтом Times New Roman кеглем 12 пунктов, выравнивается по левому краю без отступа

		через одинарный междустрочный интервал. Внутри таблиц используется кегль 11 пунктов (при необходимости 10 пунктов, но не менее). Заголовки столбцов выравниваются по центру. Аббревиатуры или символы, используемые в таблицах, должны быть пояснены в примечаниях в нижней части таблицы. Примечание выравнивается по левому краю с абзацным отступом. Рисунки должны быть ограничены материалом, необходимым для понимания текста, при необходимости сопровождаться описательной легендой. Графики должны предоставляться с исходными файлами в Microsoft Excel. Нумеруются арабскими цифрами. Названия и пояснения даются непосредственно под ними, выравниваются по центру. Для названий и пояснений к рисункам и графикам используется шрифт Times New Roman с кеглем 12 пунктов.
6.	Список использованных источников / List of sources used	Список использованных источников представляет собой краткое библиографическое описание цитируемых работ в соответствии с ГОСТ 7.1–2003. Ссылки нумеруются по ходу их цитирования в тексте. Библиографические ссылки в тексте даются в квадратных скобках по мере упоминания. Фамилии иностранных авторов приводятся в оригинальной транскрипции. Оформляется с указанием фамилии и инициалов автора, полного названия статьи, места издания, названия журнала (год, том, номер, страницы).
7.	Обьем статьи	На рассмотрение принимаются публикации объемом не менее 4-5 страниц, без учета списка литературы.

ПОДГОТОВКА СПИСКА ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

Список использованных источников представляется в двух вариантах:

1) Русскоязычный вместе с зарубежными источниками в соответствии с ГОСТ 7.1-2003.

2) В транслитерации буквами латинского алфавита с переводом источников публикации на английский язык в соответствии с требованиями БД Scopus. На сайте http://www.translit.ru можно бесплатно воспользоваться программой транслитерации русского текста в латиницу (вариант BGN или BSI).

Технология подготовки ссылок с использованием системы автоматической транслитерации и переводчика.

На сайте http://www.translit.ru можно воспользоваться программой транслитерации русского текста в латиницу.

1. Входим в программу Translit.ru online. В окошке «варианты» выбираем систему транслитерации BGN (Board of Geographic Names). Вставляем в специальное поле весь текст библиографии статьи на русском языке и нажимаем кнопку «в транслит».
2. Скопировать транслитерированный текст в готовящийся список «List of sources used».
3. Объединяем описания в транслите и переводное, оформляя в соответствии с принятыми правилами. При этом необходимо раскрыть место издания (например, Moscow ...), возможно, внести небольшие технические поправки.
4. В конце ссылки в круглых скобках указывается (in Russian). Ссылка готова.

***Автор несет ответственность за правильность библиографических данных**