Ғылыми-практикалық журнал
Научно-практический журнал

ISSN 1680-9149

ВОПРОСЫ ДЕРМАТОЛОГИИ и ВЕНЕРОЛОГИИ

№3-4/2018

Формируя настоящее, инвестируем - в будущее!

Контакт для справок:

Тел.: +7(727)397-42-20
+7(727)397-42-20
+7 701 740 78 16
+7 701 538 70 12
+ 7 707 511 51 04
E-mail: kaznikvi@mail.ru
http://nikvi.kz

Впервые в Казахстане имеет честь представить доктора Mohammad JafferanyMD, в рамках I Казахстанского съезда дерматовенерологов, дерматокосметологов, лепрологов и лаборантов «TERY-2018»

12-13 ноября 2018 года

Клинико-практический семинар-тренингпо психодерматологии совместно с Американской Ассоциацией Психонейродерматологической медицины(Association for Psychoneurocutaneous Medicine of North America)

Mohammad Jafferany, MD,*ассоциированный клинический профессор Центрального Университета Мичигана, США.*
Член совета директоров психонейродерматологической медицины Северной Америки.
Член Американской психиатрической ассоциации.
Член Американской академии детской и подростковой психиатрии.
Член Европейского совета Психиатрии и дерматологии.
Член Интернационального форума по изучению зуда.
Член Интернационального совета по дерматологии.
Психодерматология – является приоритетной областью изучения доктора **Jafferany M.** По этой теме доктором **Jafferany M.**, написано множество статей и книг.

Самые известные книги такие как: Стресс и кожные заболевания (2016); Трихотилломания: Клинические характеристики, психологические вмешательства и эмоциональный эффект (2017); Гериатрическая психодерматология: Психокожные заболевания у пожилых (2014).

Доктором **JafferanyM.,** ведутся исследования о психодерматологии во всем мире (США, Турция, Беларусь, Украина, Казахстан и т.д.). Такие нарушения как трихотиллома-ния, психогенный зуд формируют область его интересов.

Методами лечения доктора **JafferanyM.,** наряду смедикаментозной терапией, являются когнитивная поведенческая терапия, психодинамическая терапия, поддерживающая психотерапия и терапия отмены обращения.

Клинико-практический семинар-тренингпо психодерматологии пройдет с участием **Mohammad Jafferany,** в формате метода ситуационного анализа (Casestudy), сисследованием реальных клинических случаев.

Клинико-практический семинар-тренингпо психодерматологии

Пройдет по адресу: город Алматы, проспект Райымбека, 60.

Время проведения: 12.11.2018г. - с 10.30 до 12.00; 13.11.2018г. - с 9.30 до 16.30

Обучение для врачей – 35 000 тенге с получением Удостоверения о повышении квалификации. Для врачей-резидентов - 15 000 тенге с получением Сертификата

«ДЕРМАТОЛОГИЯ ЖӘНЕ ВЕНЕРОЛОГИЯ МӘСЕЛЕЛЕРІ»

«ВОПРОСЫ ДЕРМАТОЛОГИИ И ВЕНЕРОЛОГИИ»

Рецензируемый
Научно-практический журнал
Публикуется 2 раза в год.
Основан в 1999 г.
№ 3-4 (64-65)
2018г.

"QUESTIONS OF DERMATOLOGY AND VENEREOLOGY"

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

АДРЕС РЕДАКЦИИ:

050002, г. Алматы, пр. Райымбека, 60
Научно-исследовательский кожно-венерологический институт
«ВОПРОСЫ ДЕРМАТОЛОГИИ И ВЕНЕРОЛОГИИ»
Тел.: (8-727) 397-42-14

За содержание рекламных материалов редакция ответственности не несет

Переводчик: Таубаева А.А.

Отпечатано в типографии
ИП«Ашикбаева»
Тираж 500 шт. Заказ №70
Жангельдина 31/1.

ДЕРМАТОЛОГИЯ ЖӘНЕ ВЕНЕРОЛОГИЯ МӘСЕЛЕЛЕРІ

ВОПРОСЫ ДЕРМАТОЛОГИИ И ВЕНЕРОЛОГИИ

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛРЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Состав редакционной коллегии журнала «Вопросы дерматологии и венерологии

Главный редактор - Абишев А.Т

Члены ред. коллегии *–*
Есенгараева З.Б.,
Сайлауова К.С.,
Оспанова С.А.,
Касымханова А.А.,
Исламов Е.Н.,
Айткулова В.Р.,
Джусупгалиева М.Х.,
Ахметова Ю.Б.,
Бримжанова М.Д.,
Ендибаева У.А.,
Суханбердиева З.М.,
Ибраимова З.О.,
Искакова А.Т.,
Смирнова О.М.,
Кожаева А.З.,
Таубаева А.А.
(ответственный секретарь).

СОДЕРЖАНИЕ

ОРГАНИЗАЦИЯ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

Абишев А.Т., Баев А.И., Джусупгалиева М.Х., Таубаева А.А.,Исламов Е.Н. Показатели дерматовенерологической заболеваемости в Республике Казахстан **4**

Бримжанова М.Д., Абишев А.Т., Оспанова С.А. Актуальные вопросы организации дерматовенерологической помощи населению РК в условиях ОСМС… **18**

ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР

Джусупгалиева М.Х. Современные представления о состоянии заболеваемости ИППП общего населения, подростков и молодежи из числа уязвимых групп ..……. **21**

Джамбулова А.А., Оразымбетова Ж.А. Чесотка……. **33**

ОБМЕН ОПЫТОМ

Кайыргали Ш.М.[1], Бримжанова М.Д.[2], Садыкбекова Ж.Н.[1] Применение инновационных технологий: генно-инженерных препаратов у пациентов с системной склеродермией с поражением кожи ……. **40**

Сатвалдинова А.И. Клинический случай лимфомы кожи. Сложности диагностики **44**

Суханбердиева З.М. Значение топографической анатомии периорбитальной зоны в дерматокосметологии ..…….. **46**

Маркабаева А.А. Двойной эффект липофилинга …… **49**

Ендибаева У.А. Сочетанное применение инъекционных процедур с учетом анатомических особенностей в разработке anti-age практики ...…….. **54**

МАЗМҰНЫ

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ ҚЫЗМЕТІНІҢ ҰЙЫМДАСТЫРЫЛУЫ

Әбішев А.Т., Баев А.И., Жүсіпғалиева М.Х., Таубаева А.А., Исламов Е.Н. Қазақстан Республикасындағы дерматовенерологиялық міндеттің көрсеткіштері..... **4**

Бірімжанова М.Д., Әбішев А.Т., Оспанова С.А. Міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру аясында дерматовенерологиялық көмекті ұйымдастырудың өзекті мәселелері..... **18**

ӘДЕБИ ШОЛУ

Жүсіпғалиева М.Х. Жалпы халықтың арасында және жасөспірімдер мен жастардың арасынан осал топтарының казіргі заманғы ұсыну аурушаңдығының ЖЖБИ туралы жағдайы……..... **21**

Джамбулова А.А., Оразымбетова Ж.А. Қотыр..... **33**

ТӘЖІРИБЕ АЛМАСУ

Кайыргали Ш.М.[1], Бірімжанова М.Д.[2], Садықбекова Ж.Н.[1] Жүйелі склеродермия мен ауыратын науқастарға иновациялық технологияларды: генно-инженерлік препараттарды қолдану..... **40**

Сатвалдинова А.И. Тері лимфомасының клиникалық уақиғасы. Диагностика қиыншылықтары..... **44**

Суханбердиева З.М. Периорбитальды аймақтың топографиялық анатомиясының дерматокосметологиядағы маңызы **46**

Марқабаева А.А. Липофилингтің екі есе әсері..... **49**

Ендібаева У.Ә. Anti-age тактикасын тағайындағанда анатомиялық ерекшеліктерді ескере отырып иньекциялық процедураны араластырып қолдану..... **54**

УДК 616.5-002.3-616.42:616-07-618.3

ПОКАЗАТЕЛИ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН (ПО ДАННЫМ 2017 ГОДА)

Абишев А.Т., Баев А.И., Джусупгалиева М.Х., Таубаева А.А., Исламов Е.Н.

Научно-исследовательский кожно-венерологический институт МЗ РК,г.Алматы, РЕСПУБЛИКА КАЗАХСТАН

АННОТАЦИЯ

В статье представлены основные показатели дерматовенерологической заболеваемости в Казахстане: заболеваемость инфекциями, передаваемыми половым путем (ИППП), хроническими дерматозами, грибковыми заболеваниями кожи, как в целом по республике, так и по отдельно взятым регионам.

Ключевые слова: заболеваемость, инфекции, передаваемые половым путем, хронические рецидивирующие дерматозы, грибковые заболевания кожи.

Результаты данных официальной регистрации показывают, что больные ИППП составляют около 50,0% от всех регистрируемых больных дерматовенерологического профиля.

Общее число больных ИППП в 2017 году составило 38 417 (213,4 на 100 тыс. Общего населения) случаев против 38 917 (220,5 на 100 тыс. общего населения) случаев - в 2016 году. В динамике за указанный промежуток времени отмечается снижение заболеваемости ИППП на 7,1% (разница между абсолютными цифрами).

Как видно из таблицы 1 в 2017 году в структуре заболеваемости ИППП первое место занимает урогенитальный трихомониаз (6897 случаев; 38,3 на 100 тыс. общего населения); далее следует урогенитальная микоплазменная инфекция (6627; 36,8 на 100 тыс. общего населения); затем – сифилис (4516; 25,1 на 100 тыс. общего населения); урогенитальный хламидиоз (3284; 18,2 на 100 тыс. общего населения); гонококковая инфекция (3012; 16,7 на 100 тыс. общего населения).

В 2016 году (таблица 1) в структуре заболеваемости ИППП на первом месте был урогенитальный трихомониаз (8132 случая; 46,0 на 100 тыс.); затем - микоплазменная инфекция (6167; 34,8 на 100 тыс.); сифилис (4695; 26,6 на 100 тыс. населения); гонококковая инфекция (3571; 20,2 на 100 тыс. населения);урогенитальный хламидиоз (3484;19,7 на 100 тыс. населения).

Таким образом, в 2017 году по сравнению с 2016 годом отмечалось снижение заболеваемости основных ИППП: сифилиса – на 1,5 на 100 тыс. общего населения; гонореи – на 3,5; хламидийной инфекции – на 1,5; урогенитального трихомониаза – на 7,7.

В Казахстане, как и в большинстве стран мира, за указанный промежуток времени отмечается тенденция к увеличению заболеваемости микоплазменной инфекцией (+ 2,0 на 100 тыс. общего населения).

В 2017 году количество пациентов с генитальной герпетической инфекцией (преимущественно ВПГ – 2 тип) составило 395 (2,2 на 100 тыс.) против 410 (2,3 на 100 тыс. населения) в 2016 году; пациентов больных аногенитальной вирусной инфек-

цией (преимущественно - ВПЧ, 6 и 11 типы) – 1454 (8,1 на 100 тыс. общего населения) против 1529 случаев (8,7 на 100 тыс. общего населения).

Таблица 1 - Динамика заболеваемости ИППП в РК за 2017 г. (в сравнении с 2016 г.)

Нозология	2017		2016	
	абс.	инт.	абс.	инт.
Сифилис	4516	25,1	4695	26,6
Гонококковая инфекция	3012	16,7	3571	20,2
Урогенитальный хламидиоз	3284	18,2	3484	19,7
Урогенитальный трихомониаз	6897	38,3	8132	46,0
Микоплазменная инфекция	6627	36,8	6167	34,8
Генитальный герпес	395	2,2	410	2,3
ВПЧ (6,11 типы)	1454	8,1	1529	8,7
Урогенитальный кандидоз	5204	28,9	4717	26,7
Всего ИППП	38 917	220,5	38 917	220,5

Сифилис

В 2017 году по сравнению с 2016 годом в Республике Казахстан отмечается снижение заболеваемости сифилисом - с 26,6 (2016 г.) до 25,1 (2017 г.) на 100 тыс. общего населения.

В разрезе областей РК в 2016 году самые высокие показатели заболеваемости сифилисом, превышающие аналогичный общереспубликанский показатель, зарегистрированы в Акмолинской (28,5 на 100 тыс. населения), Алматинской (26,5), Карагандинской (34,2), Кызылординской (27,2) и городах Астана (36,7) и Алматы (29,1). А самые низкие - зафиксированы в Актюбинской (22,3 на 100 тыс. населения), Жамбылской (21,9), Павлодарской (10,7 на 100 тыс. населения), Мангыстауской (19,9) областях и СКО (19,4), областях (таблица 2).

Уровень заболеваемости сифилисом среди больных, проживающих в сельской местности, в 2017 году составил 1497 (мужчин – 803, женщин - 694) против 1462 (мужчин – 759, женщин - 703) – в 2016 году. За указанный промежуток времени отмечается незначительное повышение заболеваемости сифилисом среди сельских жителей.

В 2017 году (таблица 3) было зарегистрировано 18 (мальчиков - 10, девочек - 8) случаев врожденного сифилиса против 15 (мальчиков - 8, девочек - 7) – в 2016 году.

Таблица 2 - Заболеваемость сифилисом в РК в разрезе регионов; на 100 тыс. населения

Наименование областей	2017	2016	Разница
Республика Казахстан	**25,1**	**26,6**	**- 1,5**
Акмолинская	28,5	32,9	- 4,4
Актюбинская	22,3	21,9	+ 0,4
Алматинская	26,5	32,6	- 6,1
Атырауская	25,0	38,5	- 13,5
Восточно-Казахстанская	24,9	24,8	+ 0,1
Жамбылская	21,9	23,7	-1,8
Западно-Казахстанская	28,6	28,2	+0,4
Карагандинская	34,2	61,9	- 27,7
Кызылординская	27,2	41,1	- 13,9

Костанайская	21,9	23,6	- 1,7
Мангыстауская	19,9	23,1	-3,2
Павлодарская	10,7	10,0	+ 0,7
Северно-Казахстанская	19,4	26,6	- 7,2
Южно-Казахстанская	20,1	16,5	+3,6
г. Астана	36,7	39,9	- 3,2
г. Алматы	29,1	24,7	+ 4,4

Таблица 3 - Заболеваемость врожденным сифилисом за 2017 год в разрезе регионов (в сравнении с 2016 годом)

Наименование региона	**2017**	**2018**
Республика Казахстан	**18**	**15**
Акмолинская	2	3
Актюбинская	0	0
Алматинская	5	5
Атырауская	4	3
Восточно-Казахстанская	1	0
Жамбылская	0	0
Западно-Казахстанская	0	0
Карагандинская	1	0
Кызылординская	1	0
Костанайская	0	0
Мангыстауская	1	3
Павлодарская	0	0
Северо-Казахстанская	0	0
Южно-Казахстанская	2	1
г.Астана	0	0
г.Алматы	1	0

Для сравнения пик заболеваемости врожденным сифилисом в РК приходился на 1997 год и был равен 206 случаям.

Высокие показатели случаев врожденного сифилиса в 2017 году были зарегистрированы в Алматинской (5), Атырауской (4), Акмолинской (2), Южно-Казахстанской (2) областях.

В 2017 году сифилитическая инфекция была выявлена у 480 беременных. Аналогичный показатель в 2016 году составил 354 случая.

Динамика заболеваемости различных форм сифилиса в Республике Казахстан за указанный период времени представлена в таблице 4. Как видно из таблицы 3 за указанный промежуток времени отмечается незначительное снижение заболеваемости ранних манифестных форм (первичный, вторичный) сифилиса и повышение ранних скрытых форм сифилиса. В структуре сифилитической инфекции наибольший удельный вес приходился на скрытый сифилис: 68,2% - в 2017 году против 65,4% - в 2016 году.

Таблица 4 - Структура заболеваемости ранних форм сифилиса в 2017 году (в сравнении с 2016 годом); в абсолютных цифрах /%

Формы	2017	2016
Первичный	414 (9,3%)	466 (10,1%)
Вторичный	1011 (22,6%)	1137 (24,5%)
Скрытый	3050 (68,2%)	3031 (65,4%)

Общеизвестно, что рост общей заболеваемости сифилисом происходит за счет увеличения заболеваемости манифестных форм раннего сифилиса и, наоборот, в межэпидемический период возрастает удельный вес скрытого и позднего сифилиса в структуре сифилитической инфекции. Свой вклад в заболеваемость скрытым сифилисом вносят так называемые ядерные группы (СР, ПИН, молодежь), в которых в межэпидемическом периоде может происходить «консервация» и накопление сифилиса.

В возрастно-половом аспекте самая высокая заболеваемость сифилисом в стране, как и ожидалось, зарегистрирована в возрастной группе 18-44 лет, как среди лиц мужского, так и женского пола (таблица 5), что и следовало ожидать от группы, чья численность превышает другие возрастные группы вместе взятые.

Таблица 5 - Распределение больных сифилисом по возрасту и полу за период 2016-2017 годы; в абсолютных цифрах

Года/ Возраст	0-14 лет		15-17 лет		18-44 лет		45 лет и >	
	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.
2017 г.	23	24	7	13	1891	1919	406	233
2016 г.	20	25	10	22	2009	1970	387	260

В 2017 году было зарегистрировано 1627 (м - 752; ж - 875) случаев сифилиса среди лиц молодого возраста (возрастная группа - 14-28 лет); при этом 20 случаев (м - 7; ж - 13) - приходилось на подростков (возрастная группа 15-17 лет). По сравнению с 2016 годом в Республике Казахстан отмечается снижение заболеваемости сифилисом среди возрастной группы 15-17 лет (таблица 5).

Как видно из таблицы 6 в 2017 году дерматовенерологами было выявлено 1284 больных сифилисом против 1274 - в 2016 году; акушер-гинекологами - 443 против 459 - в 2016 году; урологами - 48 против 53 - в 2016 году. В стационарах (терапевтический и неврологический профиль) в 2017 году было выявлено 299 случаев сифилиса против 292 - в 2016 году. Из числа доноров на станциях переливания крови выявлено - 82 и 118 случаев, соответственно; периодические профилактические осмотры - 406 и 628 случаев, соответственно; другими специалистами - 689 и 940 случаев, соответственно.

Таблица 6 - Выявляемость больных сифилисом в РК в 2017 г. (в сравнении с 2016 годом); в абсолютных цифрах

Показатели		2017	2016
Выявлено дерматовенерологами	всего обследовано контактов	4613	5078
	выявлено из числа контактов	1284	1274
	в т.ч. кабинеты конфиденциального	48	53

	обследования		
Выявлено другими специалистами	акушер-гинекологами	443	459
	урологами	49	53
	в стационарах (терапевтический и неврологический профиль)	299	292
	обследование доноров	82	118
	периодические проф. осмотры	406	628
	другими специалистами	689	940

Гонорея

В 2017 году по сравнению с 2016 годом в Республике Казахстан отмечается снижение заболеваемости гонореей - с 20,2 (2016 г.) до 16,7 (2017 г.) на 100 тыс. населения.

В разрезе областей РК: в 2016 году самые высокие показатели заболеваемости гонореей, превышающие аналогичный общереспубликанский показатель, были зарегистрированы в Восточно-Казахстанской (35,1 на 100 тыс. населения), Костанайской (25,6), Павлодарской (75,3) областях и ЗКО (19,1) (таблица 7).А самые низкие показатели были зарегистрированы в Алматинской (8,0 на 100 тыс. населения), Карагандинской (8,5), Мангыстауской (10,3) и Южно-Казахстанской (10,1) областях (таблица 7).

Таблица 7 - Заболеваемость гонореей в РК в разрезе регионов; на 100 тыс. населения

Наименование областей	2017	2016	Разница
Республика Казахстан	**16,7**	**22,2**	**- 5,5**
Акмолинская	16,9	23,5	- 6,6
Актюбинская	17,6	21,9	- 4,3
Алматинская	8,0	8,5	+ 0,5

Продолжение таблицы 7

Атырауская	13,7	19,0	- 5,3
Восточно-Казахстанская	35,1	46,5	- 11,4
Жамбылская	14,4	14,7	- 0,3
Западно-Казахстанская	19,1	23,7	- 4,6
Карагандинская	8,5	9,9	- 1,4
Кызылординская	16,4	18,9	- 2,5
Костанайская	25,6	30,4	- 4,8
Мангыстауская	10,3	3,6	+ 6,7
Павлодарская	75,3	66,1	+ 9,2
Северно-Казахстанская	17,8	20,1	- 2,3
Южно-Казахстанская	10,1	17,1	- 7,0
г. Астана	13,7	13,6	+ 0,1
г. Алматы	5,0	12,1	- 7,1

Уровень заболеваемости гонореей среди больных, проживающих в сельской местности, в 2017 году составил 439 (мужчин – 297, женщин - 142) случаев против 506 (мужчин – 374, женщин - 132) – в 2016 году.

В 2017 году среди беременных было выявлено 62 случая гонококковой инфекцией против 67 – в 2016 году.

В возрастно-половом аспекте самая высокая заболеваемость гонореей в стране, как и ожидалось, зарегистрирована в возрастной

группе 18 – 44 лет, как среди мужчин, так и женщин (таблица 8), что и следовало ожидать от группы, чья численность превышает другие возрастные группы вместе взятые. Мужской пол по заболеваемости гонореей занимал лидирующее положение за этот период времени в трех старших возрастных группах. Данная тенденция характерна для населения большинства стран мира.

Таблица 8 - Распределение больных гонореей по возрасту и полу за период 2016-2017 годы; в абсолютных цифрах

Года/ Возраст	0-14 лет		15-17 лет		18-44 лет		45 лет и >	
	м.	ж.	м.	ж.	м	ж.	м.	ж.
2017 г.	2	5	32	4	2094	700	115	60
2016 г.	3	11	25	5	2485	822	119	66

В 2017 году было зарегистрировано 1627 (м – 1364; ж - 419) случаев гонореи среди лиц молодого возраста (возрастная группа - 14-28 лет); при этом 36 случаев (м – 32; ж - 4) – приходилось на подростков (возрастная группа 15-17 лет). По сравнению с 2016 годом в Республике Казахстан отмечается тенденция к повышению заболеваемости гонореей среди возрастной группы 15-17 лет (таблица 8).

Как видно из таблицы 9 в 2017 году дерматовенерологами было выявлено 520 больных гонореей против 945 - в 2016 году; акушер-гинекологами – 192 против 267 - в 2016 году; урологами - 137 против 240 - в 2016 году. В стационарах (терапевтический и неврологический профиль) в 2017 году было выявлено 18 случаев сифилиса против 12 - в 2016 году. При периодических и прочих профилактических осмотрах выявлено 163 случая гонореи в 2017 году против 125 – в 2016 году; другими специалистами – 331 и 392, соответственно.

Таблица 9 - Выявляемость больных гонореей в РК в 2017 г. (в сравнении с 2016 годом); в абсолютных цифрах

Показатели		2017	2016
Выявлено дерматовенерологами	всего обследовано контактов	1756	2358
	выявлено из числа контактов	467	852
	кабинеты конфиденциального обследования	53	93
Выявлено другими специалистами	акушер-гинекологами	192	267
	урологами	137	240
	в стационарах (терапевтический и неврологический профиль)	18	12
	обследование доноров	-	-
	периодические проф. осмотры	163	125
	другими специалистами	331	392

Хламидийная инфекция

В 2017 году по сравнению с 2016 годом в Республике Казахстан отмечается снижение заболеваемости урогенитальным хламидиозом - с 22,2 (2016 г.) до 18,5 (2017 г.) на 100 тыс. населения (таблица 10).

В разрезе областей РК в 2017 году самые высокие показатели заболеваемости урогенитальным хламидиозом, превышающие аналогичный общереспубликанский показатель, зарегистрированы в Акмолинской (35,5 на 100 тыс. населения), Восточно-

Казахстанской (26,3), Северо-Казахстанской (32,6), Павлодарской (35,6), Южно-Казахстанской (74,5) областях, г. Астана (55,8) (таблица 10). А самые низкие показатели заболеваемости хламидийной инфекции зарегистрированы в Актюбинской (2,5), Жамбылской (3,1 на 100 тыс. населения), Западно-Казахстанской (2,8), Кызылординской (2,2), Костанайской (4,8), Мангыстауской (5,5) областях и г. Алматы (7,4).

