

ВОПРОСЫ ДЕРМАТОЛОГИИ И ВЕНЕРОЛОГИИ

№1-2/2020



**«ДЕРМАТОЛОГИЯ ЖӘНЕ
ВЕНЕРОЛОГИЯ МӘСЕЛЕЛЕРІ»
«ВОПРОСЫ ДЕРМАТОЛОГИИ
И ВЕНЕРОЛОГИИ»**

Рецензируемый
научно-практический журнал
Основан в 1999 году

Учредитель:

**КАЗАХСКИЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР
ДЕРМАТОЛОГИИ И ИНФЕКЦИОННЫХ
ЗАБОЛЕВАНИЙ
МИНИСТЕРСТВА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ
КАЗАХСТАН**

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

Все права защищены.

Перепечатка материалов и их использо-
вание возможны только с разрешения редакции
и ссылки на источник

Ответственность за достоверность инфор-
мации несут авторы и рекламодатели

Редакция не вступает в переписку, не
рецензирует материалы, может не разделять
мнения авторов опубликованных материалов

АДРЕС РЕДАКЦИИ:

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

**ДЕРМАТОЛОГИЯ ЖӘНЕ
ВЕНЕРОЛОГИЯ МӘСЕЛЕЛЕРІ**

**ВОПРОСЫ ДЕРМАТОЛОГИИ И
ВЕНЕРОЛОГИИ**

№1-2/2020

**НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ**

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Главный редактор – Б.С. Байсеркин
Выпускающий редактор, корректор
- М.Х. Джусупгалиева

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

А