Таблица 10 - Заболеваемость урогенитальным хламидиозом в РК в разрезе регионов, на 100 тыс. населения

Наименование областей	2017	2016	Разница
Республика Казахстан	**18,5**	**22,2**	**- 3,7**
Акмолинская	35,5	39,8	- 4,3
Актюбинская	2,5	2,2	+ 0,3
Алматинская	18,6	23,8	- 5,2
Атырауская	20,2	22,8	- 2,6
Восточно-Казахстанская	26,3	35,3	- 9,0
Жамбылская	3,1	3,1	0
Западно-Казахстанская	2,8	3,1	- 0,3
Карагандинская	10,4	7,3	+ 3,1

Продолжение таблицы 10

Костанайская	4,8	4,2	+ 0,6
Мангыстауская	5,5	11,6	- 6,1
Павлодарская	35,6	18,5	+ 17,1
Северно-Казахстанская	32,6	34,7	- 2,1
Южно-Казахстанская	25,8	26,2	- 0,4
г. Астана	55,8	58,1	- 2,3
г. Алматы	7,4	12,1	- 4,7

Уровень заболеваемости урогенитальным хламидиозом среди больных, проживающих в сельской местности, в 2017 году составил 644 (мужчин – 206, женщин - 438) против 750 (мужчин – 212, женщин - 538) – в 2016 году.

В 2017 году из числа беременных было выявлено 476 случаев урогенитального хламидиоза против 743 – в 2016 году. В динамике за указанный промежуток времени отмечается тенденция к снижению.

В возрастно-половом аспекте самая высокая заболеваемость хламидийной инфекцией в стране зарегистрирована в возрастной группе 18 – 44 лет, как среди мужчин, так и женщин (таблица 11). Женский пол по заболеваемости урогенитальным хламидиозом занимал лидирующее положение за этот период времени в двух основных возрастных группах – 15 - 17 и 18 - 44 лет.

Таблица 11 - Распределение больных урогенитальным хламидиозом по возрасту и полу за период 2016-2017 годы; в абсолютных цифрах

Года/ Возраст	0-14 лет		15-17 лет		18-44 лет		45 лет и >	
	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.
2017 г.	0	0	6	14	1260	1872	92	74
2016 г.	0	6	4	19	2102	2683	87	218

В 2017 году по сравнению с 2016 годом в Республике Казахстан в возрастно-половом аспекте отмечается существенное снижение заболеваемости хламидиозом в возрастной группе 18-44 лет (таблица 11).

Как видно из таблицы 12 в 2017 году дерматовенерологами выявлено 1103 больных хламидийной инфекцией против 1269 - в 2016 году; акушер-гинекологами - 489 против 569 - в 2016 году; урологами - 99 против 118 - в 2016 году. В стационарах (терапевтический и неврологический профиль) в 2017 году было выявлено 57 против 50 - в 2016 году; периодические профилактические осмотры - 91 и 204, соответственно; другими специалистами - 436 и 254, соответственно (таблица 12).

Таблица 12 - Выявляемость больных урогенитальным хламидиозом в РК в 2017 г. (в сравнении с 2016 годом); в абсолютных цифрах

Показатели		2017	2016
Выявлено дерматовенерологами	всего обследовано контактов	2266	2712
	выявлено из числа контактов	1071	1176
	кабинеты конфиденциального обследования	32	93
Выявлено другими специалистами	акушер-гинекологами	489	569
	урологами	99	118
	в стационарах (терапевтический и неврологический профиль)	57	50
	обследование доноров	5	2
	периодические проф. осмотры	91	204
	другими специалистами	436	254

Трихомонадная инфекция

В 2017 году по сравнению с 2016 годом в Республике Казахстан (таблица 12) отмечается снижение заболеваемости урогенитальным трихомониазом - с 46,0 (2016 г.) на 100 тыс. населения до 39,9 (2017 г.).

В разрезе областей РК (таблица 13): в 2017 году самые высокие показатели заболеваемости урогенитальным трихомониазом, превышающие аналогичный общереспубликанский показатель, зарегистрированы в Акмолинской (69,9) на 100 тыс. населения), Актюбинской (62,8), Восточно-Казахстанской (66,9), Кызылординской (105,5), Карагандинской (61,4), Северо-Казахстанской (110,7), Павлодарской (66,1) областях (таблица 13).А самые низкие показатели заболеваемости трихомониазом зарегистрированы в Жамбылской (16,8 на 100 тыс. населения), Атырауской (19,9), Алматинской (18,5), Западно-Казахстанской (19,6), Мангыстауской (15,9) областях, городах Астана (4,1) и Алматы (4,4).

Таблица 13 - Заболеваемость урогенитальным трихомониазом в РК в разрезе регионов,на 100 тыс. населения

Наименование областей	2017	2016	Разница
Республика Казахстан	**39,9**	**46,0**	**- 6,1**
Акмолинская	69,9	74,5	- 4,6
Актюбинская	62,8	62,8	0
Алматинская	18,5	17,1	+ 1,4

Атырауская	19,9	22,8	- 2,9
Восточно-Казахстанская	66,9	70,8	- 3,9
Жамбылская	16,8	23,9	- 7,1
Западно-Казахстанская	19,6	27,7	- 8,1
Карагандинская	61,4	78,1	- 16,7
Кызылординская	105,5	130,0	- 24,5
Костанайская	31,6	42,4	- 10,8
Мангыстауская	15,9	27,7	- 11,8
Павлодарская	66,1	66,1	0
Северно-Казахстанская	110,7	109,0	+ 1,7
Южно-Казахстанская	38,2	41,3	- 3,1
г. Астана	4,1	7,7	- 3,6
г. Алматы	4,4	11,5	- 7,1

Уровень заболеваемости урогенитальным трихомониазом среди больных, про-живающих в сельской местности, в 2017 году составил 1938 (мужчин - 449, женщин - 1489) против 1725 (мужчин -312, женщин - 1413) - в 2016 году.

В 2017 году было выявлено 562 случая урогенитального трихомониаза среди беременных против 507 - в 2016 году.

В возрастно-половом аспекте самая высокая заболеваемость трихомонадной инфекцией в стране зарегистрирована в возрастной группе 18-44 лет, как среди мужчин, так и женщин (таблица 14). Женский пол по заболеваемости урогенитальным трихомониазом занимал лидирующее положение за этот период времени во всех возрастных группах.

Таблица 14 - Распределение больных урогенитальным трихомониазом по возрасту и полу за период 2016-2017 годы; в абсолютных цифрах

Года/ Возраст	**0-14 лет**		**15-17 лет**		**18-44 лет**		**45 лет и >**	
	м.	**ж.**	**м.**	**ж.**	**м.**	**ж.**	**м.**	**ж.**
2017 г.	1	28	18	53	2402	3881	164	627
2016 г.	0	25	19	53	2683	4488	218	646

В 2017 году по сравнению с 2016 годом в Республике Казахстан в возрастно-половом аспекте отмечается значительное снижение заболеваемости трихомониазом среди мужчин в возрастной группе 18-44 лет.

Как видно из таблицы 15 в 2017 году дерматовенерологами выявлено 1194 больных трихомонадной инфекцией против 1867 - в 2016 году; акушер-гинекологами – 1716 случаев против 2415 - в 2016 году; урологами - 219 случаев против 313 - в 2016 году. В стационарах (терапевтический и неврологический профиль) в 2017 году было выявлено 78 против 79 - в 2016 году; периодические профилактические осмотры - 940 и 702, соответственно; другими специалистами – 980 и 486, соответственно (таблица 15).

Таблица 15 - Выявляемость больных урогенитальным трихомониазом в РК в 2017 г. (в сравнении с 2016 годом); в абсолютных цифрах

Показатели		**2017**	**2016**
Выявлено дерматовенеро-	всего обследовано контактов	3948	6069
	выявлено из числа контактов	1157	1655

логами	кабинеты конфиденциального обследования	37	212
Выявлено другими специалистами	акушер-гинекологами	1716	2415
	урологами	219	313
	в стационарах (терапевтический и неврологический профиль)	78	79
	обследование доноров	28	7
	периодические проф. осмотры	940	702
	другими специалистами	980	486

Другие ИППП

В таблице 16 приведены показатели заболеваемости других ИППП (микоплазменная инфекция, гарднереллез, ВПЧ, ВПГ).

Таблица 16 - Уровни заболеваемости других ИППП в 2017 году; на 100 тыс. населения

Год / виды ИППП	Микоплазменная инфекция	Гарднереллез	ВПЧ (6,11 типы)	ВПГ (1,2 типы)
2017 г.	37,2	39,2	8,2	2,2

Рост заболеваемости микоплазменной инфекции в РК соответствует мировым тенденциям, где в большинстве стран мира отмечается стойкая тенденция повышения заболеваемости указанной половой инфекцией.

В отношении заболеваемости вирусных половых инфекций, как отмечалось ранее, низкие значения заболеваемости вирусной половой инфекции отчасти объясняются тем фактом, что в большинстве случаев диагноз выставляется на основании клинических данных, не подтвержденных лабораторно, а, следовательно, данные случаи не регистрируются. В действительности уровни заболеваемости ВПЧ и ВПГ на уровень выше официально зарегистрированных.

Болезни кожи и подкожной клетчатки
Группа хронических рецидивирующих заболеваний кожи

По данным официальной регистрации общее число больных хроническим рецидивирующими дерматозами (псориаз, ихтиоз, красный плоский лишай - КПЛ, пузырчатка, витилиго, атопический дерматит) в 2016 году составило 13 172 (73,2 на 100 тыс. Населения) случаев против 12 928 (72,6 на 100 тыс. населения) в 2016 году (таблица 17). В динамике отмечается повышение заболеваемости указанными хроническими рецидивирующими генетически детерминированными заболеваниями кожи на 6,7% (разница между абсолютными цифрами).

Таблица 17 - Структура заболеваемости хроническими рецидивирующими заболеваниями кожи в 2017 году в РК (в сравнении с 2016 годом); в абс. значениях и на 100 тыс. населения

Нозология/ года	2017		2016	
	абс.	на 100 тыс.	абс.	на 100 тыс.
Псориаз	6209	34,5	5908	33,4
КПЛ	186	1,0	295	1,6
Витилиго	1641	9,1	1243	7,0
Атопический дерматит	4632	25,7	4824	27,2
Ихтиоз	410	2,3	482	2,7
Пузырчатка	94	0,5	83	0,4

В 2017 году по сравнению с 2016 годом в Республике Казахстан (таблица 17) отмечается снижение заболеваемости КПЛ (с 1,6 до 1,0 на 100 тыс. населения), атопическим дерматитом (с 27,2 до 25,7 на 100 тыс. населения), ихтиозом (с 2,7 до 2,3 на 100 тыс. населения).И, наоборот, в стране отмечалось повышение заболеваемости псориазом (до 34,5 с 33,4 на 100 тыс. населения), витилиго (до 9,1 с 7,0 на 100 тыс. населения), пузырчатки (до 0,4 с 0,5 на 100 тыс. населения).

В разрезе областей РК (таблица 18): в 2017 году самые высокие показатели заболеваемости псориазом, превышающие аналогичный общереспубликанский показатель, зарегистрированы в Восточно-Казахстанской (54,6 на 100 тыс. населения), Западно-Казахстанской (91,4), Кызылординской (89,9), Актюбинской (45,9), Северо-Казахстанской (48,1) областях. А самые низкие показатели заболеваемости (таблица 18) псориазом зарегистрированы в Жамбылской (2,6 на 100 тыс. населения), Атырауской (12,6), Мангыстауской (9,9), Акмолинской (10,4) областях, г. Алматы (8,8).

В разрезе областей РК (таблица 18) в 2017 году самые высокие показатели заболеваемости атопическим дерматитом, превышающие аналогичный общереспубликанский показатель, зарегистрированы в Актюбинской (52,8 на 100 тыс. населения), Южно-Казахстанской (52,4), Северо-Казахстанской (34,6) областях. А самые низкие показатели заболеваемости (таблица 18) атопическим дерматитом зарегистрированы в Алматинской (6,2 на 100 тыс. населения), Акмолинской (6,8), Жамбылской (1,2), Атырауской (7,0), Мангыстауской (3,1) областях, городах Астана (4,5) и Алматы (9,0).

Таблица 18 - Заболеваемость псориазом и атопическим дерматитом в разрезе регионов в 2017 году в РК (в сравнении с 2016 годом); на 100 тыс. населения

Наименование областей/ нозология	**Псориаз**		**Атопический дерматит**	
	2016-2017 гг.	**- снижение / + повышение**	**2016-2017 гг.**	**- снижение / + повышение**
Республика	**33,4 - 34,5**	**+**	**27,2 – 25,7**	**-**
Акмолинская	24,8 - 10,4	-	14,5 - 6,8	-
Актюбинская	34,7 - 45,9	+	53,0 - 52,8	-
Алматинская	24,1 - 26,4	+	6,2 - 14,6	+
Атырауская	14,2 - 12,6	-	6,1 - 7,0	+
Восточно-Казахстанская	86,4 - 54,6	-	78,6 - 57,2	-
Жамбылская	12,9 - 2,6	-	2,1 - 1,2	-
Западно-Казахстанская	74,4 - 91,4	+	18,5 - 22,7	+
Карагандинская	43,8 - 38,5	-	19,7 - 14,0	-
Кызылординская	96,8 - 89,9	-	15,0 - 18,4	+
Костанайская	36,1 - 38,8	+	38,7 - 35,6	-
Мангыстауская	12,7 - 9,9	+	3,8 - 3,1	-
Павлодарская	26,6 - 23,7	-	38,1 - 34,8	-
Северно-Казахстанская	47,9 - 48,1	+	52,5 - 34,6	-
Южно-Казахстанская	17,2 - 44,0	+	45,4 - 52,4	+
г. Астана	26,3 - 24,7	-	4,3 - 4,5	+
г. Алматы	9,30 - 8,8	-	12,1 - 9,0	-

В разрезе областей РК (таблица 19): в 2017 году самые высокие показатели заболеваемости экземой, превышающие аналогичный общереспубликанский показатель, зарегистрированы в Восточно-Казахстанской (99,7 на 100 тыс. населения), Павлодарской (54,9), Актюбинской (46,3), Северо-Казахстанской (164,7) областях и г. Алматы (47,4). А самые низкие показатели заболеваемости (таблица 18) экземой зарегистрированы в Жамбылской (0,2 на 100 тыс. населения), Атырауской (1,5), Мангыстауской (4,3), Акмолинской (2,0) областях, г. Астана (2,4).

Таблица 19 - Заболеваемость экземой в РК в разрезе регионов, на 100 тыс. населения

Наименование областей	2017
Республика Казахстан	**32,0**
Акмолинская	2,0
Актюбинская	46,3
Алматинская	11,1
Атырауская	1,5
Восточно-Казахстанская	99,7
Жамбылская	0,2
Западно-Казахстанская	34,3
Карагандинская	17,8
Кызылординская	15,3
Костанайская	25,1
Мангыстауская	4,3
Павлодарская	54,9
Северно-Казахстанская	164,7
Южно-Казахстанская	24,4
г. Астана	2,4
г. Алматы	47,4

В разрезе областей РК (таблица 20) в 2017 году самые высокие показатели заболеваемости витилиго, превышающие аналогичный общереспубликанский показатель, зарегистрированы в Кызылординской (22,0 на 100 тыс. населения), Южно-Казахстанской (26,5), Восточно-Казахстанской (13,2) областях.

А самые низкие показатели заболеваемости (таблица 20) витилиго зарегистрированы в Алматинской (2,7 на 100 тыс. населения), Акмолинской (2,0), Жамбылской (0,7), Атырауской (7,0), Павлодарской (0,0), Мангыстауской (1,1) областях, г. Астана (2,7).

Таблица 20 - Заболеваемость витилиго в РК в разрезе регионов, на 100 тыс. населения

Наименование областей	2017
Республика Казахстан	**9,1**
Акмолинская	2,0
Актюбинская	7,1
Алматинская	2,7
Атырауская	4,1
Восточно-Казахстанская	13,2

Продолжение таблицы 20

Жамбылская	0,7
Западно-Казахстанская	6,4
Карагандинская	3,9
Кызылординская	22,0
Костанайская	5,5
Мангыстауская	1,1
Павлодарская	0
Северно-Казахстанская	7,5
Южно-Казахстанская	26,5
г. Астана	2,7
г. Алматы	7,9

Грибковые заболевания кожи

По данным официальной регистрации общее число больных грибковыми заболеваниями кожи (трихофития, микроспория) в 2017 году составило 6638 (36,9 на 100 000 населения) случаев против 6385 (36,1 на 100 тыс. населения) случаев в 2016 году (таблицы 21,22). В динамике за данный период времени отмечается незначительное повышение заболеваемости указанными грибковыми заболеваниями кожи на 3,8% (разница между абсолютными цифрами).

В 2017 году по сравнению с 2016 годом в Республике Казахстан отмечается рост заболеваемости трихофитией (до 19,8 с 19,3 на 100 тыс. населения), микроспорией (до 17,1 с 16,8 на 100 тыс. населения).

В разрезе областей РК (таблица 21) в 2017 году самые высокие показатели заболеваемости трихофитией, превышающие аналогичный общереспубликанский показатель, зарегистрированы в Жамбылской (26,1 на 100 тыс. населения), Южно-Казахстанской (91,0) областях. А самые низкие показатели заболеваемости (таблица 20) трихофитией зарегистрированы в Западно-Казахстанской (0,9 на 100 тыс. населения), Восточно-Казахстанской (0,9), Мангыстауской (0,0), Северно-Казахстанской (1,6), Атырауской (1,5), Костанайской (0,5) областях, городах Алматы (2,8) и Астана (0,4).

Таблица 21 - Заболеваемость трихофитией в разрезе регионов в 2017 году в РК(в сравнении с 2016 годом); на 100 тыс. населения

Наименование областей	**2017**	**2016**	**Разница**
Республика Казахстан	**19,8**	**19,3**	**+0,5**
Акмолинская	12,3	9,1	+ 3,2
Актюбинская	14,3	12,5	+ 1,8
Алматинская	6,5	10,0	- 3,5
Атырауская	1,5	2,0	-0,5
Восточно-Казахстанская	0,9	4,8	- 3,9
Жамбылская	26,1	21,2	+ 4,9
Западно-Казахстанская	0,9	1,2	- 0,3

Продолжение таблицы 21

Карагандинская	4,6	4,0	+ 0,6
Кызылординская	3,9	3,2	+ 0,7
Костанайская	0,5	1,0	- 0,5

Мангыстауская	0	0,0	0
Павлодарская	13,8	8,9	+ 4,9
Северно-Казахстанская	1,6	3,8	- 2,2
Южно-Казахстанская	91,0	85,9	+ 5,1
г. Астана	0,4	0,1	+ 0,3
г. Алматы	2,8	2,5	+ 0,3

В разрезе областей РК (таблица 22): в 2017 году самые высокие показатели заболеваемости микроспорией, превышающие аналогичный общереспубликанский показатель, зарегистрированы в Акмолинской (24,2 на 100 тыс. населения), Атырауской (116,5), Кызылординской (33,9), Павлодарской (27,8), Северо-Казахстанской (42,3) областях. А самые низкие показатели заболеваемости (таблица 24) микроспорией зарегистрированы в Южно-Казахстанской (3,3 на 100 тыс. населения), Западно-казахстанской (3,7), Костанайской (3,3), (2,3).

Таблица 22 - Заболеваемость микроспорией в разрезе регионов в 2017 году в РК(в сравнении с 2016 годом); на 100 тыс. населения

Наименование областей	2017	2016	Разница
Республика Казахстан	**17,1**	**16,8**	**+ 0,3**
Акмолинская	24,2	25,1	+ 0,9
Актюбинская	18,0	15,5	+ 2,5
Алматинская	17,1	15,4	+ 1,7
Атырауская	116,5	111,3	+ 5,2
Восточно-Казахстанская	21,7	22,6	- 0,9
Жамбылская	15,2	12,8	+ 2,4
Западно-Казахстанская	3,7	4,2	- 0,5
Карагандинская	12,0	10,9	+ 1,1
Кызылординская	33,9	38,5	- 4,6
Костанайская	3,3	4,4	- 1,1
Мангыстауская	13,9	12,7	+ 1,2
Павлодарская	27,8	28,2	- 0,4
Северно-Казахстанская	42,3	48,8	- 6,5
Южно-Казахстанская	3,3	0,0	+ 3,3
г. Астана	6,0	6,6	- 0,6
г. Алматы	2,3	5,3	- 3,0

Заключение

Таким образом, проведенный сравнительный анализ основных показателей дерматовенерологической заболеваемости показывает, что за указанный промежуток времени (интервал 2016 - 2017 годы) в целом отмечается незначительное снижение основных показателей заболеваемости ИППП (сифилис, гонококковая инфекция, хламидийная инфекция, трихомонадная инфекция, генитальный герпес) и тенденция к росту кожных болезней (за счет псориаза, витилиго, пузырчатки).

АННОТАЦИЯ

Мақалада Қазақстандағы дерматовенерологиялық аурудың негізгі көрсеткіштері келтірілген: бүкіл елде де, жекелеген аймақтарда де жыныстық жолмен берілетін инфекциялардың (ЖЖБЖ), созылмалы дерматоздардың, зақымданған тері ауруларының жиілігі.

Түйінді сөздер: аурудың таралымы, жыныстық жолмен берілетін инфекциялар, созылмалы қайталанатын дерматоздар, саңырауқұлақ туғызатын тері аурулары.

ANNOTATION

The article presents the main indicators of dermatovenereological morbidity in Kazakhstan: the incidence of sexually transmitted infections (STIs), chronic dermatoses, fungal skin diseases, both in the country as a whole and in individual regions.

Keywords: morbidity, sexually transmitted infections, chronic recurrent dermatosis, fungal skin diseases.

МІНДЕТТІ ӘЛЕУМЕТТІК МЕДИЦИНАЛЫҚ САҚТАНДЫРУ АЯСЫНДА ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯЛЫҚ КӨМЕКТІ ҰЙЫМДАСТЫРУДЫҢ ӨЗЕКТІ МӘСЕЛЕЛЕРІ

Бірімжанова М.Д.,[1] Әбішев А.Т.,[2] Оспанова С.А.[2]

[1]Әл-Фараби атындағы Қазақ ұлттық университеті, Алматы қ ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ
[2]ҚР ДСМ Тері-венерологиялық ғылыми-зерттеу институты, Алматы қ ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ

АННОТАЦИЯ

Дерматовенерологиялық арнайы көмек МӘМС пакетінде болғандықтан, болашақта салымшылар үшін тегін болып қала береді. Ал осы пакет тізімінде бар медициналық көмектердің тарифтік құны МӘМС саласында қайта қарастырылатын болғандықтан, яғни құнының өсуі осы аурулардың емінің сапасының жақсаруына және көмек спектрының кеңейуіне алып келетіні сөзсіз.

Түйінді сөздер: міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру (МӘМС), тері-венерология, денсаулық сақтау жүйесі, денсаулық сақтау модельдері.

Жершары үнемі тоқтаусыз айналып тұрады, қоршаған әлем де ондағы мемелекеттер саны тәрізді жылдам өзгеріп отырады. Әлемде соңғы деректерге сүйенсек, 250-ден астам ел бар. Бірақ ел мен мемлекеттің айырмашылығы бар екенін білгеніміз абзал. Мақала ел мен мемлекет жайында емес, кейде медициналық көмекті басқару және ұйымдастыру сұрақтарына тоқталғанда, осындай жалпылама деректерді білгеніміз қажет. Айтқымыз келгені, дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының эксперттерінің деректері бойынша әлемде осыншама ел бола тұра, өзін өзі дәлелдеген денсаулық сақтау жүйесінің 3 қана негізгі моделдері бар [1,2]. Олар: 1881 жылдан мәлім әлеуметтік сақтандыру моделі (Бисмарк моделі), мемлекеттік немесе бюджеттік жүйе

(Беверидж моделі) және нарықтық, ақылы, яғни мемелекеттік емес жүйе (АҚШ). Кей әдебиеттерде Совет үкіметінің денсаулық сақтау жүйесін (Семашко моделі, 1918) де кездестіруге болады.

Денсаулық сақтаудың нарықтық жүйесінде негізгі құрал, ол медициналық сұранысқа сәйкес ұсыныс, ол ақылы нарық заңына сәйкес. Туындаған сұранысқа уақытында ұсыныс бере алады. Әлеуметтік қатпардағы адамдарды шағын мемлекеттік бағдарламалар қамтамасыз етеді. Бюджеттік модельде – басты роль мемлекетте, қаржыландыру салық саласынан, ақысыз. Медициналық көмекті сатып алушы да, сатушы да мемлекеттің өзі [3,4]. Ал, әлеуметтік – сақтандыру жүйесінде басты қағида - аралас экономика принциптеріне сүйене отырып, медициналық қызмет нарығын мемлекеттік реттеу арқылы әлеуметтік кепілдікті (медицина) барлық адамдарға қолжетімді ету [4,5,6]. Әр мемлекет осы моделдердің бірін негізге ала отырып, денсаулық сақтау саласының аралас моделін орнатады.

Біздің де мемлекетіміздің алдында тұрған міндет ол уақытпен сыналған, тұрақты да тиімді денсаулық сақтау жүйесін енгізе дамыту. Еліміздің бүгінгі экономикалық жағдайы мен қатынасына орай, мемлекет, жумысберуші мен жеке адамдар арасындағы денсаулыққа деген жауапкершілікті ресми қылу, қаржылық тұрақсыздықты оңтайлы шешу, денсаулық сақтауды басқарудың тиімділігін арттыру, тағы сол сияқты медицинадағы маңызды мәселелерді ескере отырып, ең оңтайлы нұсқа осы міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру (әрі қарай - МӘМС) моделі деп шешілді [7] .

Ең маңыздысы мемлекетіміз түбегейлі МӘМС жүйесін ғана емес, бюджеттік модельді де қоса карастырып отыр. Егер нарықта өндіруші - тұтынушы - сатып алушы немесе төлеуші деген түсініктер болатын болса, МӘМС қоры медицинадағы төлеуші/сатып алушы. Медициналық көмек халыққа екі түрлі пакет аясында көрсетіледі. Ол жаппай барлық қазақстандықтар үшін тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі бойынша тегін көмек (жедел, шұғыл медициналық көмек, әлеуметтік маңызды аурулар, вакцинация, өнімді емес халық үшін амбулаторлы-поликлиникалық және амбулаторлық дәрілік қамтамасыз ету) және әлеуметтік медициналық сақтандыру пакеті (амбулаторлы-поликлиникалық және амбулаторлық дәрімен қамтамасыз ету, жоспарлы стационарлық және стационаралмастырушы көмек, жоғары технологиялық медициналық көмек, ұзақ мерзімді медициналық күтім) салымшылар үшін ол да тегін көмек. Ал салымшылар мемлекет, жұмысберуші, экономикалық белсенді және белсенді емес адамдар. Демек, МӘМС адам денсаулығы үшін жеке адамның, жұмыс берушінің және мемлекеттің арасындағы бірлескен жауапкершілікті талап етеді. Бүгінгі таңда дерматовенерологиялық көмек халыққа медициналық көмектің барлық деңгейінде көрсетіледі. Отбасылық дәрігерден бастап, арнайы дерматовенерологиялық стационарлық және диспансерлік көмекке дейін. Халыққа дерматовенерологиялық көмек көрсетуді ұйымдастыру арнайы стандарттармен бекітілген мысалы, 2015 жылдың 23 қарашасында бекітілген № 821 «Қазақстан Республикасында Қазақстан Республикасында дерматовенерологиялық көмек көрсетуді ұйымдастыру стандартын бекіту туралы» ҚР ДСӘДМ бұйрығы. Тікелей дерматовенерологиялық көмек көрсету ережелері 2011 жылдың 23 мамырында бекітілген № 312 «Дерматовенерологиялық көмек көрсететін денсаулық сақтау ұйымдарының қызметі туралы қағиданы бекіту туралы» ҚР ДСМ бұйрығымен жүзеге асырылады. Өзімізге белгілі денсаулық сақтау концепцияларына сәйкес тәуліктік стационарлық көмек пен денсаулық сақтау ұйымдарын оңтайландыру мақсатында арнайы медициналық көмек көрсету ұйымдары қайта қарастырылып жатыр. «Денсаулық сақтау ұйымдары желісінің мемлекеттік нормативін бекіту туралы» Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрінің 2015 жылғы 28 сәуірдегі № 284 бұйрығында (27.11.2017 жылы ҚР ДСМ № 882 бұйрығымен жаңартылған) 2 тармақтың 2 тармақшасында «көп бейінді

ауруханалардың құрылымдық бөлімшесі ретінде перинаталдық (босандыру бөлімшесі), онкологиялық, инфекциялық, тері-венерологиялық, травматогиялық, инсульттік, ревматологиялық, офтальмалогиялық, кардиологиялық және кардиохирургиялық орталықтар құрылады» - делінген. Бұл Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау ұйымдары желісінің мемлекеттік нормативі тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемінің, сондай-ақ міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесінің шеңберінде медициналық көмекті көрсететін денсаулық сақтау субъектілеріне қолданылады және "Ең төмен әлеуметтік стандарттар және олардың кепілдіктері туралы" Қазақстан Республикасы Заңының 31-бабынасәйкес "Денсаулық сақтаудың көрсетілетін қызметтерінің халыққа қолжетімді болуын қамтамасыз ету" ең төмен әлеуметтік стандартын қамтамасыз етеді.

Көмектің бұлай ұйымдастырылуы тері-венерологиялық көмектің халыққа қолжетімді әрі кеңейтілген болуын одан әрі қамтамасыз етеді. Себебі, көпсалалы ауруханаларда дерматологиялық науқастар үшін кеңесі маңызды түрлі мамандарды, диагностикалық шараларды (тіпті қымбат диагностикалық шара түрлерін) еш қиындықсыз, мамандарды ресми алыстан шақырусыз, уақытылы алуға мүмкіндік береді. Қазіргі таңда медициналық мекемелерде әкімшілік-ұйымдастырушы бөлімдер мен қызметтерді қысқарту тарапынан дәрігерлердің, медициналық көмектің санын және сапасын жақсартуды қаржыландыру қарастырылған. Саяси гәп сонда, барынша тері-венерологиялық көмектің деңгейін көтеру. Мән тек қана ауру адамның денсаулығы мен дәрігердің кәсібилігі мен біліктілігін арттыра отырып барынша емдік шараларын қолдануда! Ал сапалы, уақытылы, арнайы көмекті тері ауруларымен ауыратын адамдар үшін қандай ауруханада, қандай палатада алу маңызды емес, бастысы ем сапалы, дәрі-дәрімектері мен ем-дом шаралары толық, бір ауруханадан бір ауруханаға шабысы көп емес уақытылы, тегін медициналық көмек алу. Бұл дәрігер дерматовенерологтар үшін сұранысқа ие, арнайы дерматологиялық көмек түрін тұрақты жетілдіріліп отыруды талап етеді. Әрине бұндай жағдай болашақта дерматолог-мамандарға емханалар мен ауруханалар тарапынан сұранысты көбейтеді. Себебі осы саладағы науқастардың есепте тұруы емханалар үшін де, дерматовенерологиялық орталықтар үшін де аурудың ағымын қадағалау мақсатында өте маңызды.

Дерматовенерологиялық арнайы көмек МӘМС пакетінде болғандықтан, болашақта салымшылар үшін тегін болып қала береді. Ал осы пакет тізімінде бар медициналық көмектердің тарифтік құны МӘМС саласында қайта қарастырылатын болғандықтан, яғни құнының өсуі осы аурулардың емінің сапасының жақсаруына және көмек спектрының кеңейуіне алып келетіні сөзсіз.

Қолданылған әдебиеттер

1.Ваттанян Ф.Е., Ранецкая С.В. Финансирование здравоохранения в зарубежных странах. Здравоохранения.-2005.-№ 3.-С. 49-55.

2.Абылкасымов Е.А., Девятко В.Н., Захаров И.С. К вопросу о принципах управления качеством медицинской помощи, оказываемой в рамках государственного заказа // Бюллетень научно-исследовательского института социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением имени Н.А. Семашко, РАМН.-Москва, 2002.-Ч.II.-С. 15-19.

3.Дудник В.Ю. Модели развития системы здравоохранения: мировой опыт (обзор литературы) // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований.-2016.-№3-1.-С. 60-64.

4.Государственная программа реформирования и развития здравоохранения РК «Саламатты Казахстан» на 2011-2015 годы.-Астана, 2010.

5.Пивень Д. В., Кицул И. С. Вокруг саморегулирования в здравоохранении // Менеджер здравоохранения.-2011.-№3.

6.Послание Президента народу Казахстана «Казахстан-2050»: Единая цель, единые интересы, единое будущее».-Астана, 2014.

7.Программа Президента Республики Казахстан от 20 мая 2015 года.План нации - 100 конкретных шагов.

АННОТАЦИЯ

Поскольку дерматовенерологическая специализация находится в пакете ОСМС, она останется свободной для вкладчиков в будущем.А поскольку тарифная стоимость медицинской помощи, доступной в этом списке пакетов, пересматривается в ОСМС, то есть увеличение стоимости этих заболеваний улучшит качество лечения и расширит спектр помощи.

Ключевые слова: обязательное социальное медицинское страхование (ОСМС), дерматовенерология, системы здравоохранения, модели здравоохранения.

ANNOTATION

Since the dermatovenerological specialization is in the CSMI package, it will remain free for investors in the future. And since the tariff cost of medical care available in this list of packages is reviewed in the CSMI, that is, an increase in the cost of these diseases will improve the quality of treatment and expand the range of care.

Key words: compulsory social medical insurance (CSMI), dermatology and venereology, health care systems, health care models.

УДК 616.1:576.8.077.61

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О СОСТОЯНИИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ИППП ОБЩЕГО НАСЕЛЕНИЯ, ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЕЖИ ИЗ ЧИСЛА УЯЗВИМЫХ ГРУПП (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Джусупгалиева М.Х.

Научно-исследовательский кожно-венерологический институтг.Алматы,
РЕСПУБЛИКА КАЗАХСТАН

АННОТАЦИЯ

На основании литературных данных представлена распространенность ИППП у взрослого населения, подростков и молодых людей из уязвимых групп. Приведены факторы риска распространения ИППП, меры профилактики.

Ключевые слова: инфекции, передаваемые половым путем, подростки, уязвимые группы населения, факторы риска, профилактика.

Актуальностьисследования заболеваний, обусловленных инфекциями, передаваемыми половым путем (ИППП) определяется их повсеместным распространением и значительным влиянием на состояние здоровья в целом.

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в мире ежегодно регистрируется около 330 млн. новых случаев наиболее распространенных ИППП [1,2]. ИППП представляют собой причину острых заболеваний, бесплодия, устойчивой инвалидности и смертности, имеют серьезные медицинские и психологические последствия для миллионов мужчин, женщин и детей. Воздействие этих заболеваний усиливается тем, что они могут способствовать распространению ВИЧ, что является, значимым в сложившейся эпидемиологической ситуации по данной инфекции.

ВОЗ приводит данные о ежегодном количестве случаев вылеченных ИППП в мире, которые оцениваются в 340 миллионов, а также многомиллионные случаи неизлечимых вирусных ИППП, включая приблизительно 5 миллионов заразившихся ВИЧ ежегодно [3,4].

Драматичность сложившейся ситуации обусловлена тем, что помимо социально-экономического ущерба для общества, связанного с нарушением трудоспособности больного, определенными моральными и социальными конфликтами, ИППП таят в себе, так называемую, отсроченную опасность, которая может проявиться многие годы спустя в виде нарушения репродуктивного здоровья, рождения физически или умственно неполноценного потомства, тяжелых поражений нервной системы и внутренних органов [5,6]. ИППП могут поражать значительные контингенты людей в относительно короткие сроки. Примером может служить эпидемическая вспышка сифилиса и других ИППП в 1990-1999 гг. в Казахстане, России, на Украине, Прибалтике, в странах Восточной Европы [7,6,8,9,10].

Характерной особенностью современного периода является выраженное изменение структуры ИППП. Одновременно с определенным снижением заболеваемости сифилисом, имеет место значительный рост ИППП «нового поколения», среди которых наиболее распространенным является урогенитальный хламидиоз (115,5-126,1 на 100 тысяч населения).

Сохраняющиеся проблемы в организации выявления больных ИППП обуславливают регистрацию только «видимой части айсберга». Нередко заболевшие не обращаются за медицинской помощью в начальной стадии заболевания, занимаются самолечением. В последние годы значительно снизился охват населения различными видами профилактических медицинских осмотров, не проводится целенаправленное нравственное и половое воспитание подрастающего поколения [11,12].

Заболеваемость ИППП в Казахстане до сих пор остается высокой - 258,3 на 100 тыс. населения, несмотря на достигнутые успехи, направленные на снижение заболеваемости с 1993 года. В 1999 г. в Казахстане было зарегистрировано около 50 тыс. больных в возрасте до 17 лет, что составило 5-10% от всех больных ИППП. Сложившаяся эпидемиологическая ситуация с заболеваемостью ИППП в Казахстане еще раз подтверждает необходимость проведения целевых научных исследований по изучению факторов риска заболевания для различных групп населения [13].

Учитывая неоднородность различных регионов Казахстана по национально-этническим, культурным, социально-экономическим, религиозным и другим характеристикам, необходима разработка региональных программ, учитывающих местные условия. В особенности это касается форм и методов санитарно-просветительной работы и полового воспитания среди детей и подростков. Этот вопрос достаточно сложен, так как затрагивает различные стороны духовной жизни, традиции, национальные обычаи, без учета которых проводимые мероприятия не будут эффективными. При этом большинство ученых считают целесообразным разработку новых методологических подходов в этой области [14,15,16].

Проведенные исследования свидетельствуют о достаточно низком уровне знаний населения по вопросам профилактики ИППП/ВИЧ [17,18,19], что указывает на необходимость совершенствования первичной профилактики этих заболеваний.

В связи с вышеизложенным изучение закономерностей распространения урогенитальных инфекций, разработка и внедрение методов их ранней диагностики имеет важное медицинское и социальное значение.

На сегодняшний день исследования, направленные на изучение факторов, способствующих столь широкому распространению ИППП, имеют особую научную и практическую ценность. Без этого невозможно повышение эффективности лечебно-диагностической работы и создание адекватной системы медико-социальной профилактики этих заболеваний [20].

Динамически изменяющиеся демографические показатели (в связи с миграцией, поиском работы, военными действиями и т.д.), социальные и экономические факторы, а также культурные традиции определяют поведение людей, в том числе и сексуальное, и, соответственно, влияют на распространение ИППП.

Дифференцированное представление о факторах риска ИППП предполагает выявление региональных особенностей, поскольку условия жизни, культурные традиции, экономическая и социальная инфраструктура различных регионов существенно отличаются друг от друга [21].

Многие традиционные факторы риска ИППП (количество половых партнеров, случайные половые связи) коррелируют с возможностью заразиться, другие (использование презерватива, возраст, пол и т.д.) влияют на возможность инфицирования или заболевания, если контакт с инфицированным партнером состоялся. Определение факторов риска и выделение групп риска не определяют наличие инфекции, т.к. возможность инфицирования, помимо факторов риска, зависит от восприимчивости человека, степени вирулентности микроорганизма, а также от концентрации патогенов. Но факторы риска позволяют выделить ту группу в популяции, где возможность ИППП наибольшая. Особую значимость имеют бессимптомные случаи инфекции, особенно среди лиц, демонстрирующих поведение высокого риска, поскольку такие люди не обращаются за медицинской помощью и способны инфицировать большое количество партнеров [22,23].

Таким образом, проведение скрининговых исследований на предмет обнаружения возбудителей ИППП в популяции, выделенной на основании факторов риска независимо от жалоб, является самым информативным и адекватным с точки зрения эпидемиологии. Эти исследования дают материалы для разработки программ профилактики ИППП. В тех странах, где были приняты программы интенсивного контроля за инфекциями, наблюдалось значительное снижение частоты заболеваний [24,25].

В настоящее время в большинстве стран мира остро стоит вопрос относительно заболеваемости подростков ИППП. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), ежегодно в мире, один из двенадцати подростков заражается ИППП.

Отечественный и зарубежный опыт охраны здоровья населения свидетельствует о том, что здоровье популяции зависит в первую очередь от уровня социально-экономического развития страны и политических приоритетов в реализации задач укрепления и сохранения здоровья всего населения и, в частности, здоровья детей и подростков. При этом здоровье лиц от 0 до 19 лет наиболее ярко демонстрирует успешность социально направленных усилий государства. Так по данным ряда исследований, за последние 15 лет, общая заболеваемость подростков и молодежи увеличилась в» среднем в 1,7 раза и в 3,5 раза превышает рост заболеваемости взрослого населения [26,27,28].

В общей структуре заболеваемости данного контингента особое социально значимое положение занимают ИППП. Борьба с этими инфекциями за последние два десятилетия стала наиболее драматично развивающейся страницей современной медицины.

Социальная значимость проблемы ИППП увеличивается и в связи с тем, что ИППП неблагоприятно влияет на репродуктивное здоровье молодого поколения, приводя к снижению рождаемости, ухудшению демографической ситуации, что еще более усугубляет процессы депопуляции во многих странах, в особенности на постсоветском пространстве [29,30,31].

Некоторые исследователи указывают на плохую информированность подростков об ИППП [32].

В Республике Казахстан высокая заболеваемость детей и подростков ИППП в конце прошлого века явилась следствием экономической депрессии в обществе, деградацией института семьи, криминализации общества, роста детской беспризорности, проституции, а также распространения наркомании среди подростков. Однако в последние годы наметилась тенденция к изменению социального состава больных, чаще стали болеть подростки из числа учащейся молодежи, из достаточно благополучных семей.

Динамика заболеваемости ИППП среди несовершеннолетних в последние годы характеризуется снижением заболеваемости сифилисом [33]. Вместе с тем наблюдается увеличение частоты скрытых форм заболеваний, отмечается низкий уровень обращаемости по поводу подозрения на ИППП, редкое выявление источников [34,35]. Кроме того, наблюдается увеличение заболеваемости ИППП второго поколения (урогенитальный хламидиоз, уреа - микоплазмоз и др.) симптоматика и последствия которых еще менее известны подросткам, чем "классические" венерические заболевания [36].

На выявление бактериальных ИППП среди подростков оказывает влияние терапия с применением антибактериальных препаратов по поводу сопутствующих заболеваний [28,37].

Факторами риска распространения ИППП в подростковой среде считают: раннее начало половой жизни, промискуитет, низкий уровень контрацепции. Анонимное обследование более 2000 подростков, проведенное в медицинской ассоциации "Семья и здоровье", показало, что каждый 3-й подросток (15-17 лет) имеет опыт половой жизни, среди них каждый 5-й имеет в среднем от 2 до 6 партнеров, что сопровождается выявлением ИППП в 20% случаев [36].

За последние годы частота воспалительных заболеваний органов малого таза (ВЗОМТ) у девушек-подростков повысилась в 5,4 раза [38]. В структуре гинекологической заболеваемости подростков доля ВЗОМТ занимают третье место и составляет 6,2%. Среди госпитализированных девочек в возрасте 13-18 лет по поводу воспаления внутренних гениталий у каждой четвертой (24%) диагностирован пельвиоперитонит, что значительно ухудшает прогноз генеративной функции [39].

ВЗОМТ чрезвычайно неблагоприятно влияют на репродуктивную функцию девушек-подростков, обусловливая синдром хронической тазовой боли (24%), бесплодие (40%), невынашивание беременности (45%), эктопическую беременность (3%). Практически все микроорганизмы, присутствующие во влагалище (за исключением лакто- и бифидобактерий), могут принимать участие в воспалительном процессе. С 80-90-х годов XX века большое значение в генезе ВЗОМТ уделяется бактериальным ИППП (урогенитальный хламидиоз, микоплазмоз, уреаплазмоз). Например - 50-70% ВЗОМТ вызваны хламидиями, микоплазмами и уреаплазмами. Сальпингит хламидийной и микоплазменной этиологии характеризуется длительным стертым течением, приводит к цилиарной дискинезии, образованию спаек в маточных трубах и бесплодию [40,41].

Показатели заболеваемости у девушек на 10-15% превышают таковые среди юношей, поскольку в подростковом периоде девушки наиболее подвержены различным неблагоприятным воздействиям медико-социального, экономического и экологического характера. Состояние репродуктивного здоровья современных девочек является фактором, который определит воспроизводство населения и демографическую ситуацию в начале XXI века [42].

Именно ИППП оказывают большое воздействие на здоровье женщин и её способность к деторождению, многие могут привести к бесплодию, хронической тазовой боли в области малого таза и раку шейки матки.

Заболевания шейки матки также являются одним из наиболее частых патологических состояний женских половых органов, и составляет в мире, не менее 15% всех гинекологических заболеваний в репродуктивном возрасте. Доброкачественные патологические процессы в структуре патологии шейки матки составляют около 80%, притом, что рак шейки матки занимает второе место в структуре онкологической заболеваемости у женщин [43,44].

ИППП отнесены к группе болезней социального неблагополучия или социально обусловленных заболеваний, возрастающую в настоящее время за счет наркомании, алкоголизма, ВИЧ-инфекции, что усугубляет и без того напряженную эпидемическую ситуацию по сексуально-транмиссивным инфекциям. Социальная значимость ИППП предопределяет принятие правительствами большинства стран мира целевых программ о предупреждении и борьбе с заболеваниями социального характера.

Среди причин возникновения эпидемической ситуации можно выделить: недостаточное внимание к данному аспекту деятельности в территориальных программах по охране здоровья; низкое бюджетное финансирование профилактических программ; отсутствие организационной структуры профилактической службы; слабую подготовку медицинского персонала в вопросах профилактики ИППП, а также низкую информированность населения и отсутствие мотивации в сохранении своего здоровья [45,46].

Кроме того, социальная и экономическая нестабильность общества обусловливает развитие и распространение ряда негативных медико-социальных тенденций в молодежной среде. К ним относятся: ранние сексуальные дебюты, ослабление семейно-брачных отношений, отсутствие позитивных установок на сохранение здоровья, рост числа сексуальных преступлений, слабая репродуктивная культура и т.д. [47,48]. Вследствие вышеизложенного наблюдается тенденция к увеличению частоты ИППП у несовершеннолетних. В результате взаимодействия неблагоприятных факторов создается эффект их взаимного усиления, способствующего "взрыву" ИППП. Опасность кроется не только в самом факте увеличения ИППП, но и в том, что в настоящее время формируются постоянные каналы распространения ИППП у детей и подростков, что в недалеком будущем может создать условия для быстрого распространения ВИЧ-инфекции [49].

Казахстан, является самостоятельной страной, пытающейся проводить в жизнь ряд социальных программ, в том числе в сфере охраны здоровья детей, подростков и молодежи, опережая другие страны Центрально-Азиатского региона.

Вместе с тем Казахстан –многомиллионная страна, где ярко выражены медико-социальные процессы, которые при стечении неблагоприятных условий всегда сопровождаются ростом заболеваемости социально значимых болезней, в том числе ИППП [50].

А.А. Кубанова в своем докладе «Стратегия и перспективы развития дерматовенерологической службы в Российской Федерации в 2001-2005 гг.» на VII съезде дерматовенерологов России подчеркивает, что: «Болезни поведенческого и социального характера токсико - и наркомании, туберкулез, ИППП, психические расстройства и др. представляют значительную угрозу здоровью населения России. За последние 5 лет заболеваемость ИППП увеличилась на 37,5%» [51].

По данным ВОЗ серьезная проблема в отношении венерической патологии сложилась в местах лишения свободы. В учреждениях пенитенциарной системы сконцентрированы как раз представители асоциальных слоев общества - это проститутки, наркоманы, безработные, бомжи, подростки с девиантным поведением и др. [52].

Заключенные - это группа риска, которая поддерживает эпидемиологическую си-

туацию по таким заболеваниям, как ИППП, ВИЧ инфекция, туберкулез и др. Так, количество осужденных в пенитенциарной системе РФ по данным печати составляет 1 млн. человек (637 чел. на 100 тыс. населения) [53]. Согласно средствам массовой информации каждый десятый гражданин РФ осужден или отбывал наказание. В связи с этим тюрьмы не являются структурами, совершенно оторванными от мира, поэтому изучение распространения ИППП среди заключённых - приоритетная задача государства, для решения которой нужен подход в виде взаимодействия системы УИС и гражданского здравоохранения [51,54].

Данная проблема в связи с закрытостью учреждений мало освещена в печати, хотя в последнее время появились работы, посвященные данной проблеме [55,56,57,58,59].

Социально-экономические реформы, проводимые в Казахстане, изменение законодательной базы привели к радикальным переменам в жизни общества. В результате старая модель профилактики ИППП, в том числе включавшая жесткий контроль за источниками инфекции и принудительное лечение, не может быть использована в прежней форме [60,61,62].

В современных условиях решение проблемы предупреждения ИППП возможно только на основе комплексного подхода, с использованием принципов целенаправленности мероприятий и учета социально-эпидемиологических особенностей распространения заболеваний [63].

Радикальные социально-экономические преобразования в некоторых Центрально-Азиатских странах привели к изменению образа жизни и ухудшению показателей здоровья населения [64]. Проведенные исследования свидетельствуют, что за резким увеличением уровня заболеваемости ИППП, следует развитие эпидемии ВИЧ-инфекции/СПИДа, прогрессирующей до тех пор, пока не начинают осуществляться программы по профилактике [65].

Среди мероприятий, направленных на снижение заболеваемости ИППП, важная роль должна отводиться работе с социально неблагополучными контингентами населения. К данному контингенту относятся беспризорные дети и подростки, а также отбывающие наказание в воспитательных колониях и пациенты наркологического диспансера [66].

Недостаточное количество программ по сексуальному образованию и просвещению для молодежи в целом, в совокупности с ослаблением системы оказания медицинской помощи по ИППП и вирусным инфекциям (ВИЧ и вирусный гепатит - В, С (ВГВ/ВГС), усиливает фактор уязвимости вышеперечисленных групп по отношению к ИППП, ВИЧ и вирусным гепатитам [67,68].

Базировавшаяся на принципах строгого патронажа система первичной и вторичной профилактики ИППП/ВИЧ-инфекции в странах бывшего СССР уделяла много внимания работе с общей популяцией, практически не занимаясь уязвимыми группами. Высокий уровень ИППП особенно выражен среди групп населения социального и поведенческого риска.

В то время как именно эти группы играют одну из наиболее важных ролей в эпидемическом процессе ИППП и ВИЧ-инфекции, что подтверждено многочисленными работами последних лет. Так, по данным авторов работы [69], до 50-60% случаев ВИЧ-инфекции в странах Восточной Европы обусловлено практикой потребления инъекционных наркотиков. Одновременно группа потребителей инъекционных наркотиков характеризуется высоким уровнем распространенности вирусных гепатитов - В и С, которая достигает, по данным некоторых исследований, до 80-90% [70].

Поведение высокого риска в отношении ИППП и ВИЧ характерно для этой ГРУППЫ, что относит ее к так называемым ядерным группам населения [71].

В то же время наличие эпидемических мостиков между уязвимыми группами и общей популяцией (клиенты РКС, осужденные мужчины, половые партнеры ПИН) создает благоприятные условия для проникновения инфекции в среду сексуально активной части населения [72].

ВОЗ определила работу с уязвимыми группами населения (УГН) приоритетным направлением в совершенствовании контроля и профилактики ИППП и ВИЧ-инфекции в рамках эпидемического надзора второго поколения [73].

В последние годы появилось много публикаций о новых подходах в работе с УГН.

При поддержании эпидемиологической цепи в распространении ИППП в популяциях основное значение имеют количественно небольшие группы населения, характеризующиеся частой сменой половых партнеров, к которым относятся женщины, занимающиеся коммерческим сексом [74,75].

Развитие коммерческого секса в Центрально-Азиатских странах является быстро развивающейся сферой неформальной занятости, в который в основном вовлечены женщины активного репродуктивного возраста [76].

Заслуживает особого внимания опыт, накопленный мировым сообществом в отработке моделей медицинских вмешательств в среде РКС. Это и многолетняя программа «100% Condomuse» в Таиланде [77], и клиника для РСБ в Эдинбурге (Ирландия) [78], и автобус для РСБ в Риге [79].

По оценочным данным ЮНЭЙДС (2004), количество женщин, оказывающих сексуальные услуги, составляет 5000, по данным отдельных исследований, число женщин, оказывающих сексуальные услуги, превышает 12500 [80,81,82].

Данные относительно распространенности ИППП/ВИЧ, медико-социальных и поведенческих факторах риска ИППП/ВИЧ среди лиц, занятых в сфере коммерческого секса, весьма скудны, практически отсутствуют данные о репродуктивном поведении и репродуктивном здоровье работниц секса (РС). Необходимость совершенствования и модернизации системы противодействия распространению ИППП/ВИЧ среди данного контингента лиц в условиях экономических преобразований в Центрально-Азиатских странах также определяет актуальность выбранной нами темы.

Немало в этом плане сделано и в направлении предупреждения ИППП/ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков (ПИН). Основные принципы работы с этой группой отражены в стратегии «снижения вреда», рекомендуемой ЮНЭЙДС и ВОЗ [83]. Большой опыт накоплен в изучении основных факторов эпидемического процесса среди мужчин, практикующих секс с другими мужчинами (МСМ) [84,85].

Проблемы, связанные с широким распространением ИППП, требуют незамедлительного поиска новых подходов к профилактической работе. Особо остро эти вопросы стоят перед уголовно-исполнительной системой, которая занимается контингентами, наиболее подверженными риску заражения.

Необходимо отметить, что в условиях только ведомственной структуры невозможно успешно решать указанную проблему. Это возможно только при условии активного взаимодействия с учреждениями гражданского здравоохранения и в сотрудничестве с неправительственными организациями, что позволяет объединить усилия различных ведомств и привлекать дополнительные источники финансирования для решения поставленных задач.

Однако, несмотря на большую научно-практическую значимость проблемы, в отечественной литературе отмечается явный дефицит работ, посвященных разработке концептуальных подходов к организации мероприятий по предупреждению ИППП в пенитенциарной системе с использованием опыта внедрения целевых комплексных программ профилактики [86].

Несмотря на довольно большой интерес к проблеме УГН в РК со стороны отечественных и зарубежных исследователей, до сих пор не разработаны практические рекомендации по работе с УГН, адаптированные к казахстанским условиям периода переходной экономики.

Изучение эпидемического процесса ИППП и ВИЧ-инфекции в данных группах населения до настоящего времени не дает

полного представления о характере распространенности заболеваний в этих сообществах. Тем не менее, анализ отдельных исследований, проведенных в этих группах на территории РК, показал, что помимо факторов риска присущих данным сообществам (нерегулярное использование презервативов, использование внутривенных наркотиков нестерильным инструментарием, большое число сексуальных партнеров), имеются трудности с обращением в медицинские службы [87,88].

В истории здравоохранения РК, посвященных Мерам по предупреждению распространения ИППП отмечается необходимость изучения роли групп повышенного поведенческого риска в распространении ИППП. Результаты исследования необходимо использовать для разработки и внедрения усовершенствованной системы профилактической работы при этих заболеваниях. Однако, среди различных групп населения (особенно молодого возраста) нет должной настороженности к высокой вероятности инфицирования ИППП. До настоящего времени на региональном уровне не проводятся системные организационные мероприятия по раннему выявлению, динамическому наблюдению и комплексной профилактике заболеваний, передающихся половым путем. Не достаточно проводятсямедико-социальные и эпидемиологические исследования с научным анализом факторов риска, влияющих на распространенность этой группы заболеваний. Необходимо совершенствование системы повышения уровня медицинской информированности, медико-социальной и профилактической активности среди молодежи, формирование навыков и установок на здоровый образ жизни.

Списокиспользованнойлитературы

1. Manavi K., Young H., Clutterbuck D. Sensitivity of microscopy for the rapid diag-nosis of gonorrhea in men and women and the role of gonorrhea serovars // Int. J. STD AIDS. - 2003. - Vol. 14, № 6. - P. 390-394.

2. Aldeen, A. Haghdoost, P. Hay I I Sex Transmitted Infection. 2003. - V. 79.- P. 229-233.

3. Aral S.O., Holmes K.K. Social and behavioral determinants of the epidemiology of STDs: industrialized and developing countries // Sexually transmitted diseases / Ed. by K.K. Holmes et al. - N.Y. etc. : McGraw-Hill, 1999. - Pt. 3, ch. 4.- P. 39-76.

4. CDC, Workowski K.A., Berman S.M. Sexually transmitted diseases treatment guidelines // MMWR Recomm. Rep. - 2006. - Vol. 55, RR-11. - P. 1-94.

5. Coden D.A. Controlling a syphilis epidemic / D.A. Coden, R. Scribner, D. Cory // West. J. Med. 1992. - V.157. -№4. - P. 1339-1352.

6. Workowski K. Pelvic inflammatory disease treatment gudelines / K. Workowski, A. Kimberly // Inf. Congr. STD.-1997.-P.73-73.

7. Кешилева З.Б. Анализ тенденции и пути контроля заболеваемости сифилисом в Казахстане // Матер. I Межд. конференции по первичной профилактике ИППП.- Алматы,1998.-С. 49-52.

8. Борисенко К.К. Современная тактика ведения беременных и детей, больных сифилисом / К.К. Борисенко, О.К. Лосева, О.В. Доля // Инфекции, передаваемые половым путем.-1999.-№2.-С.14-17.

9. Привалова Н.К. Заболеваемость сифилисом в Российской Федерации: анализ тенденций и прогноз развития эпидемической ситуации / Н.К. Привалова, Л.И. Тихонова // Инфекции, передаваемые половым путем.-2000.- №5.-С.35-40.

10. Яцуха М.В. Динамика Уровня заболеваемости болезнями, передаваемыми половым путем, за период с 1993 по 1997 г. / М.В. Яцуха, Э.А. Баткаев // Вестник последипломного медицинского образования.-1998.-№1.-С.19-19.

11. Калмыкова И.В. Социально-гигиеническое исследование подростков-школьников, страдающих инфекциями, передаваемыми половым путем и их семей: Дис. … канд. мед. наук / И.В. Калмыкова.-М., 2000.-С. 63-83.

12. Певзнер Ю.С. Тенденции и социально-гигиенические аспекты венерических заболеваний в г. Тольятти: Автореф. дис. … канд. мед. наук / Ю.С. Певзнер.-Рязань, 2000.-26 с.

13.KeshilevaZ.B. Overviewonsexuallytransmitteddiseases (STDs) epidemicinKazakhstan / Z.B.Keshileva, A.B.Kosukhin // Первая международная конференция по первичной и вторичной профилактике инфекций, передающихся преимущественно половым путем, Алматы, 24-25 сентября 1998 г., Алматы.-С. 8-11.

14. Громыко А.И. Эпидемия заболеваний, передаваемых половым путем, в странах Восточной Европы / А.И. Громыко // Заболевания, передаваемые половым путем.-1996.-№6.-С.22-25.

15. Крутских Е.С. Контроль сифилитической инфекции с помощью компьютерного моделирования / Е.С. Крутских, М.В. Яцуха, А.А. Шевченко // Вестн. дерматол. венерол.-1998.-№1.-С. 18-20.

16. Bayley N.T.J. The Mathematical Theory of Infection Diseases and it's Applications / N.T.J. Bayley London.-1975.-P. 134.

17. Куликов А.М. Подростки в современной России: здоровье и медико-социальные особенности // Журн. акушерства и жен.болезней.-2007.-Т. 56, спецвып.С. 36-39.

18. Приказ МЗ РФ № 415 от 20.01.2003 «Об утверждении протокола ведения больных «Гонококковая инфекция».

19. Самохин В.Л. Сравнение чувствительности штаммов трихомонад к разным концентрациям секнидазола и метронидазола in vitro // Первый Рос.конгр. дерматовенерологов : тез. науч. работ. - СПб., 2003. - Т. 2.-С. 129-130.

20. Аманжолова З.Д. Медико-организационные технологии снижения репродуктивных потерь: Автореф. дис. …докт. мед. наук.-Алматы, 2010.-45 с.

21. Кешилева З.Б., Косухин А.Б., Дерябин П.Н. и др. Организация профилактики и оказания мед. помощи при ИППП работникам коммерческого секса и представителям других уязвимых групп населения РК.-Астана, 2001.-29с.

22. Ешимов А.Е., Сапарбеков М.К. Эпидемиологические аспекты изучения распространенности ИППП в РК, современные направления профилактики // Украинский журнал дерматологии, венерологии и косметологии.-Киев, 2008.-№2 -С. 91-92.

23. Rothenberg R. The relevance of social, network concepts to sexually transmitted disease control / Rothenberg R., Narrarome J. // Sex. Trans. Dis. -1996.- Vol. 23.-N 1.-P. 24-29.

24. Madico G., Quinn T.C., Rompalo A. et al. Diagnosis of Trichomonas vaginalis infection by PCR using vaginal swab samples // J. Clin. Microbiol. - 1998. -Vol. 36.-№11.-P. 3205-3210.

25. WHO. Global prevalence and incidence of selected curable sexually transmitted infections : Overview and estimates. - Geneva: WHO, 2001.-50 p.

26. Сметанин В.Н., Коновалов О.Е. Здоровье современных подростков: динамика и тенденции // Проблемы социальной гигиены здравоохранения и истории медицины.-2003.-№2.-С. 29-31.

27. Сухарев А.Г. Здоровье и физическое воспитание детей и подростков / А.Г.Сухарев.-М.: Медицина, 1991.-268с.

28. Фидаров А.А., Горелова О.В. Социально-личностная характеристика несовершеннолетних, больных сифилисом, гонореей и трихомониазом // Вестник дерматологии и венерологии.-1997.-№5.-18 с.

29. Рентой А. Общественное здравоохранение и контроль за распространением инфекций, передаваемых половым путем / А.Рентон, А.А.Кубанова, В.А.Аквобян, Л.И.Тихонова // ИППП.-2000.-№5.-С. 30-35.

30. Быкова Ж.Е. Социально-гигиенические аспекты состояния здоровья подростков и пути совершенствования лечебно-профилактической помощи им: Автореф. дис. … канд. мед. наук.-М.,1990.-18с.

31. Денисенко М., Далла Зуанна. Сексуальное поведение российской молодежи // Население и общество. Информационный бюллетень Центра демографии и экологии человека ИНП РАН.-1999.-36 с.

32. Захарова Т.Г. Сексуальное поведение девушек-подростков и его влияние на репродуктивное здоровье / Т.Г. Захарова, и др. // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья.-2005.-№2.-С. 19-21.

33. Ешимов А.Е. Пути совершенствования эпидемиологического надзора за инфекциями, передаваемыми половым путем // Астаналық медициналық журналы.-Астана.-2007.-№9.-С. 157-159.

34. Кисина, В.И Анализ заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем, дерматомикозами и чесоткой в Центральном федеральном округе России в 2002-2003 гг. / В.И.Кисина, М.А.Иванова // Дерматология. 2005.-№3.- С.29-35.

35. Куценко Г.И., Коновалов О.Е., Баев М.В., Факторы риска заражения молодежи инфекциями, передаваемыми половым путем // Проблемы социальной гигиены здравоохранения и истории медицины.-2002.-№8.-16 с.

36. Таха Т.В., Матушевская Е.В. Социально-поведенческие факторы, влияющие на распространение урогенитального хламидиоза и других инфекций, передаваемых половым путем, среди подростков. М: Pli.-2002.-№4.- С. 35-38.

37. Брагина Е.Е. и соавт. Некоторые особенности жизненного цикла хламидий. Атипичные формы существования (обзор литературы) // ЗППП.-1998.-№1.-С. 3-9.

38. Кулаков И.В. Репродуктивное здоровье населения России / И. В. Кулаков // Акушерство и гинекология.-2002.-№2.-С.4-7.

39. Госкомстат. Российский статистический ежегодник. М: Госкомстат 2004; 98-100.

40. Немченко О.И. и соавт. Урогенитальный микоплазмоз у девочек (обзор литературы) // Репродуктивное здоровье детей и подростков.-2005.-№2.-С. 40-53.

41. Краснопольский В.И. Влияние инфекций на репродуктивную систему женщин // Российский вестник акушера-гинеколога.-2004.-№5.-С. 26-29.

42. Коколина В.Ф. Состояние здоровья девочек и девушек-подростков в современных условиях // Российский вестник акушера гинеколога.-2005.-№3.-С. 9-23.

43. Прилепская В.Н., Голубенко А.Е. Эпидемиология, этиология и факторы риска заболеваний шейки матки // Поликлиническая гинекология.- М.,2004.-С. 9-19.

44. Baldwin P., Laskey R., Coleman N. Transnational approaches to improving cervical screening // Cancer.-2003.-V.3.-P.217-225.

45. Бабенко, А.И. Программа «Здоровый город»: концепция, стратегия, методология формирования, критерии / А.И. Бабенко // Пробл. Соц. Гиг., здравоохр. И истор. Медиц.-2004.-№5.-С. 29-33.

46. Здоровье населения России и деятельность учреждений здравоохранения в 1999 г. // М., Госкомстат России, 2000.

47. Лузан Н.В. Половое поведение современных подростков: мифы и реальность / Н.В. Лузан, Е.В. Зайцева // Из-во "Сибирский хронограф".-Новосибирск, 1999.-48 с.

48. Дюкарева А.М. Здоровье, образ жизни и готовность молодежи к трудовой и репродуктивной функциям: Автореф. дис. … докт. мед. наук.-СПб, 1993.-32 с.

49. Тихонова Ю.Б. Социальные аспекты заболеваемости гонореей детей и подростков / Ю.Б. Тихонова, Ю.А. Галлямова // Российский журнал кожных и венери-ческих болезней.-2000.-№3.-С. 58-59.

50. Амиреев С.А., Муминов Т.А., Черкасский Б.Л., Оспанов К.С. Стандарты и алгоритмы мероприятий при инфекционных болезнях.-Алматы, 2007.-595 с.

51. Кубанова А.А. Стратегия и перспективы развития дерматовенерологической службы в Российской Федерации в 2001-2005 г.г. // Вестник дерматологии и венерологии.-2002.-№1.-С.4-8.

52. Муминов Т.А., Ракишева А.С. Туберкулез, ВИЧ, сифилис и другие заболевания в пенитенциарных учреждениях.- Алматы, 2002.-535 с.

53. Чайка Ю.А. УИС нацелена на решение проблем // Пенитенциарный журнал «Преступление и наказание».-2000.-№9.-С.2-4.

54. Ярушина Р.М., Алексеева Р.С., Вальц В.О., Захарова М.А. Межведомственный подход к организации борьбы с венерическими болезнями на современном этапе // Российский журнал кожных и венерических болезней.-2001.-№3.-С. 54-57.

55. Шливко И.Л. Сифилис в учреждениях пенитенциарной системы (эпидемиология, клиника, вопросы первичной и вторичной профилактики): Автореферат дис. ... канд. мед.наук / И.Л. Шливко.-М., 2002.-18 с.

56. Кулик С.А. Санитарно-гигиеническое и противоэпидемиологическое обеспечение в учреждениях уголовно-исполнительной системы: Учеб. пособие / Респ. ин-т повышения квалификации работников МВД.-1998.-С. 74.

57. Санников А.А. Медико-социальные проблемы в уголовно-исполнительных системах различных стран // Преступление и наказание.-1999.-№3-4.-С.56-61.

58. Александров Ю.К. Медицина в пенитенциарной системе России // Сб. Тюремная библиотека.-М.; 2001. Вып. 27.- С. 252.

59. Кунцевич Л.Д., Никулин Н.К., Мишанов В.Р., Борщевская Р.П., Жукова Г.И. Заболеваемость урогенитальными инфекциями у женщин, находящихся в учреждениях пенитенциарной системы // Российский журнал кожных и венерических болезней.-2003.-№4.-С. 65-67.

60. Филиппова Н.Г. Научное обоснование организационного обеспечения профилактики заболеваний, передаваемых половым путем (на примере сифилиса): Автореф. дис. ... канд. мед.наук / Н.Г. Филлипова.-М., 1998.-24 с.

61. Нукушева С.Г., Абдукаюмова У.А. Репродуктивное здоровье подростков и принципы организации работы с подростками по вопросам безопасного секса и здорового образа жизни (учебное пособие).-Алматы, 2003.-44 с.

62. Курс по репродуктивному здоровью и планированию семьи для медицинских образовательных учреждений Казахстана.-Алматы, 1999.-246 с.

63. Тарасова М.А. Медико-социальные и организационные аспекты реализации территориальных программ по профилактике инфекций, передаваемых половым путем / М.А.Тарасова: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.-Рязань, 2005.-24 с.

64. Батлер У. ВИЧ/СПИД и злоупотребление наркотическими средствами в России: программы снижения вреда и Российская правовая система.-Лондон, 2003.-28 с.

65. CDC. Sexually transmitted disease surveillance, 2006.-Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, CDC, 2007.-192 p.

66. Попова Н.М. Факторы, способствующие распространению инфекций, передаваемых половым путем, среди подростков / Н.М. Попова, Е.И. Касихина // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины.-М., 2006.-№1.-С.20-21.

67. Кубанова А. А., Тоскин И. А. Нашхоев М. Р. Кабинет бесплатной и анонимной медицинской помощи новая форма профилактики ИППП/ВИЧ-инфекции среди женщин, занятых в секс-бизнесе в г. Москве // Вестн. дерматологии и вене-рологии.-2002.-№5.-С. 37-41.

68. Кубанова А.А., Васильева М.М., Тоскин И.А., Герасимова О.Д. Организация медицинской помощи по ИППП / ВИЧ-инфекции для мужчин, имеющих секс с мужчинами в Москве и Московской области // Вестник дерматологии и венерологии.-2003.-№3.-С. 16-17.

69. Parcer D.A. Alcohol, other drugs and sexual risk among young adults / D.A. Parcer // J. Subst. Abuse.-1994.-6(1).-P.87-93.

70. Stark K., Muller R., Guggenmaes-Holzmann I., Deininger S., Meyer E., Bienzle U. HIV infection in intravenou drug abusers in Berlin: risk factors and time trends // Klin Wochenschr.-1990.-Apr. 17.-68(8): 415-20.

71. May M. Transmission dynamics of HIV infection / M. May, R.M. Anderson // J. Nature. 1987.-326.-P.137-142.

72. ВОЗ/ООН/ЮНЭЙДС; Заместительная поддерживающая терапия в ведении пациентов с опиоидной зависимостью и в профилактике ВИЧ-инфекции и СПИДа; Совместная позиция, ISBN 92 4 4591153, 2004.

73. ВОЗ. Стратегия и принципы профилактики и лечения болезней, передаваемых половым путем в развивающихся странах // Глобальная программа по СПИДу.-1994.-С.4-5.

74. Аравийская Е.Р., Соколовский Е.В., Гуревич И.Н. Анализ поведения под-ростков при опасениях заражения инфекциями, передающимися половымпутем // ИППП.-2001.-№1.-С. 26-30.

75. Oxman G.L, Smolkowski K, Noel J. Mathematical modelling of epidemic Syphilis transmission: indication for Syphilis control programs // Sex Trans. Dis.-1996.-N23.-P. 30-39.

76. Ахмедов А. А., Мирзоева 3. А., Одинаев Ф. И. Здравоохранение Таджикис-тана на современном этапе и основные направления его совершенствования.-Душанбе, 2002.-202 с.

77. Baral S et al. Burden of HIV among female sex workers in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis // Lancet Infectious Diseases, 15 March, 2012.

78. Day S. Sex Workers and control of sexually transmitted and Public Health, Umperial College school of Medicine at St. Mary. Norfolk Place (London) W 2 1 PG U.K / S.Day, H.Ward // Genitourin. Med.-1997.- №73.-P. 161-168.

79. Kurova T. Prostitution in Riga, Latvia a socio-medical matter of concern / T. Kurova, M. Shobnicova, A. Malceva // J. Acta. Obstet. Gynecol. (Scandinavica).-1998.-77(1).-P.83-86.

80. Зайцев Г. Мотивация, сексуальность и половое воспитание человека // Школа. -2003. №2.-С. 35 -39.

81. Курбанова Р. А., Бекназаров М., Салебан Омар, Джалилова 3. Проект мобилизации общины в целях профилактики ВИЧ/СПИД среди трудовых мигрантов и членов их семей. НПО: СПИД фонд Восток Запад, 2006.-195 с.

82. Севашевич А. В., Смирнова Т. С., Дудко В. Ю. К истории создания дермато-венерологической службы Санкт-Петербурга // Материалы XXXVII научно-практической конференции дерматовенерологов и врачей смежных специальностей Санкт-Петербурга.-СПб, 2002.-С. 7-9. .

83. ВОЗ/Европейское Бюро; Практическое пособие (для пенитенциарных систем новых независимых государств) ВИЧ в тюрьмах.-2001.

84. Kelly J. A., Amirkhanian Yuri A. et al. HIV risk behaviour and risk-related characteristics of young Russian men who exchange sex for money or valuables from other men // AIDS Education and Prevention.-2001.-13(2), 175-188.

85. Kelly A., Amirkhanian Yuri A et al. HIV risk characteristics and prevention needs in a community sample of bisexual men in St. Petersburg, Russia // AIDS Care.-2002.-№1.-vol 14, P.63-76.

86. Федосеева Н.А. К вопросу о профилактике ВИЧ/СПИДа в пенитенциарной медицине / Н.А. Федосеева, С.Н. Олейник // Профилактика социально-значимых заболеваний в УИС.-Н.-Новгород, 2001.-С.54-57.

87.Ешимов А.Е. Научные основы совершенствования эпидемиологического надзора и профилактики инфекций, передаваемых половым путем в пенитенциарных учреждениях: Автореф. дис. … канд. мед. наук.-Алматы, 2004-27 с.

88. Сапарбеков А.М. Формирование и оценка репродуктивного здоровья девочек-подростков г.Алматы на современном этапе: Автореф. дис. … канд. мед. наук.-Алматы, 2001.-27 с.

АННОТАЦИЯ

Ересек тұрғындарда, жасөспірімдерде және жастардың осал топтарында ЖЖБИ таралуының негізінде әдеби деректер ұсынылған. ЖЖБИ таралуының тәуекел факторлары және алдын алу шаралары келтірілген.

Түйін сөздер: жыныстық жолмен берілетін жұқпалы аурулар, жасөспірімдер, халықтың осал топтары, тәуекел факторлары, алдын-алу.

ANNOTATION

On the basis of literary data presented prevalence of STI at an adult population, teenagers and young people from vulnerable groups.Risk of distribution of STI, measure of prophylaxis factors over are brought.

Keywords: sexual transmitted infections, teenagers, vulnerable groups of population, risk factors, prophylactics.

ЧЕСОТКА

Джамбулова А.А., Оразымбетова Ж.А.

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

АННОТАЦИЯ

Заболеваемость чесоткой растет с каждым годом, по статистическим данным в Казахстане на конец 2017 года заболеваемость 4,1 случаев на 100 000 населения. Разнообразие клинических проявлений зависит от возраста, пола, защитных сил организма человека. Особенность жизненного цикла чесоточного клеща отражается на клинике заболевания, соответственно, принципы лечения основываются на этом.

Ключевые слова:чесоточный клещ, жизненный цикл, эпидермис, инкубационный период, клинические симптомы, папулезные высыпания, лечение.

Чесотка (scabies)- заразное паразитарное заболевание кожи, являющееся примером облигатного атропоноза с постоянным типом паразитизма, вызываемое антропофильным чесоточным клещом или зуднем, Acarussiro. Чесоточный клещ относится к типу членистоногих, классу паукообразных, отряду акариформных, надсемейству Sarcoptoidea. Именно этот паразит обозначается словом «клещ» в трудах Аристотеля и указывается в качестве причины чесотки [1].

Эпидемиология. Заболеваемость чесоткой в Казахстане в 2017 году составила 4,1 случаев на 100000 населения, согласно данным комитета по статистике.

За последние два десятилетия заболеваемость чесоткой увеличилась. Причин этому несколько: возросла миграция населения, повысилась восприимчивость к чесоточным клещам, возможно, из-за увеличения числа больных с иммуноде-фицитами. Не последнюю роль играют 15-30-летние ритмы солнечной активности. Максимум заболеваемости приходится на осенне-зимний период, которая связана с сезонной плодовитостью чесоточных клещей в период с сентября по декабрь.

Характеристика возбудителя.

Чесоточному клещу характерен половой диморфизм - отличие в морфологическом 180 строении самок и самцов. Основная функция самцов - оплодотворение, они вдвое меньше самок, размер которых 0,25-0,35 мм. Чесоточные клещи являются облигатными паразитами, большую часть жизни проводящими в коже хозяина, где самка откладывает яйца. Лишь на короткий период спаривания и расселения самки и самцы нового поколения выходят на поверхность кожного покрова.

Жизненный цикл чесоточного клеща делится на две части: кратковременную накожную и длительную внутрикожную, при этом последняя представлена двумя топически разобщенными периодами: репродуктивным и метаморфическим. Репродуктивный период осуществляется самкой в прогрызаемом ею чесоточном ходе, где она откладывает яйца. Вышедшие из яиц личинки попадают на поверхность кожи через отверстия, проделанные самкой над местом каждой кладки, расселяются на ней и внедряются в волосяные фолликулы и под чешуйки эпидермиса. Суточная плодовитость самки – 1-2 яйца, общая - до 50 яиц. Отмечается сезонная плодовитость чесоточных клещей [2].

Для чесоточных клещей характерен суточный ритм активности: днем самка находится в состоянии покоя, а вечером и в первую половину ночи она откладывает яйца, прокладывая ход в эпидермисе. Выявленный суточный ритм активности имеет большое практическое значение, так как он объясняет усиление зуда вечером, преобладание прямого пути заражения при контакте в постели в вечернее и ночное время, эффективность назначения противочесоточных препаратов на ночь. Это также можно связать с тем, что ночью человек во время сна укрывается, создавая комфортные температурные условия для жизнедеятельности клеща.

Вне хозяина чесоточный клещ недолговечен. Их жизнеспособность, инвазивность, репродуктивность зависят от температуры и влажности окружающей среды, причем дефицит влаги клещи переносят хуже, чем снижение или повышение температуры. Вне хозяина чесоточные клещи при благоприятных условиях (температура +15°C) могут жить от 1 до 15 суток. Они лучше сохраняются на шерсти, хлопчатобумажных тканях, в домовой пыли, обивке мебели, хуже на металле и пластике. При температуре ниже 0° С клещи погибают в течение нескольких минут. Кипячение белья и проглаживание его горячим утюгом приводит к быстрой гибели самих клещей, их яиц и личинок.

Чесотка относится к антропонозам, то есть переход непосредственно от боль-ного человека к здоровому. Различают прямой и непрямой пути заражения. При прямом пути заражения возбудитель переходит непосредственно от больного человека к здоровому в момент телесного соприкосновения (в 90% случаев при совместном пребывании в постели, значительно реже при уходе за

маленьким ребенком, массаже, рукопожатии). Непрямой путь - передача возбудителя через предметы личного пользования (мочалка, полотенце). Семейный очаг является ведущим в эпидемиологии чесотки, так как семья представляет наиболее контактную, многочисленную, длительно существующую форму объединения людей в обществе с возможной реализацией прямого пути передачи возбудителя в ночное время при тесном телесном контакте, чаще в постели, учитывая особенности суточного цикла клеща [3].

Патоморфология. Клещей, их яйца, продукты их жизнедеятельности обнаруживают в чесоточных ходах рогового слоя эпидермиса. На участках с тонкой кожей, например, на половом члене, клещи могу проникать в самую глубь эпидермиса, достигая, при этом, клеток мальпигиевого слоя и вызывать выраженную воспалительную реакцию.

Инкубационный период. Длится в зависимости от того, на каком этапе своей жизнедеятельности находится клещ. Может практически отсутствовать, если заражение произошло оплодотворенными самками. Если заражение произошло личинками, то инкубационный период длится в среднем от 1 до 6 недель. При реинфекции инкубационный период короче.

Клиника: Основной клинический симптом чесотки - зуд, который усиливается в ночное время. Это сопровождается наличием чесоточных ходов, полиморфизмом высыпаний, и характерная их локализация.

Клиническая картина.

Вся клиническая картина зависит напрямую от функциональной деятельности самого клеща, реакции человека на зуд, присоединения пиогенной флоры в связи с травматизацией кожных покровов при расчесывании, а также аллергической реакции организма навозбудитель и его продукты жизнедеятельности.

Клиническая картина зависит от формы заболевания. Выделяют следующие варианты:

- Типичная неосложненная чесотка;
- Чесотка, осложненная пиодермией
- Атипичные формы чесотки (чесотка чистоплотных людей, чесотка без ходов, узелковая скабиозная лимфоплазия кожи, норвежская чесотка).

Типичная неосложненная чесотка проявляется субъективными и объективными симптомами. Кобъективным относится сыпь, излюбленной локализацией которой являются участки кожи внизу живота, межъягодичная складка, внутренняя поверхность бедер, кожа мошонки и полового члена у мужчин, кожа вокруг сосков у женщин, разгибательные поверхности рук, ног, у детей межпальцевые складки, кожа ладоней и стоп (рис. 1).

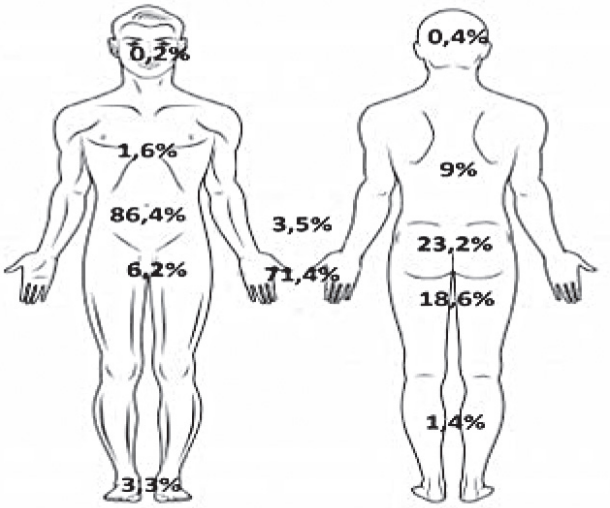


Рисунок 1 - Локализация сыпи

Первичными элементами являются мелкие папуллезные высыпания с маленьким пузырьком на поверхности с серозным содержимым (серопапула), затем после формируется эрозия, при иссыхании геморрагическая корка и линейные расчесы. Характерным для чесотки является парное расположение серопапул, это объясняется наличием входного и выходного отверстия, т.е. чесоточный клещ выбирается на поверхность кожи для дыхания.

Без чесоточного хода не может быть развитого процесса, так как именно там производится популяция возбудителя, созревание личинок, обсеменяющих больного и вызывающих появление других морфоло-

гических элементов, характерных для чесотки. Чесоточный ход имеет вид слегка возвышающейся над кожей линии белого или грязновато-серого цвета, прямые или изогнутые, длиной от 1 мм до нескольких сантиметров. Выходное отверстие выделяется на переднем конце в виде темной точки, просвечивающей сквозь роговой слой эпидермиса, в котором иногда имеется небольшой пузырь. Такие ходы расположены на кистях, запястьях, стопах и локтях. Иногда ходы пролегают в покрышках пузырей, пузырьков и пустул и их очень трудно обнаружить.

При чесотке могут обнаруживаться гнойные и кровянисто-гнойные корки в области разгибательной поверхности локтей (симптом Арди), точечные корочки на локтях (симптом Горчакова), чесоточные ходы в виде возвышения при их пальпации (симптом Сезари). Кровянистые корочки и гнойные высыпания в межъягодичной складке с переходом на крестец называют ромбом Михаэлиса (симптом «треугольника»).

Ладони и подошвы, лицо и волосистая часть головы у взрослых практически не поражаются.

Субъективно человек ощущает зуд кожи. При чесотке различают три степени интенсивности зуда. Зуд оценивают, как слабый в том случае, если больной акцентирует на этом внимание только после детального расспроса. Умеренным зуд будет, если пациент сам отмечает его наличие. И сильным оценивается зуд, который нарушает сон и человек не может уснуть.

Современные авторы подчеркивают, что одним из самых последних признаков изменения клиники современной чесотки является ослабление или даже исчезновение зуда кожи у довольно большой части больных.

Усиление зуда вечером и в ночное время объясняется наличием строгого суточного ритма чесоточного клеща. Днем самка находится в состоянии покоя, а вечером и в первую половину ночи она прогрызает одно или два яйцевых колена, где откладывает яйца, а вторую часть ночи самка активно грызет ход, активно питаясь. Суточный ритм соблюдается всеми самками синхронно. То есть причинами зуда являются сенсибилизация организма к клещу и продуктам его жизнедеятельности и раздражение нервных окончаний.

У детейчасто чесотка может осложняться аллергическим дерматитом. У детей дошкольного возраста локализация высыпаний в основном на нижних конечностях, в области промежности, мошонки, подмышечных ямок. Чесоточные ходы и узелково-пузырьковые высыпания могут обнаруживаться на ладонных и подошвенных поверхностях. У грудных детей заражение происходит от матери с локализацией сыпи в области ареол молочных желез, и первыми проявлениями заболевания нередко возникают в области щек, носогубного треугольника. У младенцев можно наблюдать высыпания в области затылка. Значительно чаще, чем у взрослых, чесотка у детей осложняется вторичной инфекцией.

Чесотка у лиц пожилого возраста также имеет свои особенности. Клиническая картина скудная, процесс склонен к хронизации. Высыпания могут быть в необычных местах - на лице, лысине, шее, груди, в межлопаточной области. Все это связано с возрастной атрофией кожи, поэтому среди элементов преобладают покрытые кровянистыми корочками папулы и бляшки буроватых и синюшных тонов.

Чесотка, осложненная пиодермией. Из-за сильного зуда и расчесов происходит инфицирование микробной флорой и появляются поверхностные гнойничково-воспалительные заболевания кожи. Локализация обычно на кистях, запястьях, стопах, нижней трети голеней. В области живота, груди при этой форме наблюдается множество фолликулитов.

Чесотка «чистоплотных людей» редко встречается, но возникает у людей, которые чрезмерно часто моются и меняют белье. От типичной чесотки отличается мало.

Чесотка без ходов также редко встречающаяся форма, и обычно у людей, контактировавших с больным в очаге.

Узловатая чесотка отличается зудящими узелками, которые остаются на месте чесоточных высыпаний после полноценного лечения. Все это сопровождается мучительным зудом иммуноаллергического генеза, сохраняющимся в течение 1-6 месяцев.

Норвежская чесотка -тяжелейшая из всех форм. Возникает при первичных и вторичных иммунодефицитах, при нарушениях периферической чувствительности (паралич, сирингомиелия, лепра), конституциональных аномалиях ороговения. Основной контингент - пациенты с астенией, синдромом Дауна, психохроники.Для норвежской чесотки характерно наличие массивных корок, чесоточных ходов, обильных полиморфных высыпаний, эритродермией. Под корками находятся обширные мокнущие эрозивные поверхности, осложняющиеся пиодермией. При этом у многих пациентов зуд отсутствует, развивается ладонно-подошвенный гиперкератоз. Могут поражаться лицо, волосистая часть головы и ногти.

Псевдочесотка вызывается подкожными клещами животных (собак, свиней, лошадей), то при контакте с больным животным. Локализация высыпаний будет в месте контакта с больным животным. Инкубационный период как правило короткий, чесоточных ходов нет. От человека к человеку данная форма чесотки не передается, по этой причине лечить контактных лиц нет необходимости [4].

Диагностика чесотки.

Диагноз утверждается на основании клинических, эпидемиологических и лабораторных данных.

Чесотку можно заподозрить при жалобах пациента на зуд, особенно в вечернее и ночное время суток, при наличии чесоточных ходов, парном расположении папулезных и папулезно-везикулезных элементов. У чрезмерно чистоплотных людей проявления чесотки могут быть ограничены наличием нескольких парных точечных элементов и зудом. Для более точной диагностики, чтобы выявить чесоточные ходы в области запястья и межпальцевых складов подозрительные высыпаний смазывают 1% растворами спиртовых анилиновых красителей, например бриллиантовым зеленым или 5% настойкой йода. Излишки краски необходимо удалить ватным тампоном, смоченным в спирте, и тогда чесоточный ход визуализируется в виде темной линии.

Важное диагностическое значение имеет обнаружение клиники чесотки у контактных лиц. Очаги могут быть в семьях или в организованных коллективах (дошкольные, школьные учреждения, интернаты и т.д.)

Лабораторным методом диагностики является обнаружение самки клеща, ее фрагментов, яиц, личинок, нимф, продуктов жизнедеятельности в препарате, приготовленном методом соскоба.

Разработан новый метод лабораторной экспресс-диагностики чесотки с использованием молочной кислоты. Каплю 40% молочной кислоты наносят на чесоточный элемент и через 5 мин разрыхленный эпидермис соскабливают острой глазной ложечкой до появления капиллярного кровотечения в пределах здоровой кожи. Полученный материал наносят на предметное стекло в каплю молочной кислоты, накрывают покровным стеклом и сразу же исследуют под малым увеличением микроскопа [5].

Но результат может быть положительным лишь в 60-65% случаях, и установление диагноза может быть без лабораторной верификации.

Лечение.

Принципы лечения больных чесоткой общие и одинаковые вне зависимости от выбранного препарата:

- Одновременное лечение всех больных и профилактическое лечение здоровых лиц, осматривают контактировавших с больным человеком, а также находившихся в одном очаге во избежание рецидива.
- При лечении детей до трех лет втирание или нанесение аэрозольных противочесоточных препаратов проводится по всему кожному покрову.
- Больному нужно самостоятельно втирать руками препараты, а не смазывать. После мытья рук, необходимо их повторно обработать.

• Время проведения лечебных мероприятий вечернее (после 18-19 ч), т.к. в это время возбудитель начинает активную жизнедеятельность. Перед нанесением препаратов на пораженные участки кожи, нужно принять душ с использованием жесткой мочалки. Это делается для того, чтобы разрыхлить роговой слой эпидермиса. После мытья мочалку и использованное полотенце нужно подвергнуть кипячению.

• В отношении беременных противочесоточные препараты применяются только тогда, когда риски последствий заболевания выше, чем риск от применения препаратов.

• Если женщина кормит грудью, то на время лечения рекомендуется прервать грудное вскармливание.

• Смена нательного и постельного белья проводится в первый день начала лечения после применения препарата и после окончания всего курса лечения

• Обязательным пунктом в лечении чесотки является дезинфекция постельного белья и одежды путем кипячения 5-10 минут с любым стиральным порошком или в 1-2% содовом растворе при температуре не менее 55 градусов по Цельсию. После этого необходимо прогладить утюгом, особенно в трудно доступных местах и складках. Если нет возможности провести термообработку верхней одежды, то нужно изолировать ее от чистой и не носить больше 3 дней. За это время чесоточный клещ погибает. Детские игрушки также временно изымают на такой же срок.

• Если после лечения сохраняется зуд, то нужно объяснить пациенту, что он носит аллергический характер и продолжения специфического лечения не требуется. Здесь имеет место назначение антигистаминных препаратов и наружной терапии кремами или мазями.

• Лечение синдрома Арди-Гарчиковского, то есть при присоединении пиогенной микрофлоры, назначают антибактериальные препараты одновременно с лечением чесотки. Препараты группы антибиотиков назначаются исходя из чувствительности возбудителя, и строго индивидуально. Возможно назначение антибиотиков широкого спектра.

• Лечение пациентов амбулаторное. Стационарное лечение показано только по клиническим и эпидемиологическим показаниям, таким, как наличие осложнений, отсутствие возможностей изоляции, асоциальные лица. При выявлении чесотки в стационаре соматического профиля лечение проводится на месте, совместно с врачами дерматологами и кожно-венерологическим учреждением [6].

Основными средствами для лечения чесотки являются: серная мазь 33%, бензилбензоат (20% эмульсия), аэрозоль «Спрегаль, который содержит эсдепаллетрин и пиперонила бутоксид, а также методика лечения Демьяновича (1 и 2 раствор).

1. Серная мазь 33% назначается вечером в течение 7 дней с последующей сменой нательного и постельного белья.

2. Обработка эмульсией 20% бензилбензоата проводится один раз в два дня двукратно со сменой нательного и постельного белья.

3. Лечение «Спрегалем» начинают вечером, чтобы препарат действовал в течение всей ночи. После нанесения нельзя мыться. Препарат наносят аэрозольным методом путем распыления его содержимого на тело на расстоянии 20-30 см от поверхности кожи (кроме лица и головы). Особенно тщательно препарат нужно наносить между пальцами рук и ног, в области подмышек, промежности, на все сгибы и пораженные участки. Время экспозиции 12 часов, после чего нужно тщательно вымыться с мылом и вытереться. В литературе рекомендуется однократное применение, однако нужно иметь ввиду, что даже в случае эффективности проведенного лечения зуд и другие симптомы могут сохраняться в течение 8-10 дней. Поэтому возможно повторное назначение «Спрегаля» через 12 часов.

Для лечения детей и новорожденных во время распыления нужно закрыть глаза, нос и рот салфеткой во избежание вдыхания препарата или попадания его на слизистые оболочки. Если есть расчесы на лице, то их

обрабатывают ватным тампоном, смоченным спрегалем. Этот же метод используется при наличии у пациента сопутствующей патологии бронхолегочной системы (бронхиальная астма, обструктивный бронхит).

Во избежание вторичного заражения возможна обработка «Спрегалем» постели и одежды.

Существует также метод лечения Демьяновича. В его основе лежит акарицидное действие серы и сероводорода, которые выделяются при взаимодействии тиосульфата натрия и соляной кислоты.

Лечение по методу Демьяновича проводится 60%-ным раствором тиосульфата натрия (раствор №1) и 6%-ным раствором концентрированной раствором разбавленной соляной (хлористоводородной) кислоты (раствор №2). Вначале дважды в течение 10 мин. втирают в каждый пораженный участок кожи раствор №1. Раствор тиосульфата натрия наливают в ванночку и втирают в кожу ватным тампоном, смачивая ее раствором, после чего надо вымыть руки. Начиная от центра к периферии, не возвращаясь повторно к тому же месту. Между первым и вторым растворами интервал 10 минут, затем раствор №2. Раствор соляной кислоты наливают в посуду непосредственно из бутылки, смачивают тампоном по тому же принципу. Данный метод обработки длится 5 дней. После окончания лечения полная смена чистого нательного белья и меняют постельное. На следующий день лечение повторяют [7].

Эффективность лечения оценивается через 2 недели после лечения. При осложненных формах это время индивидуально для каждого пациента.

Данное заболевание не склонно к рецидивному течению, но могут быть неудачи в лечении при:

- несоблюдении схем лечения, методики обработки;
- реинфицировании от нелеченых лиц в очаге или вне его;
- отсутствии или неправильной дезинфекции белья, одежды и окружающих предметов.

Список использованной литературы

1.Соколова Т.В., Федоровская Р.Ф., Ланге А.Г. Чесотка.-М.,1989.

2.Соколова Т.В. // Врач.-2006.-С. 69-72.

3.Соколова Т.В., Федоровская Р.Ф., Ланге А.Б. Чесотка.-М.,1988.-С. 4-18.

4.Скрипкин Ю.К. Кожные и венерические болезни: Руководство для врачей.-М., 1999.-Т. 1.-С. 426-236.

5.Кудрина М.И. Клинические разновидности чесотки // Российский журнал кожных и венерических болезней.-2004.-№2.-С 27-29.

6.Скрипкин Ю.К., Кубанова А.А., Акимов В.Г.-2011.

7.Навроцкий А.Л. Клинико-эпидемиологические особенности и современные подходы к терапии чесотки // Актуальные вопросы дерматологии, венерологии и дерматокосметологии: материалы V съезда дерматологов и венерологов Республики Беларусь.-Минск, 2006.-С. 90-94.

8.Демьянович М.П. Чесотка.-М.: Медицина,1947.

АННОТАЦИЯ

Қотыр ауыру жыл сайын өсіп келеді, Қазақстандағы статистикаға сәйкес, 2017 жылдың соңында 100000 тұрғынға шаққанда 4,1 жағдай тіркелді. Әр түрлі клиникалық көріністер адамның жасына, жынысына, қорғаныс күштеріне байланысты. Қышыма кенесінің өмірлік циклінің ерекшелігі аурудың клиникасында көрінеді, сәйкесінше емдеу принциптері осыған негізделген.

Түйінді сөздер: қышыма кенелері, өмірлік цикл, эпидермис, инкубация кезеңі, клиникалық белгілері, папулярлы бөртпелер, емдеу.

ANNOTATION

The incidence of scabies is growing every year, according to statistics in Kazakhstan at the end of 2017, the incidence of 4.1 cases per 100,000 population. A variety of clinical manifestations depends on the age, gender, protective forces of the human body. The peculiarity of the life cycle of the itch mite is reflected in the clinic of the disease, respectively, the treatment principles are based on this.

Key words: scabies mite, life cycle, epidermis, incubation period, clinical symptoms, papular rashes, treatment.

УДК 616.5-004.1-07:577.212.3

ПРИМЕНЕНИЕ ИННОВАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ: ГЕННО-ИНЖЕНЕРНЫХ ПРЕПАРАТОВ У ПАЦИЕНТОВ С СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ С ПОРАЖЕНИЕМ КОЖИ

Ш.М. Кайыргали,[1] М.Д.Бримжанова[2], Ж.Н. Садыкбекова[1]

[1]Городской ревматологический центр, г.Алматы
РЕСПУБЛИКА КАЗАХСТАН
[2]Казахский Национальный Университет имени Аль-Фараби, г.Алматы
РЕСПУБЛИКА КАЗАХСТАН

В исследовании показана эффективность применения препарата тоцилизумаб у пациентов с системной склеродермией (ССД). После проведения первого курса терапии наблюдается регрессия клинических симптомов заболевания (слабость, боли и припухлость в суставах, уменьшение признаков синдрома Рейно, дисфония, нормализация кожных покровов, диффузный цианоз).

Ключевые слова: системная склеродермия, генно-инженерные препараты, дерматология, ревматология.

Системная склеродермия от греч. sclerosis - затвердение, уплотнение и derma - кожа. Системная склеродермия (ССД) - заболевание из группы диффузных болезней соединительной ткани, которое характеризуется прогрессирующим фиброзом кожи, внутренних органов (сердца, легких, желудочно-кишечного тракта, почек), распространенными сосудистыми нарушениями и иммунологическими сдвигами. Это заболевание находится в центре внимания всех ревматологов и дерматологов земного шара. Такое трепетное отношение к ССД связано с большим медицинским и социальным значением этой болезни. Распространённость системной склеродермии (ССД) по данным

разных исследований колеблется от 19 до 75 случаев на 100 000 человек. Пик заболеваемости приходится на 3-6-ю декаду жизни. Трудно переоценить колоссальный ущерб, наносимый этим заболеванием обществу за счет ранней инвалидизации и смертности пациентов, которая при отсутствии своевременно начатой преждевременной терапии может наступать впервые 5-10 лет от дебюта болезни. «Дерматологический» этап изучения склеродермии - как заболевания кожи - закончился только в 40-х годах XX в., когда американский патолог Пауль Клемперер с сотрудниками (1941-1942) сформулировали концепцию о коллагеновых болезнях. Для оценки выраженности кожных изменений (индурации) при ССД применяется модифицированный кожный счет G.P. Rodnan. Степень уплотнения кожи определяют пальпаторно, собирая кожу в складку в 17 анатомических участках (лицо, грудь, живот и симметричные отделы конечностей). Градацию проводят в баллах: 0 - отсутствие изменений, 1 - незначительная плотность кожи (собирается в складку), 2 - плотность кожи умеренная (собирается в складку с трудом), 3 - выраженная (доскообразная) плотность кожи.

Сумму баллов используют для характеристики поражения кожи, в том числе при оценке динамики на фоне лечения. Характерным проявлением ССД служит кальциноз мягких тканей (синдром Тибьер-жа-Вейссенбаха). Кальцинаты располагаются периартикулярно и в области пальцев рук, иногда при поверхностном расположении они могут вскрываться с выделением крошковатой массы.

Быстрое развитие инновационных технологий за последнее десятилетие позволило создать новый тип генно инженерных лекарственных препаратов, представляющее собой моноклональные антитела с разнонаправленными точками приложения, в том числе к провоспалительным цитокинам (ФНО альфа, интерлейкин (IL) -1, IL-6, IL - 17 и др). На сегодняшний день данные применения биологических агентов в практическом здравоохранений и результаты клинических исследований свидетельствуют о том, что препараты уменьшают активность, снижают лекарственную нагрузку и повышают качество жизни пациентов. Биологические агенты, как правило, следует назначать при заболеваниях с высокой активностью процесса, после того, как не было получено желаемого результата от назначения эффективных «базисных» препаратов. При обзоре мировой медицинской литературы эффективным генно-инженерным препаратом у пациентов с ССД является тоцилизумаб - антитело к рецепторам IL6.

Наш клинический случай применения тоцилизумаб у пациентки с ССД. Пациентка А, 24 года, казашка находилась под наблюдением сотрудников КазНМУ кафедры ОВП № 1 и врачей Городского ревматологического центра (ГРЦ) в течении 10 мес. С клиническим диагнозом системной склеродермии.

На начало наблюдения предъявляла следующие жалобы: появление одышки и учащение сердцебиения при незначительной физической нагрузке, потерю веса (за последние 2 года похудела на 20 кг), обильное выпадение волос, головные боли, беспокойный сон, снижение памяти, зябкость кистей, посинение пальцев рук на холоде, *появление рубчиков по всему телу, сухость кожи, «стягивание губ»*, ноющие боли в суставах, усиление мышечной слабости, осиплость голоса, сухость во рту, снижение аппетита, затруднение глотания твердой пищи.

Из анамнеза заболевания: Впервые диагноз системная склеродермия выставлен ревматологами в 2011 г. Проводилась антифиброзная терапия, на которую пациентка дала аллергическую реакцию, после чего препарат был отменен. В 2013г пациентка родила. До осени 2014 г. принимала малые дозы ГКС, сосудистые препараты, состояние было относительно удовлетворительным. Прогрессирование заболевания отмечает с сентября 2014 г., в виде усиления синдрома Рейно, кожных проявлений,усиления болей в суставах, стала постепенно худеть. В январе 2015 г. получила стацио-

нарное лечение в ГРЦ, тогда же осмотрена профессором Исаевой Б.Г., рекомендован циклофосфан 800мг ежемесячно, в сочетании с малыми дозами ГКС, данную терапию принимала в течении 8-ми месяцев. Особого эффекта от терапии не отмечает. В сентябре 2015 года в связи с усилением одышки, прогрессированием кожного синдрома, усилением синдрома Рейно, выраженного снижения веса, и отсутствием хорошего ответа на проводимую базисную терапию, пациентка была госпитализирована в первое отделение ГРЦ.

Объективные данные: Состояние ближе к тяжелому. Рост 155см.Вес 32 кг .ИМТ 13,3 кг/м2. Сознание ясное. Положение ортопное. Голос осиплый. Кожные покровы: сухие, диффузный цианоз, множественные келлоидные рубцы по всему телу, гипер- и депигментированные пятна по всему телу, кожные покровы уплотнены, невозможно собрать в складку. Амимия лица. Выраженные признаки синдрома Рейно с дегитальными рубчиками.Периферических отеков нет. Костно-суставная система: отмечается тугоподвижность кистей, локтевых суставов. Миалгии, снижена сила верхних и нижних конечностей до трех баллов. Дыхание свободное. Грудная клетка обычной формы. Перкуторно - легочный звук по всем полям. Аускультативно: дыхание жёсткое. Отмечается крепитация. ЧДД -20 в минуту. Тоны сердца приглушены. Ритм правильный, ЧСС 102 уд. в мин., пульс 102 уд. в мин., АД 90/70 мм.рт.ст. Язык сухой, обложен белым налётом. Живот мягкий, безболезненный. Печень: у края реберной дуги, безболезненна. По Курлову 9-9-7 см. Симптомы раздражения брюшины отрицательные, стул регулярный, склонен к запорам. Симптом поколачивания положительный слева. Мочеиспускание свободное безболезненное.

Результаты лабораторно-инструментальных обследований:

ОАК 23.09.2015г.: Гемоглобин 151 г/л, тромбоциты 196 *10 /л, лейкоциты 6,7 * 10 /л , СОЭ – 5мм /час.

ИФА, ANA Ig G - 0,606/3.282(положительно), Антитела к Scl-70 -60 ед. (положительно), AT ds DNK – 19ЕД –отрицательно, АНСА отрицательно, anti Jo-1-отрицательно. Анализы на АФС – отрицательные.

Биохимические анализы: отмечается повышение ЛДГ 754ЕД , КФК 897ЕД.

ОАМ: в пределах нормы.

Эхо КГ от 21.09.2015г. полости сердца не расширены, миокард не утолщён. Незначительна митральная, трикуспидальная регургитация глобальная сократимость миокарда в пределах нормы, утолщение стенок аортального клапана.

УЗИ ОБП от 21.09.2015г. диффузные изменения паренхимы печени и поджелудочной железы.

УЗИ плевральных полостей от 21.09.2015 г. - без структурных изменений.

ЭКГ от 23.09.2015 г. отклонение ЭОС вправо, синусовая тахикардия, ЧСС - 125 уд.в минуту. Перегрузка правого предсердия.

Рентгенография грудной клетки от 17.09.2015 г. - хронический бронхит, умеренно выраженный пневмофиброз.Проведен консилиум с участием зав. кафедрой АПТ КазНМУ им.С.Д.Асфендиярова д.м.н., профессора Исаевой Б.Г., Зам директора по лечебной работе ГРЦ Есиркеповой Г.С. учитывая отсутствие эффекта от терапии циклофосфаном ежемесячно по 800мг., наличием стойкого прогрессирования основного заболеванияpешено подключить следующий этап терапии ГИБП: тоцилизумаб по 8 мг/кг массы тела. Также назначен метипред из расчета 1 мг/кг массы тела. После первой инфузии тоцилизумаба уменьшилась слабость, одышка, боли в суставах, купирована тахикардия, появился аппетит.

Клинико-лабораторные данные в динамике: На июнь 2016 года. Пациентка чувствует себя удовлетворительно. Принимает метипред 8 мг.

В ОАК (15.06.2016 г.) Лейкоциты 3.2 *10^9/л, Гемоглобин 118г/л, СОЭ 10 мм / час.

В БАК (15.06.2016 г.) о.белок 62,7г/л, креатинин 36 мкмоль/л, мочевина 4,5 ммоль

/л. АЛТ 0.85 мккат /л, о.билирубин 11,2. мкмоль /л, тимоловая проба 5,8 Ед.
В ОАМ (15.06.2016 г.) белок – отр., уд .вес 1015.

После применения первого курса тоцилизумаб значительно уменьшилась слабость, регрессировали боли и припухлость в суставах, уменьшились признаки синдрома Рейно, дисфония, кожные покровы стали более мягкими, приобрели розоватый оттенок, регрессировал диффузный цианоз. За 3 месяца пациентка добавила в весе 6 кг.

Заключение: Лечение ССД остаётся достаточно трудной задачей в связи с ранним развитием фиброза и прогрессирующим характером заболевания. Прогноз ССД считается неблагоприятным, и зависит от раннего начала активного лечения заболевания. Учитывая результаты применения антитела к рецепторам IL 6 у нашей пациентки можно с уверенностью сказать, что тоцилизумаб можно применять пациентам с системной склеродермией.

Список литературы

1.Мареева Е.Б.,Шкребец С.В. Глубокая склеродермия //Российский журнал кожных и венерических болезней.-2002.-№4.

АННОТАЦИЯ

Зерттеуде жүйелі склеродерма (ЖС) бар науқастарда тоцилизумаб препараттың тиімділігі берілді. Емдеудің бірінші курсынан кейін аурудың клиникалық симптомдарының регрессиясы көрсетілді (буындардағы әлсіздік, ауырсыну және ісіну, Рейно синдромының симптомдарын төмендеу, дисфония, терінің қалыпқа келуі, диффузиялық цианоз).

Түйінді сөздер: жүйелі склеродерма, гендік-инженерлік препараттар, дерматоло-гия, ревматология.

ANNOTATION

The study showed the effectiveness of the drug tocilizumab in patients with systemic scleroderma (SSD).

After the first course of treatment, there is a regression of the clinical symptoms of the disease (weakness, pain and swelling in the joints, reduction of Raynaud syndrome symptoms, dysphonia, normalization of the skin, diffuse cyanosis).

Key words: systemic scleroderma, genetically engineered drugs, dermatology, rheumatology.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЛИМФОМЫ КОЖИ. СЛОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ

СатвалдиноваА.И.

Медицинский центр «Сункар», г. Алматы
РЕСПУБЛИКА КАЗАХСТАН

Автором приведен гистологически доказанный случай лимфомы кожи с дерматологическими проявлениями в дебюте заболевания.

Ключевые слова: лимфомы, лимфоузлы, генерализованный кожный зуд, паранеопластические процессы, иммуногистохимия.

Лимфомы кожи представляют собой частный случай лимфом, как системного опухолевого процесса в лимфоидной ткани. В настоящее время понятие «лимфомы кожи» объединяет клинически и морфологически неоднородную группу заболеваний, в основе которых лежит первично возникающая в коже злокачественная пролиферация лимфоцитов и их производных – плазматических клеток. Первые клинические проявления лимфом кожи могут отражать любую стадию опухолевой прогрессии.

Лимфоциты в коже по фенотипу распределяются одинаково у здоровых людей и у больных лимфомами кожи. В эпидермисе и всосочковом слое дермы обнаруживают преимущественно Т-лимфоциты а в средних и глубоких слоях дермы - В-лимфоциты. Профессор О.Л. Иванов констатирует что Т-клеточные лимфомы занимают в основном верхние слои дермы а В-лимфопролиферативные процессы возникают в глубоких слоях дермы и не носят эпидермотропный характер.

Этиологию лимфом кожи нельзя считать до конца разрешенной. Дискутируется несколько этиопатогенетических теорий лимфом кожи:

- теория иммунного онкогенеза, основу которой составляют нарушения в иммунной системе кожи;
- опухолевая теория, основанная на нестабильности генетического аппарата клеток или его мутациях;
- теория о последующей малигнизации реактивного процесса, вследствие постоянной антигенной стимуляции кожи различными факторами внешней и внутренней среды.

Сегодня уже имеется достаточно оснований считать ретровирусы причиной развития Т-лимфом кожи. Развитие грибовидного микоза связывают с ретровирусом С, который обнаруживают у больных в коже клетках Лангерганса и в периферической крови. Вместе с тем, у больных грибовидным микозом находили и антитела к лимфотропному вирусу человека I типа.

Для дерматологов данная группа заболеваний является примечательной, вследствие частого наличия генерализованного кожного зуда у пациентов, неспецифических высыпаний, ксероза кожи.

Далее хотелось бы привести клинический пример наблюдения из практики.

Больной Н., 58 лет обращается в МЦ «Сункар» с жалобами на высыпания на коже, кожный зуд, увеличение лимфоузлов в области шеи. Из анамнеза заболевания: около 2-х лет назад пациент стал замечать выраженную сухость кожи, шелушение, появление поверхностных трещин на ладонях и стопах, временами беспокоил зуд. Обращался к дерматологу по месту жительства, получал лечение по поводу атопического дерматита. Через некоторое время заметил появление небольшого подвижного подкожного узелка на правом предплечье

В течение последних 6-7 месяцев перед обращением пациент стал замечать

появление розоватого цвета бляшек и узелков на коже, слабость, недомогание, повышением температуры тела до 37-37,5^{o}по вечерам, порой озноб и потливость; зуд стал более интенсивным, пациент похудел на 15 кг.

При прохождении обследования было сделано гистологическое исследование биоптата одного из очагов на коже, в заключении вероятность Т-клеточной лимфомы кожи была исключена. Спустя некоторое время пациент был консультирован профессором, повторно поставлен диагноз лимфомы кожи, назначено сочетание преднизолона и метотрексата, также пациент был направлен на дообследование и лечение в КазНИИ онкологии и радиологии. Была проведена повторная биопсия и иммуногистохимическое исследование. Заключение ИГХ: морфологическая картина и иммунофенотип гранулематозного воспаления кожи и подкожной клетчатки. С учетом клинической и морфологической картины необходимо исключить туберкулоидную форму лепры. Данная интерпретация лабораторного заключения была дана пациенту после консилиума докторов, совместно с патоморфологами института. Со всеми имеющимися лабораторными исследованиями и заключениями, с нижеперечисленными жалобами и клинической картиной пациент обратился в частный мед.центр к врачу дерматологу.

При объективном осмотре: значительное увеличение поднижнечелюстных, заушных, передних и задних шейных лимфоузлов, увеличение над- и подключичных, подмышечных, паховых лимфоузлов, лимфоузлы плотно-эластичной консистенции, малоболезненны, подвижны. Отмечается выраженный генерализованный ксероз кожи с ее инфильтрацией, шелушением, на фоне визуализируются рассеянные ярко-розовые и багровые опухолевидные бляшки и узелки, округлых, овальных очертаний, без признаков распада. Ногтевые пластинки кистей «полированные».

Субъективно: мучительный кожный зуд.

В результате осмотра пациента, анализа жалоб клинически был выставлен диагноз ТКЛК, также были приглашены сотрудники лепрозория (г. Кызылорда)для исключения лепрозного процесса. В ходе специфического обследования диагноз лепры был исключен. Пациент был направлен в НИИ онкологии РФ (г. Москва), где пациенту было повторно проведено иммуногистохимическое исследование биоптата и выставлен клинический диагноз Т-клеточной лимфомы кожи, бляшечная стадия. Пациент получает курсы полихимиотерапии в отделение онкогематологии в КазНИИ онкологии и радиологии РК.

Также данный случай примечателен тем, что супруга пациента состоит на диспансерном учете у онколога с диагнозом лимфома Ходжкина (лимфогранулематоз), на момент осмотра она получала поддерживающую дозу преднизолона 10 мг суточно. Данное совпадение может быть связано с вирусной теорией возникновения лимфопролиферативных заболеваний.

В заключении хотелось бы напомнить коллегам о возможности вторичных кожных проявлений паранеопластических процессов, которые на сегодняшний день встречаются все чаще.

АННОТАЦИЯ

Мақалада автор гистологиялық түрде дәлелденген, басында дерматологиялық симптомдармен басталған тери лимфомасының клиникалық уақиғасын суреттеді.

Түйінді сөздер: лимфомалар, лимфа түйіндері, жалпыланған тері қышыну, паранеопластикалық процестер, иммуногистохимия.

ANNOTATION

Author has shown a histologically confirmed clinical case of T-cell cutaneus lymphoma with dermatological symptoms at the beginning of disease.

Key words: lymphomas, lymph nodes, generalized pruritus, paraneoplastic processes, immunohistochemistry.

ЗНАЧЕНИЕ ТОПОГРАФИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ ПЕРИОРБИТАЛЬНОЙ ЗОНЫ В ДЕРМАТОКОСМЕТОЛОГИИ

Суханбердиева З.М.

Научно-исследовательский кожно-венерологический институтг.Алматы,
РЕСПУБЛИКА КАЗАХСТАН

В классической анатомии лица отсутствует понятие периорбитальной области, в то же время в дерматологии имеется понятие «периорбитальный дерматит», а в косметологии под этим термином часто понимают так называемую «область вокруг глаз». В периорбитальную область входят комплекс мягких тканей, окружающих глазницу и имеющих связь с ее костными границами, сосудисто-нервные пучки, обеспечивающие кровоснабжение и иннервацию мягких тканей. Костными ориентирами для периорбитальной области являются: надбровная дуга и надпереносье сверху, медиально (внутренняя граница) - переносье и крылья носа, латерально (наружная граница) –

наружный край лобно-скулового сочленения и скуловой кости. Кожа периорбитальной зоны имеет свои особенности: очень тонкая кожа, практически лишенная подкожно-жировой клетчатки, нежная, подвижная во всех участках, кроме кожи бровей. Синеватый оттенок в этой зоне обусловлен просвечиванием сквозь тонкую кожу круговой мышцы глаза и венозных коллекторов, расположенных в этой зоне. Круговая мышца глаза представлена тонкой пластиной и частично прикрывает область щеки и скуловой кости, фиксируется в медиальной части орбиты к верхнечелюстному отростку лобной кости и лобному отростку верхней челюсти, к связке внутреннего угла глаза. Эта мышца состоит из 2 частей – пальпебральную и орбитальную. Пальпебральная часть покрывает хрящевые пластинки, расположенные у медиального и латерального кантуса. Верхняя хрящевая пластинка и кожа верхнего века формирует с возрастом супраорбитальную складку. Таким образом, с помощью хрящевых пластинок образуется орбитальная септа, которая отделяет содержимое глазницы. На границе пресептальной и орбитальной части в круговую мышцу глаза вплетается орбитальная связка (orbicularis retaining ligamentum), которая фиксируется к кости на 4-6 мм кнаружи от нижнего края орбиты и образует пальпебро малярную (ПМБ) и слезную (СБ) борозды, расположенные над верхним краем малярного жирового компартмента. Между орбитальной частью круговой мышцы глаза и передней поверхностью нижнего края орбиты находится суборбикулярная жировая клетчатка (SubOrbital Orbicular Fat) – единственно безопасный уровень введения филлеров при коррекции ПМБ. Провисание подмышечной жировой ткани усугубляет проявления депрессии в инфраорбитальной области. Кровоснабжение периорбитальной зоны и орбиты осуществляется ветвями угловой, над- и подглазничной, надблоковой артериями, поперечной артерией лица и поверхностной височной артерией. Венозный отток происходит через угловую в лицевую вену, а также по системе глазной вены.

Возрастные изменения периорбитальной зоны.

К возрастным изменениям этой зоны относятся: атрофия костных структур орбиты, перераспределение жировой клетчатки (смещение SOOF и его провисание), перемещение орбитальной связки с горизонтального положения в вертикальное, и как следствие изменение размера глазницы и её скелетизации или обнажение, снижении разделения веко-щека и формировании ПМБ, СБ и носогубной складки. Наличие ПМБ и СБ, а также тёмных кругов под глазами дисгармонизируют лицо молодых пациентов, придавая «усталый» вид и усугубляют картину инволютивных изменений у представителей возрастной категории. В связи с чем, малоинвазивные методики омоложения периорбитальной области, путём введения филлеров на основе гиалуроновой кислоты, стают всё более востребованными. В тоже время достаточно значимая частота постпроцедурных осложнений и наличие так называемых «опасных зон» заставляет специалистов сокращать или вовсе избегать вмешательства в эту зону. Проведения процедуры инъекционной коррекции ПМБ и СБ с помощью атравматичной тупоконечной канюли значительно снижает риск нежелательных явлений.

Опасные зоны при проведении инъекционной коррекции периорбитальной зоны.

Сложность послойного строения периорбитальной области обусловлена формированием ее из нескольких топографо-анатомических областей с различной структурой: скуловой, щечной, глазничной. Тщательное изучение кадаверного материала позволило выявить некоторые закономерности в совокупном рассмотрении указанных топографо-анатомических зон, а следовательно, и периорбитальной области. С учетом перечисленных особенностей анатомии существуют следующие опасные зоны периорбитальной области:

- Область медиального угла глаза – место прохождения a. Et v.angularis;
- Медиальный отрезок слезной борозды – на протяжении 1см от внутреннего кантуса;
- Место выхода надглазничного сосудисто-нервного пучка - по среднезрачковой линии на уровне брови;
- Место выхода подглазничного сосудисто-нервного пучка - 0,8 -1см ниже костного края орбиты, на уровне медиального края радужной оболочки;
- Область проекции выхода скулолицевого нерва - 5-7мм латеральнее нижненаружного края орбиты.

Глубокое знание топографии поверхностных структур лица позволяет понять механизмы образования морщин, птоза мягких тканей и других внешних признаков старения лица, и в соответствии с выявленными изменениями у конкретного пациента облегчает выбор оптимальных манипуляций. Более того, некоторые поверхностные структуры (в особенности соединительно тканые септы) служат ориентирами для лежащих глубже сосудисто-нервных пучков, которые формируют «опасные» зоны периорбитальной области. Степень эффекта коррекции зависит не только от правильности техники исполнения и выбора препарата, но и от тщательного анализа как эстетических показаний, так и противопоказаний у пациентов. К эстетическим противопоказаниям при коррекции ПМБ, СБ и тёмных кругов под глазами являются наличие диспигментация кожи под глазами, большие малярные грыжи век, значительно выраженный нижний дермохалязис, лимфостаз, несостоятельность связочного аппарата нижнего века и перерастяжение круговой мышцы глаза. Также надо помнить о том, что значительная разница тонуса кожи нижнего века и щеки, а также истончение кожного покрова под глазами с просвечиванием круговой мышцы глаза требуют предыдущей косметической коррекции с помощью химических пилингов и ревиталиации. У пациентов с круглой по форме орбитой, а также с выступающим нижним краем глазницы очень тяжело достичь желаемых эстетических результатов при коррекции ПМБ и СБ.

Именно глаза обычно связывают с человеческой душой. Почему так? Возможно, из-за того, что они не могут лгать. Взглядом можно передать как негативные, так и положительные эмоции. Глаза могут «улыбаться» или «светиться». Это то, на что мы в большинстве случаев обращаем особое внимание, как и на кожу вокруг глаз. Эта область предательски выдает первые признаки старения. Тщательный отбор пациентов с учётом эстетических противопоказаний, в сочетании с правильно подобранной тактикой инъекционной коррекции делает результаты процедур максимально удовлетворительными.

ДВОЙНОЙ ЭФФЕКТ ЛИПОФИЛИНГА

Маркабаева А.А.

Клиника лазерной медицины «Дарус», г.Алматы
РЕСПУБЛИКА КАЗАХСТАН

Проведено ретроспективное исследование эффекта липофилинга у 10 женщин старше 18 лет, обратившихся в дерматологическую клинику в период с 2017-2018 гг. Полученные результаты были обусловленыизменениями эластичности кожи, объемными изменениями в нескольких участках лица, регенерацией рубцов и эстетической удовлетворенностью.

Ключевые слова: липофилинг, ауто жир, эстетическая процедура, локализация, омоложение кожи, оценка выживаемости, трансплантант, отсроченные результаты.

История попыток введения трансплантата реципиенту берет начало в 19 веке. В 1899 Gersuny вводил пациентам парафин для камуфляжа удаленных яичек. Позже он описал эту технику, а также начал работу над использованием парафина в лицо, с целью устранения различных лицевых дефектов. Однако, использование парафина вследствии большого количества осложнений, связанных с его отторжением, не получило широкого распространения и пластические хирурги продолжали использовать инъекции различных веществ, типа каучука и очищенного латекса, в поисках идеального материала для контурной пластики. В 1845 Creny после трансплантации липомы в молочную железу, на которой проводилась реконструкция, не прижилась из-за несовершенства методики. В 1926 году Miller первым описал введение собственной жировой ткани через полые иглы, однако на тот момент возникли сложности с ее забором.

В 1983 году пластический хирург Illouz показал, что жир может быть удалён посредством специальных канюль и вакуума, эта методика была названа липосакцией. Изобретение и широкое распространение техники липосакции в 1980-х популяризировало идею липофилинга – с использованием жировой ткани, взятой у того же пациента. В середине 80-х годов английский хирург Колеман положил начало стремительному развитию свободной трансплантации собственных жировых тканей людей. В 1987 году Bercoll опубликовал статью по аутотрансплантации жира в грудь.

В течение нескольких последующих лет ауто жир начали вводить в различные области на лице для увеличения губ, скуловой области, щек, носогубных складок и т.д. с целью эстетической коррекции.

С этого времени техника липофилинга была изменена и улучшена для интеграции и стабильности введенного жира, для того, чтобы изменять контуры лица и вносить свой вклад в различные процедуры омоложения.

Липофилинг или аутологичная трансплантация жира сегодня, в том числе и в Казахстане, стали одной из самых популярных процедур омоложения лица, в связи с безопасностью введения трансплантата, а также больших областей применения. В настоящее время липофилинг успешно используется также для увеличения и коррекции груди, коррекции формы ног (голени), коррекции и увеличения ягодиц, для омоложения рук, коррекции втянутых рубцов и для коррекции, как врожденных дефектов, так и дефектов, возникающих после липосакции.

По причине наличия стволовых клеток в липографте ASC (жировых стволовых клеток), процедура введения ауто жира приводит к регенерации тканей, улучшая текстуру поверхности кожи и ее эластичность.

С момента введения жира методом трансплантации Коулмана, сам жир является естественным наполнителем утраченных объемов, возникших вследствие временной гравитации тканей, атрофии жира и резорбции костной ткани.

Однако, аутологичная трансплантация жиров может приводить к переменным результатам, и объективной, достоверной оценки объемной заместительной терапии по-прежнему не хватает.

Имеются скудные данные о сохранении объема жира в естественных условиях после его пересадки. Объем жира для инъекций в каждом лицевом отделе при ауто-логичной трансплантации жира остается слабо стандартизованной, что приводит к неудовлетворительным результатам у некоторых пациентов.

Целью данного исследования было определение эффекта липофилинга и долгосрочные результаты, с учетом каждого пациента индивидуально, для того, чтобы определить возможные области применения ауто жира.

Было проведено ретроспективное исследование в период с января 2017 года по декабрь 2018 года в дерматологической клинике г. Алматы, где были изучены 10 пациентов.

Показания к применению липофилинга являлись:

1. Умеренная и тяжелая выраженность носогубной складки;
2. Клинические признаки лицевой липоатрофии (кожа век и область щек, височная область);
3. Наличие гипотрофических рубцов, морщин и тусклый цвет кожи.

Результаты оценивались по Глобальной шкале эстетического улучшения (Global Aesthetic Improvement Scale - GAIS) и по Шкале глубины морщин (Wrinkle Severity Rating Scale - WSRS) носогубных складок. Шкала GAIS - представляет собой 5-классное субъективное изучение, используемое для анализа эффективности проводимой процедуры. Оценка варьируется от 1, что указывает на сильное улучшение до 5, что указывает на худший результат. Шкала WSRS – пятибалльная шкала, где единица указывает на минимальную серьезность морщин, а цифра 5 на максимальную тяжесть.

Процедура проводилась под местной анестезией с применением лидокаина 2% и адреналином 1/200 000. Забор жира проводили под ягодичной складкой, применяя ручное отрицательное давление, с помощью 3-мм тупого кончика канюли, с отверстиями в 1 мм, 14-калибра, прикрепленного к 10-кубовому шприцу (метод Коулмана).

При очистке жира использовали центрифугирование при 3000 оборотах / мин в течение 3 мин. Введение жира реципиенту проводили с помощью канюли 17 калибра и инфильтрировали лидокаином 1% и адреналином в разведении 1/200 000. Канюлю соединяли с 1-мл шприцем.

Основными показаниями к липофилингу были омоложение кожи, носослезная борозда, носогубная складка, мандибулярные складки (таблица 1).

Таблица 1 - Распределение больных по показаниям липофилинга

Показания	Количество обработанных зон
Носослезная борозда	9
Носогубная складка	9
Щечная область	6

Височная зона	4
Мандибулярные складки	9
Скошенный подбородок	6
Мандибулярная область	3
Скуловая дуга	5
Омоложение кожи	10
Рубцы: 1. Шея 2. Руки	 1 1

При изучении глубины морщин пациентов, были определены в основном тяжелая (пациенты от 39-56 лет), умерено выраженная (от 35-54 лет) и слабовыраженная (35 лет) степень (табл. 2).

Таблица 2 - Шкала глубины морщинWrinkleSeverityRatingScale (WSRS) носогубных складок

№ Пациенты	Пол/ Возраст	Baseline Wrinkle Severity Rating Scale Scores WSRS
1	M / 35	2
2	F /56	4
3	F /54	3
4	F /54	4
5	F / 39	4
6	F / 39	3
7	F / 35	2
8	F /35	3
9	F /35	2

Примечание: 1 - отсутствие морщины;
2 - слабо выражена;
3 - умеренно выражена;
4 - тяжелая;
5 - экстремальная.

Клиническая оценка после лечения по шкале GAIS, показала улучшение после процедуры липофилинга и высокую удовлетворенность пациентов в виде:

1. Омоложение кожи (3,0±0);
2. Периорбитального омоложения (2,9±0,3);
3. Сглаживание мандибулярной складки (2,7±0,4) в течение 10 дней до 3 месяцев после базовой процедуры;
4. Двусторонние височные области показали эстетический результат, но не на длительный период (3 месяца - 1,25±0,5);
5. Носогубные складки (2,7±0,4);

6. Рубцы были смягчены, обесцвечивание покраснения и пигментации, результат сохранялся через год после базовой процедуры по шкале GAIS (3±0).

Несмотря на положительные результаты и удовлетворительное эстетическое улучшение, мы не имели возможности оценить длительность сохранения трансплантата в тканях. Так же, по техническим причинам сложно определить качество жировой ткани трансплантата. В будущем необходимы дальнейшие исследования для оценки выживаемости и качества трансплантата в тканях, а также определение отсроченных результатов липофилинга.

Рисунок 1 - 56-летняя женщина. Омоложение периорбитальной зоны «Сияющий» цвет лица. Сглаживание носогубных и мандибулярных складок. Заполнение щечной области

Рисунок 2- 54-летняя женщина. Периорбитальное омоложение. «Сияющий» цветлица. Сглаживание носогубных складок лица. Заполнение щечной области.

Рисунок 3 - 35-летняя женщина. Заполнение височной области. Сглаживание носогубных складок. Заполнение щечной области. «Сияющий» цвет лица.

Рисунок 4 - 35-летняя женщина. Совместно с 3 процедурами фраксельного термолиза шрамы смягчены, покраснение менее выражено. Эстетический результат.

Рисунок 5 - 30-летняя женщина. Совместно с 2 процедурами фраксельноготермолиза шрамы смягчены, покраснение менее выражено.Эстетический результат.

Список использованной литературы

1.ColemanSR // AestheticPlastSurg.-1995.-19:421-425.

2.MeierJD, GlasgoldRA, GlasgoldMJ // Arch. Facial Plast Surg.-2009.-11:24-28.

3. Coleman SR Structural fat grafting // Plast and reconstructive surgery.-2006.-118:108S-120.

4. Shue S, Kurlander D, Guyuron B. Fat Injection: A Systematic Review of Injection Volumes by Facial Subunit // Aesthetic Plast. Surg.-2017.-24:1-10.

5. Journal Craniofac Surg. Depth Wrinkle Rating Scales Sep; 2011.-22(5):1684-8.

АННОТАЦИЯ

2017-2018 жылдар аралығындағы дерматологиялық клиникаға өтініш берген 18 жастан асқан 10 әйелдерге липофилингтің әсерін ретроспективті зерттеу. Нәтижелер терінің серпімділігіне, бетінің бірнеше аймағында көлемнің өзгеруіне, шрамның регенерациясы мен эстетикалық қанағаттануына байланысты болды.

Түйінді сөздер: липофилинг, өз майы, эстетикалық рәсімі, оқшаулау, тері жасарту, өмір сүруді бағалау, трансплантант, кешіктірген нәтижелер.

ANNOTATION

A retrospective study of the effect of lipofilling in 10 women over 18 years of age who applied to a dermatological clinic in the period from 2017-2018.The results were due to changes in skin elasticity, volume changes in several areas of the face, regeneration of scars and aesthetic satisfaction.

Key words: lipofilling, auto fat, aesthetic procedure, localization, skin rejuvenation, assessment of survival, transplant, delayed results.

СОЧЕТАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ИНЪЕКЦИОННЫХ ПРОЦЕДУР С УЧЕТОМ АНАТОМИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ В РАЗРАБОТКЕ ANTI-AGE ТАКТИКИ

Ендибаева У.А.

Научно-исследовательский кожно-венерологический институт г. Алматы,
РЕСПУБЛИКА КАЗАХСТАН

В статье рассмотрены особенности анатомических структур лица для разработки терапевтической тактики и профилактики.

Ключевые слова: комбинированные методы, ботулинотерапия (БТА), контурная инъекционная пластика (КИП), старение.

Введение.

Возрастные изменения внешности каждого человека индивидуальны, однако существуют общие закономерности, ассоциированные с многоуровневыми структурными и функциональными нарушениями. В связи с этим рассмотрение анатомических аспектов старения - важное звено в разработке терапевтической тактики и плана коррекции. Дегенеративные изменения затрагивают все анатомические компоненты лица, включая костные и мягкотканые структуры.

А. Старение кожи - неотъемлемый элемент клинической картины инволюции организма. В настоящее время в герантодерматологии для обозначения синдрома общей инволюции (структурной и функциональной недостаточности) кожи предложен термин - «дерматопороз».

Основные механизмы старения кожи включают:

• Сокращение общего клеточного пула;

• Характерные атрофические качественные и количественные изменения структурных элементов внеклеточного матрикса;

• Истончение дермального слоя;

• Снижение функциональной активности фибробластов и кератиноцитов;

• Нарушение трофики;

• Нарушение пигментообразования.

Дерматопороз, в сущности включает в себя совокупность таких внешних симптомов, как истончение, изменение рельефа кожи, усиление пигментации, углубление морщин, снижение тургора кожи, гиперкератоз, появление сосудистых звездочек. Однако внешние проявления возрастных изменении это лишь вершина айсберга, и рассмотрение инволюционных процессов подлежащих структур – не менее важное звено при планировании терапии коррекции возрастных изменении [1].

Б. Инволютивные изменения подкожно-жировой клетчатки.

Возрастные изменения кожи являются следствием сокращения или перемещения подкожно-жировой клетчатки (рис. 1). Данный эффект особенно значим при старении средней трети лица. В процессе старения поверхностные жировые компартменты гипертрофируются, а глубокие атрофируются. Все поверхностные жировые компартменты разделены между собой септами, разделяющими поверхностный жир на назолабиальный, медиальный, средний, латеральный темпоропариетальный и нижне-глазничный. В глубоких порциях жирового компартмента выделяют медиальный жировой пакет и подглазничный жир, или SOOF. SOOF – жировая клетчатка, расположенная под наружной частью круговой мышцы глаза, под SMAS. Поверхностная мышечно-апоневротичесая система (SMAS – superficial mascula aponevrotic system) – это комплексное образование, включающее мягкие ткани лица, выступающие как единое целое и представляющие собой динамическую сократительную фибромускулярную сеть. Включает: поверхностный слой мимических мышц лица, платизму и покрывающие их фасции и апоневрозы. Кожа соединена со SMAS при помощи фиброзных волокон дермы [2].

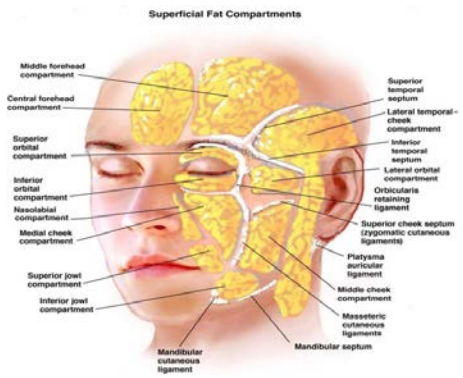


Рисунок 1 - Поверхностные жировые компартменты

В. Старение лицевых связок.

При разговоре о поверхностной фасции, уместно упомянуть о, так называемых связках лица. На самом деле это не совсем связки, а кожно-костные которые, представляют собой сращение между дермой и периостом. Всего их около 15, но только 4 из них являются основными (рис. 2):

• Скуловая связка соединяет скуловую дугу и дерму. В результате растяжения визуализируются «малярные мешки» и среднескуловая борозда;

• Глазничная связка фиксирует глубокие и поверхностные инфраорбитальные жировые пакеты, формируя носослезную борозду;

• Растяжение верхнечелюстной связки и опущение щечного жира приводят формированию носогубной складки;

• Растяжение нижнечелюстной связки приводит формированию морщин «марионеток».

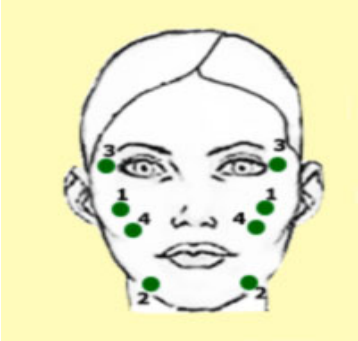


Рисунок 2 - Лицевые связки

Г. Старение лицевых мышц.

Мышечная ткань с возрастом атрофируется и функционально истощается. В мышцах-леваторах развиваются явление атрофии и атонии, а в мышцах депрессорах – гипертонус. Так как мышцы с помощью соединительной ткани крепятся к коже, с возрастом происходит перемещение тканей лица вниз[6,7].

Е. Старение костного аппарата.

Изменения в связках неразрывно связаны изменениями в костном аппарате. Резорбция и ремоделирование костной ткани ведут к изменениям углов костного скелета и перераспределению пропорций лица. С возрастом происходит увеличение размеров и расширение орбитальной апертуры, укорочение верхней челюсти, сглаживание углов нижней челюсти, что приводит к относительной утрате способности костей поддерживать надлежащие мягкие ткани [11] (рис. 3).

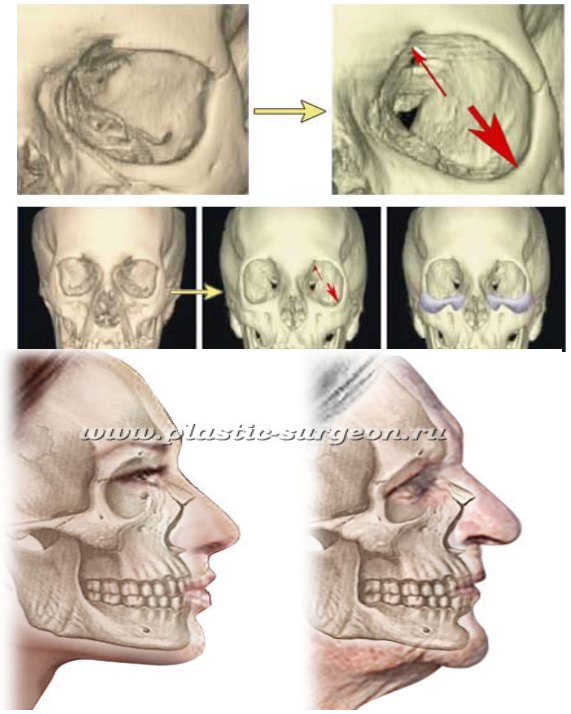


Рисунок 3 - Изменения лицевого скелета

Таким образом, планируя омолаживающие процедуры, мы должны стремиться оказать воздействие на все аспекты старения. Только тогда можно говорить об эффективной комплексной коррекции возрастных изменений. Если оценить возможности используемых методов, то становится очевидно, что проявления старения кожи и мышц (морщины и гипертонус мышц- деп-

рессоров соответственно) можно эффективно устранять с помощью БТА.

Применение КИП дает возможность корректировать потерю объема мягких тканей. А использование глубоких накостных техник воссоздает основу для мягких тканей и позволяет говорить также о функциональной компенсации резорбции костей лица. Более того, использование и БТА, и КИП позволяет осуществить некоторый лифтинг тканей. Однако этот эффект опосредован и не очень хорошо выражен, то есть добиться приемлемой коррекции гравитационного птоза данными методами невозможно. И вот здесь на помощь приходит нитевая подтяжка: устранение гравитационного птоза – отличная точка приложения этого метода, поскольку лифтинговые и армирующие нити позволяют эффективно перемещать ткани и фиксировать их в правильном положении. Таким образом, сочетанное использование БТА, КИП и нитевой подтяжки обеспечивает возможность воздействия на все основные механизмы старения лица и дает отличный омолаживающий эффект [3].

Омоложение верхней трети лица.

Верхняя треть лица - наиболее предсказуемая область для инъекций БТА. Ботулинотерапия предназначена для коррекции морщин в этой зоне и позволяют не только устранять мимические морщины, но и добиваться некоторого лифтинга тканей за счет воздействия на мышцы-депрессоры, что, впрочем, ограничено возможностями мышц-леваторов (рис. 4,5).

Рисунок 4 - Схема инъекций БТА верхней трети

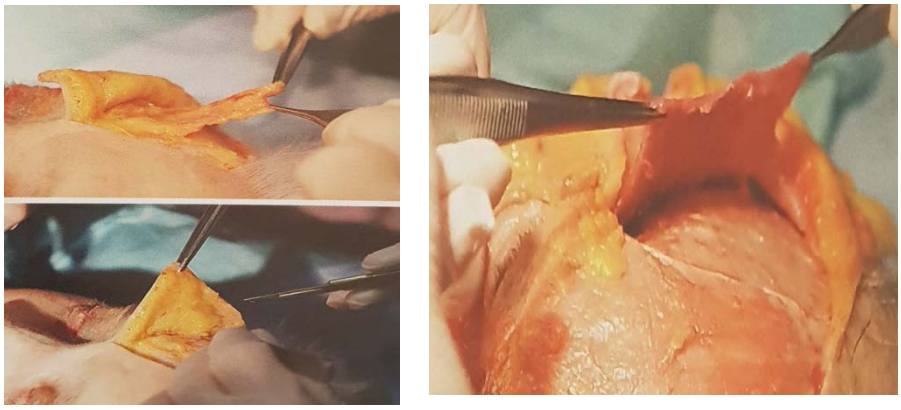


Рисунок 5 - Анатомические особенности лобной мышцы

Показания к КИП в верхней трети лица ограничены и сводятся к заполнению толерантных к БТА глубоких морщин и заломов кожи, воссозданию объема в области височной ямки и небольшому визуальному лифтингу бровей (рис. 6).

Рисунок 6 - А) Разметка височной зоны КИП Б) Возможная точка введения канюли

Тредлифтинг в верхней трети лица - прекрасный инструмент для подъема брови. Причем как у молодых пациентов, у которых не удается добиться удовлетворительного результата другими методами, так и у пожилых, у которых лобное брюшко лобно-затылочной мышцы ослаблено и инъекции БТА не позволяют достичь эстетически приемлемого положения брови.

Кроме того, нитевая подтяжка – эффективный метод коррекции птоза тканей в верхней трети лица, отчасти она даже может конкурировать с эндоскопической подтяжкой лба и другими хирургическими методами.

Таблица 1 - Тактика коррекции возрастных изменений верхней трети лица

Омоложение средней трети лица.

Средняя треть - область от линии, проведенной через латеральные углы глаз до линии, проведенной через углы рта. Делится на два отдела – медиальный и латеральный.Медиальный включает нижнее веко, скуловую область, носогубную складку, верхнюю губу. Латеральный (среднебоковой) – околоушную и околоушно-жевательную области (по классификации Хрусталевой И.В.)

Использование БТА в средней трети лица очень ограничено в силу ее анатомических особенностей. Здесь сложно выполнять инъекции в таргетные мышцы, тонкие, тесно взаимодействующие друг с другом. Положение усугубляется еще и тем, что мышцы расположены на разной глубине в рыхлой жировой клетчатке и характери-

зуются малым «терапевтическим окном». Одним из немногих показаний к ботулинотерапии в средней трети лица служит наличие гингивальной улыбки (рис. 7) (коррекция возможна в результате снижения активности *m. levatorlabiisup. alaquenasi*), а также продольных морщин на носу, так называемых «кроличьих морщин», формирующихся под действием *m. Nasalis*(рис. 8).

Применение КИП позволяет эффективно воздействовать на эти признаки старения лица (рис. 9):

• устранять появляющиеся с возрастом патологические борозды;

• воссоздавать объем тканей;

• использование специальных «лифтинговых» методик инъецирования дает возможность даже слегка приподнимать их кверху[7,9].

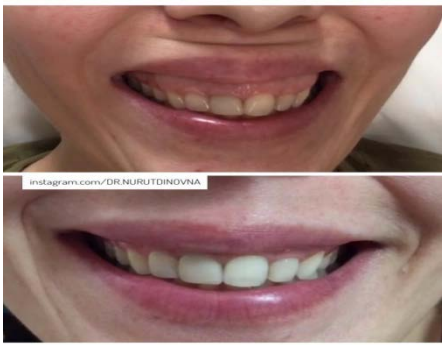


Рисунок 7 - Лечение гингивальной улыбки

Рисунок 8 - Кроличьи морщины

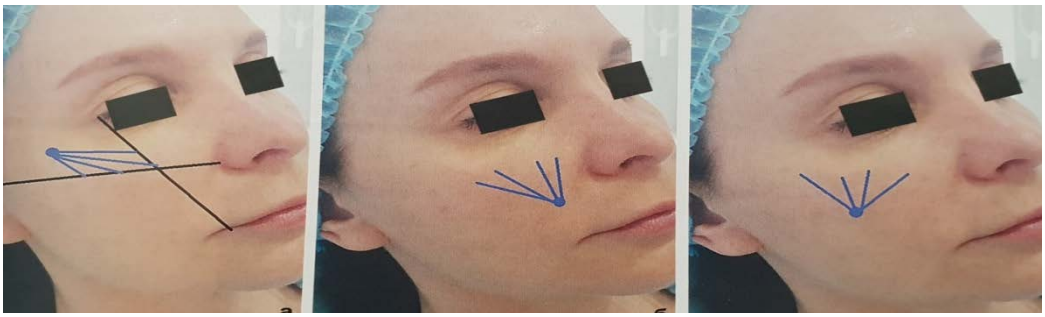


Рисунок 9 - Канюльная коррекция средней трети КИП

Важнейшими факторами развития возрастных изменений в этой области часто служат потеря объема и птоз поверхностного медиального щечного (малярного) жирового пакета, что обуславливает не только объемную дефляцию подглазничной области и скелетизацию орбиты, но и углубление носогубной борозды. Особенностями медиального щечного пакета являются, во-первых, его относительная толщина и, во-вторых, наличие в жировой ткани множественных соединительно тканных септ. Все это позволяет эффективнее фиксировать в нем нити и обеспечивает хороший лифтинг. Перемещение малярного жира способствует уменьшению выраженности вышеуказанных признаков старения и дает отличный омолаживающий эффект.

Классификация нитей для эстетической медицины.

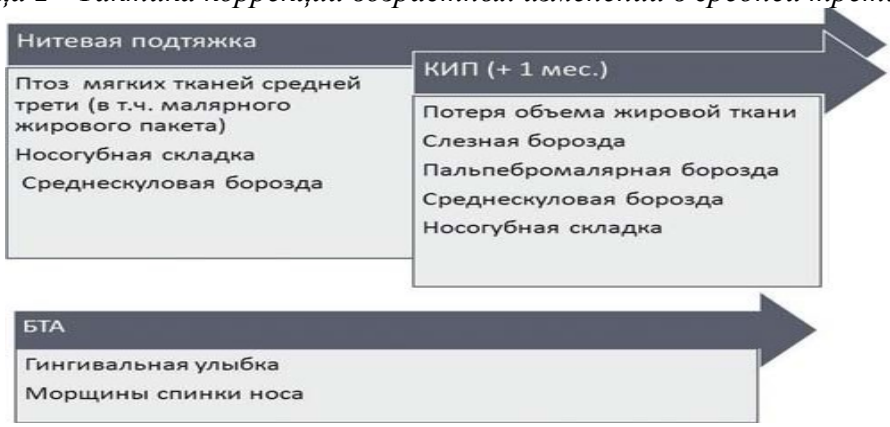
• Биостимулирующие (уплотняющие) - не имеют средств фиксации, после имплантации свободно лежат в тканях. Действие обусловлено активацией коллагеногенеза как тканевого ответа на инородное тело и продукты его биодеградации;

• Армирующие - имеют приспособления для фиксации в тканях и позволяют проводить их армирование, то есть укрепление и профилактику птоза. Также обладают эффектом биостимуляции;

• Лифтинговые - имеют средства надежной фиксации в тканях и подразумевают

фиксацию к плотным несмещаемым структурам – надкостнице, глубокой фасции, что позволяет эффективно перемещать ткани и фиксировать их в нужной позиции. Помимо этого обладают армирующим и биостимулирующим свойствами.

Таблица 2 - Тактика коррекции возрастных изменений в средней трети лица



Омоложение нижней трети лица.

Нижняя треть ограничивается линией, проведённой через углы рта, и краем тела и ветвей нижней челюсти. Она также имеет медиальный и латеральный отделы. Первый включает нижнюю губу, подбородок, губоподбородочные складки. Латеральный – нижние отделы щёк и около ушно-жевательных областей (по классификации Хрусталевой И.Э.)

Картина старения нижней трети лица также в наибольшей степени зависит от наличия птоза мягких тканей. И этот факт обуславливает то, что и БТА, и КИП имеют достаточно ограниченное применение в этой области. Тем не менее все перечисленные методы используются и позволяют корректировать отдельные признаки возрастных изменений. БТА в нижней трети имеет несколько точек приложения, хотя надо отметить, что не все представленные на рынке препараты имеют зарегистрированные показания для применения в этой области. В частности, БТА используется для ослабления одного из наиболее мощных депрессоров в нижней трети лица – *m. Platizma* (рис. 12),что позволяет уменьшить выраженность «брылей» и несколько скорректировать контур нижней челюсти.

Также БТА с успехом применяется для снижения функции *m. depressor anguli oris* (рис. 11). Эта мышца отвечает за опущение уголков рта и появление с возрастом печального выражения лица. Кроме того, *m. depressor anguli oris* опосредованно принимает участие в формировании ротоподбородочных борозд (рис. 10). Соответственно ее ослабление приводит к лифтингу уголков ртаине которому сглаживанию борозд.

Рисунок 10 - Инъекции БТА в m. mentalis

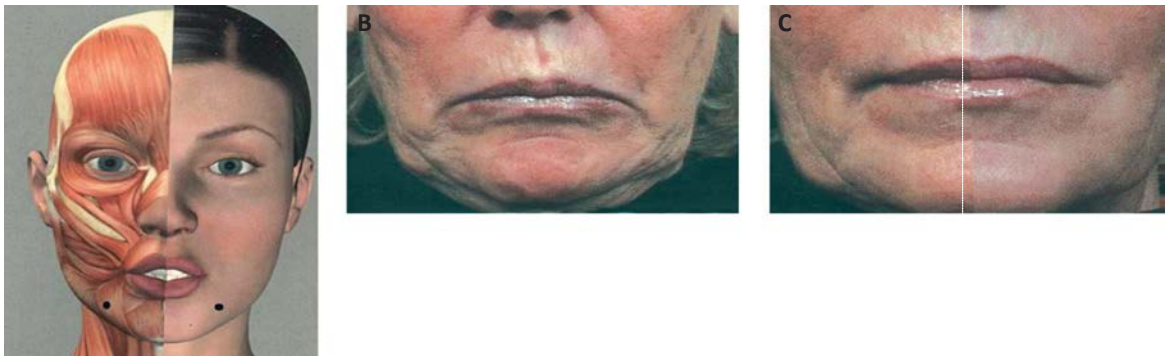


Рисунок 11 - ИнъекцииБТАв m. Depressor anguli oris

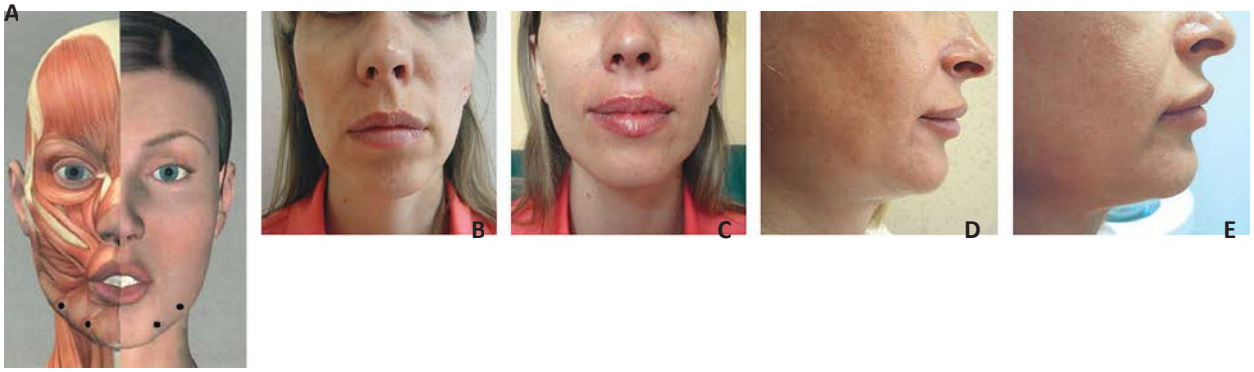


Рисунок 12 - Инъекции БТА в m. platisma

КИП с успехом применяется в нижней третилица как для заполнения появляющегося с возрастом нарушения рельефа, так и для коррекции овала лица (визуального уменьшения брылей) (рис. 13).

Как мы видим, все перечисленные методы позволяют корректировать отдельные признаки возрастных изменений этой зоны, неменяя картины в целом. Причина этого как раз впревалированиптоза – основного «виновника» старения нижней трети лица. Наиболее эффективным, направленным на устранение птоза механизмом действия обладает именно нитевая подтяжка (рис. 14). При этом анатомически обоснован лифтинг в вертикальном или косом векторе, направленном латерально и вверх.

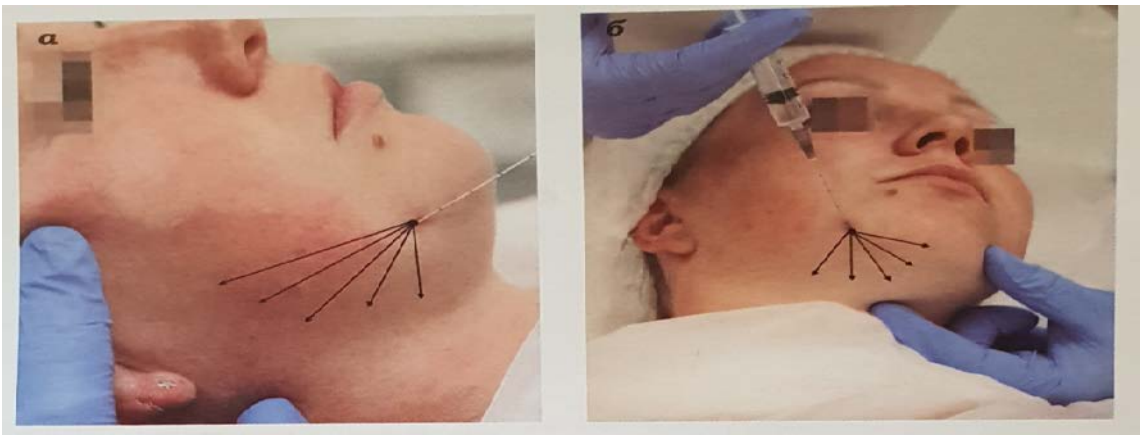


Рисунок 13 – Возможная точка коррекции нижней трети лица канюльно

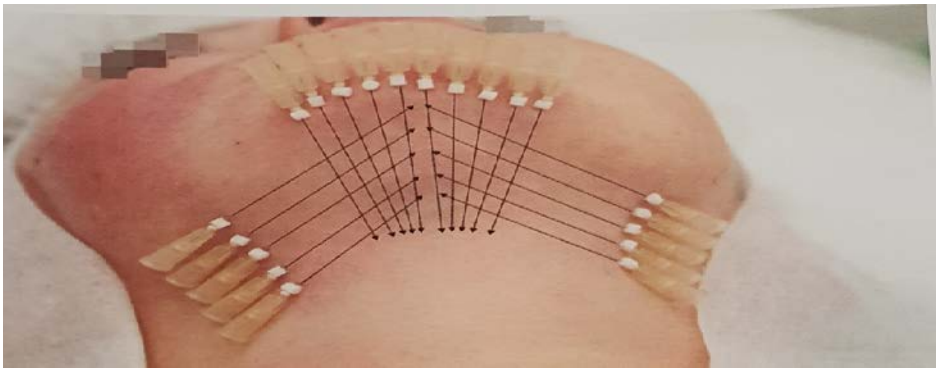


Рисунок 14 - Тредлифтинг нижней трети лица

Заключение.

Картина старения лица складывается измножества факторов, основные из которых фото-ихроностарение кожи, объемное стареение, птоз мягких тканей, резорбция костной ткани. Сочетанное применение БТА, КИП и подтяжки лифтинговыми нитями позволяет воздействовать на все основные механизмы развития признаков возрастных изменений. Это, в свою очередь, позволяет эффективно устранять симптомы старения и получать выраженный омолаживающий эффект. Однако клиническая практика демонстрирует, чтов разных отделах лица указанные методы имеют различную эффективность. Безусловно, это определяется как особенностями действия того или иного метода, так и особенностями старения разных областей лица. Так, в верхней его трети нет объемных клетчаточных пространств и картина старения обуславливается в основном фото- и хроностарением кожи и мышечной активностью и проявляется преимущественно формированием морщин. Естественно, методом №1 для коррекции старения верхней трети будет ботулино терапия.

В средней трети лица ситуация несколько иная из-за наличия относительно больших клетчаточных пространств и мощного связочного аппарата, ключающего скуловую, скулоглазничную,кожноскуловую и жевательную связки. В процессе старения средней трети лица происходит преимущественно объемное старение–уменьшение объема жировых пакетов. Выраженному птозу препятствуют многочисленные связки, удерживающие ткани, поэтому опущение тканей возможно только впространствах между ними, что обуславливает нарушение рельефа и появление многочисленных борозд и складок. Разумеется, наиболее эффективным методом коррекции в средней трети лица будет введение волюмайзеров, которые позволяют не только восстановить утраченный объем тканей, но и устранить патологические борозды. При наличии выраженного птоза эффективной окажется нитевая подтяжка, которая в дальнейшем может дополняться КИП.

В нижней трети лица драйвером старения является птоз. Отчасти это обусловлено действием мощных мышц-депрессоров – *m. depressor anguli oris* и *m.platizma* и именно это объясняет положительный эффект от инъекций БТА в данной зоне. Однако в основном птоз обуславливается все же наличием объемных жировых пакетов, а также слабым развитием связочного аппарата, который представлен лишь жевательной и нижнечелюстной связками. При таких исходных данных наиболее эффективна будет, безусловно, нитевая подтяжка, которая может дополняться КИП для более полного устранения нарушений рельефа.

Таким образом, БТА, КИП и тредлифтинг составляют трио, которое приправильном сочетании потенцирующих действие друг друга компонентов позволяет очень эффективно бороться с признаками старения лица.

Список использованной литературы

1.Ширшакова М.А. Коррекция средней трети с учетом этнографических особенностей // Научно-практический журнал «Эстетическая медицина».-2015; №2.-С. 480-490.

2.Соцкий Л. Применение сочетанных методик БТА+КИП+тредлифтинг // Научно-практический журнал «Эстетическая медицина».-2016, Т.XV.-№3.

3.Cosmetic Surgery National Data Bank Statistics.-http://www.ame-rican cosmetic surgery network. com/local/ Stats2010_1.pdf,2015.

4.ГруздевД.А.,КодяковА.А.,ФедоровП.Г.Новыйподходк классификации нитей для омоложения кожи лица и шеи // Вестник новых медицинских технологий.-2015;1(iss.2).

5.Uitto J. The role of elastin and collagen in cutaneous aging: intrinsic aging versus photoexposure // J Drugs Dermatol.-2008;7(2Suppl):s12-16.

6.Varani J, Dame MK, Rittie L, et al. Decreased collagen production in chronologically aged skin: roles of age-dependent alteration in fi broblast function and defective mechanical stimulation // Am J Pathol.-2006;168(6):1861-1868.

7.Le Louarn C, Buthiau D, Buis J. The face recurveconcept: medical and surgical applications // Aest Plast Surg.-2007;31(3):219-231.

8.Lambros V. Observations on periorbitalandmid face aging //PlastRe-constr Surg.-2007;120(5):1367-1376.

9.Lucarelli MJ, Khwarg SI, Lemke BN, et al. The anatomy of midfacial ptosis // Ophthal Plast Reconstr Surg.-2000;16(1):7-22.

10.Raskin E, Latrenta GS. Why do we age in our cheeks? // Aesthet Surg J.-2007;27(1):19-28.

11.Richard MJ, Morris C, Deen BF, et al. Analysis of the anatomic changes of the aging facial skeleton using computer-assisted tomography // Ophthal Plast Reconstr Surg.-2009;25(5):382-386.

АННОТАЦИЯ

Мақалада беттің анатомиялық құрылымының ерекшеліктерін ескере отырып емдеу және профилактикалық нұсқаулары берілген.

Түйінді сөздер: аралас әдістер, ботулинді терапия (БТ), контурлы инъекциялық пластика (КИП), қартаю.

ANNOTATION

The article describes the features of the anatomicalstructures of the face for the development of therapeutic tactics and prevention.

Key words: combined methods, botulinum therapy (BTA), contour injection plastic (CIP), aging.

ФОТОРЕПОРТАЖ VI-VII РЕГИОНАЛЬНЫХ ОБУЧАЮЩИХ ФОРУМОВ

VI - VII Региональные обучающие форумы с международным участием «17 регионов дерматовенерологов, дерматокосметологов» в рамках непрерывного медицинского образования на тему: «Фармакотерапия в дерматовенерологии, дерматокосметологии, в том числе детской» 29-30 июня 2018 года в городе Усть-Каменогорске совместными усилиями успешно и плодотворно провели Медицинская Академия постдипломного образования, Научно-исследовательский кожно-венерологический институт и Областной кожно-венерологический диспансер.

В честь открытия и для приветствия участников форума выступили Жаманбалинова Р.М. - главный врач ОКВД, главный внештатный дерматовенеролог УЗ Восточно-Казахстанской области и Сайлауова К.С. – зав. кафедрой дерматовенерологии, дерматокосметологии МАПО, к.м.н., асс.профессор, член EADV.

Деятельность дерматовенерологической службы ВКО по итогам 2017 года и 1 квартала 2018 года представила Рысбике Мустафовна, а Мира Уразовна порадовала успехами Атырауского диспансера. Новые горизонты дерматовенерологической службы Павлодарской области раскрыла Аманжолова М.Т.- зав. поликлиникой ОКВД г.Павлодар.

Здоровый образ жизни в Жамбылской области представила Оспанова Е.А. – руководитель молодежного центра здоровья при Шуской ЦРБ, Жамбылской области.

Но и на сегодня болезнь Ганзена остается актуальной в докладе Сейталиева М.А. - главного врача ГУ «Казахский Республиканский лепрозорий».

О процессе старения кожи: патогенетические, клинические и лечебные аспекты раскрыты Нурмухамбетовым Ж.Н.– д.м.н., профессором кафедры дерматовенеро-логии СГМУ, г. Семей. Новые подходы к лечению экземы лицам пожилого и старческого возраста доложены докторантом PhD Ибраевой Т.Б. Клинический случай болезни Реклингаузена представлены были Айткуловой В.Р. - к.м.н., и.о. доцента кафедры ВОП и терапии ПФ ГМУ, г. Семей. Эффективность комбинациия аналога витамина D3 кальципотриола и бетаметазона как универсальной для терапии псориаза головы и тела представила Оспанова С.А.- к.м.н., доцент кафедры дерматовенерологии, дерматокосметологии МАПО, член EADV.

Магистром медицинских наук, главным специалистом ССР НИКВИ МЗ РК Ендибаевой У.А. представлена эффективность гиалуроновой и янтарной кислот в реабилитации дерматологических пациентов.

Аспекты детской дерматологии и орфанных дерматозов доложены Калдыгуль Сайлауовной.

Проблему атопического дерматита освятила Жунусова А.К. – к.м.н., доцент кАфедры дерматовенерологии СГМУ, г. Семей.

Клиническое применение эмолиентов SENSADERM в базовой терапии при хронических дерматозах у детей доложила доктор Серикова Д.С. из ОКВД ВКО, г.Усть-Каменогорска.

Патогенетически обосновала применение симбиотиков в дерматологии дерматолог ОКВД ВКО Решетникова Е.В.

Еркинбай Г. – магистр медицины, врач педиатр, аллерголог, дерматолог, медицинский консультант компании Zepter показала эффективное и широкое применение свето- и хромотерапии.

Фармакологические аспекты терапии гемангиом показаны докторантом КазНМУ имени С.Д. Асфендиярова, членом EADV Суханбердиевой З.М. Практическая фототерапия UVA/UVB лучами для лечения хронических дерматозов представила Смирнова О.М. – врач физиотерапевт, дерматолог, ассистент кафедры дерматовенерологии, дер-матокосметологии МАПО, директор ТОО «Вита А», ОД «KernelChina» в РК.

Современные аспекты терапии акне системными ретиноидами доложила Толыбекова А.А. – к.м.н., доцент курса дерматовенерологии КРМУ. А практическое

применение местных ретиноидов в лечении угревой болезни показаны дерматовенерологом ОКВД ВКО Кунанбаевой Д.К.

Результаты клинической эффективности противовирусных препаратов при лечении больных с вирусными папилломами человека доложены Жунусовой А.К. – к.м.н., доцентом кафедры дерматовенерологии СГМУ,г. Семей.

Мультиплексная полимеразная реакция в режиме реального времени как основной диагностический метод для вагинальных дисбактериозов доложила Алиева О.Г. - и.о. зав. ЦСЛ ОКВД ВКО. И она же презентовала «Руководство по ведению преаналитического этапа лабораторных исследований для диагностики инфекций органов репродукции человека».

Первый рабочий день форума завершился передачей эстафеты VIII форуму в город Караганды по теме «Эффективные комбинации трендовых направлений в эстетической дерматологии и косметологии. Эстетико-соматический портрет of Women» Яна Педди – директору Центра красоты и здоровья of Yana Peddi, г.Караганды.

Второй день работы форума начался с разбора современного состояния лечения витилиго в Мире и РК. Также представлен был клинический случай мицетомы Касымхановой А.А. - к.м.н., зав.отд. физиотерапии ОДВД г. Шымкент. Обозначили необходимость биологической терапии в лечении среднетяжелых и тяжелых форм псориаза в РК.

Слушатели активно участвовали в практических мастер классах: «Эффективная комбинация трендовых направлений в эстетической медицине»; «Mesoheal +»; «Деструктивные методы лечения в дерматовенерологии и дерматокосметологии»; «Лечебный уход за кожей – интенсивный и пост процедурный» и разборе клинических случаев.

Завершился очередной региональный обучающий форум вручением сертификатов докладчикам и участникам мероприятия, пожеланием дальнейших успехов, побед и новых встреч на профессиональной платформе. Спасибо ВСЕМ!

ОТЧЕТ
главного внештатного
дерматовенеролога
УЗ ВКО
за 2017 год и
1 квартал 2018 г.

HYALUAL

ДЕТСКАЯ
ДЕРМАТОЛОГИЯ
СЕГОДНЯ

SVR
URIAGE

SVR
URIAGE

SVR

CERTIFICATE

ФОТОРЕПОРТАЖ VIII РЕГИОНАЛЬНОГО ОБУЧАЮЩЕГО ФОРУМА В ГОРОДЕ КАРАГАНДЫ

26-27 октября 2018 года НИКВИ МЗ РК совместно с Медицинской академией непрерывного образования провел VIII Региональный обучающий форум с международным участием «17 регионов дерматовенерологов, дерматокосметологов» для повышения квалификации медицинских работников в рамках непрерывного медицинского образования по актуальным вопросам диагностики, лечения и профилактики кожных, венерологических и косметологических проблем с актуализацией проблем различных социально-значимых дерматозов на тему: «Эффективные комбинации трендовых направлений в эстетической дерматологии и косметологии. Эстетико-соматический портрет of Women».

Форум открывали Яна Педди, директор центра красоты и здоровья ofYanaPeddi, г.Караганды и Сайлауова К.С. зав. кафедрой дерматовенерологии, дермато-косметологии МАПО, к.м.н., асс. профессор, член EADV.

Работа форума началась раскрытием актуальности и современного состояния болезни Ганзена или лепры Нысановым А.Н. - зам. главного врача ГУ «Казахского Республиканского лепрозория» МЗ РК, г. Кызылорды. Были представлены основные симптомы для настороженности в условиях большой миграции населения на историческую родину из разных уголков мира, а также новые случаи из клинической практики лепрологов нашей страны.

Необходимость и актуальность топической терапии для стероидчувствительных дерматозов подчеркнута Оспановой С.А. – к.м.н., доцентом кафедры дерматовенерологии, дерматокосметологии МАПО.

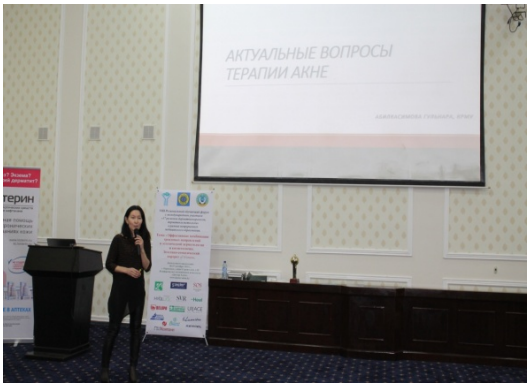
Магистром медицины, медицинским консультантом компании Zepter Еркинбай Г. продемонстрированы возможности Биоптрона в общемедицинской практике и косметологии в современных условиях персонифицированного подхода в лечении пациентов.

Смирнова О.М. – врач-физиотерапевт, дерматолог, ассистент кафедры дерматовенерологии, дерматокосметологии МАПО, директор ТОО «Вита А», ОД «Kernel China» в РК представила инновационные решения фототерапии UVA/UVB лучами – Kernel для хронических дерматозов.

Проблемы женской дерматологии освещены профессором Сайлауовой К.С.

Суханбердиева З.М. – докторант PhDII курса, НМУ вызвала особый интерес практического здравоохранения в оптимизации методов лечения гемангиом кожи.

Актуальные вопросы терапии акне с учетом особенностей гепатобилиарной системы выделила Абилкасимова Г.Е. – к.м.н., преподаватель Казахстанско-Российского медицинского университета.



Хван В.В. – врач дерматовенеролог, зав. отделением ОДВД, г. Шымкент, председатель общества дерматологов Туркестанской области поделился опытом применения биологической терапии в лечении псориаза.

Ажигалиев М.Р. – врач функциональной диагностики, восточной медицины, дерматокосметолог, г. Караганды выделил акне как местное проявление нарушения биологических сетей в организме.

Яна Педди, дерматокосметолог, сертифицированный тренер института Hyalual раскрыла секреты редермализации.

Мукишева Анар, биохимик laLumiere, г.Тур, Франции обозначила главные аспекты куперoза и розацеа.

Ивакина А.М. врач ООО «ТД «Сакские грязи», России, Республики Крым расширила спектр применения пелоидотерапии.

Ендибаева У.А.- магистр медицинских наук, главный специалист ССР НИКВИ МЗ РК продемонстрировала деструктивные методы лечения в дерматовенерологии и дерматокосметологии.

Салимова А.Б. – врач дерматокосметолог представила случай из практики - осложнение после ботулинотерапии при коррекции платизмы.

Бримжанова М.Д. доктор PhD осветила вопросы дерматовенерологии и ОСМС.

Мухамбетова Э.С. – дерматокосметолог, член Казахстанской Ассоциации дерматовенерологов, г. Астана показала эстетико-соматический портрет **of Women** иактуальность

эффективности комбинации трендовых направлений в эстетической дерматологии и косметологии.

Завершился рабочий день форума передачей эстафеты IX-X форумам в город Шымкент.

Второй день форума прошел в практическом применение эффективных комбинаций трендовых направлений в эстетической дерматологии и косметологии и разбором клинических случаев.

VIII Региональный обучающий форум с международным участием «17 регионов дерматовенерологов, дерматокосметологов» в рамкахнепрерывного медицинского образованияна тему: «Эффективные комбинации трендовых направлений в эстетической дерматологии и косметологии. Эстетико-соматический портрет of Women» в городе Караганды завершился вручением сертификатов докладчиков и участников мероприятия и пожеланием достижения больших успехов и вершин в трудовой деятельности, применяя современные и инновационные технологии.

НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ КОЖНО-ВЕНЕРОЛОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ (НИКВИ) ПРОВОДИТ:

- Клинические консультации;
- Клинико-лабораторное обследование по следующим направлениям:

клинико-иммунологические, клинико-биохимические, серологические, патогистоморфологическое, культуральные, бактериоскопические и инструментально-лабораторные исследования.

Кроме того, осуществляется ИФА, ПЦР-диагностика,

УЗИ-обследование

- Лечение инфекций, передающихся половым путем и дерматозов
- Лечебная косметология

На базе НИКВИ проводятся специализация и тематическое усовершенствование по следующим циклам (с выдачей сертификата - удостоверения):

- Кожные и венерические болезни
- Лабораторная диагностика ИППП

НИКВИ и Ассоциация дерматовенерологов Казахстана выпускает научно-практический журнал

«ВОПРОСЫ ДЕРМАТОЛОГИИ И ВЕНЕРОЛОГИИ»

Всю интересующую информацию вы найдете на нашем сайте:

www.dsnikvi.kz

e-mail: kaznikvi@mail.ru

orgmetod_nikvi@mail.ru

Учредитель:

РГП на ПХВ «Научно-исследовательский кожно-венерологический институт» МЗ РК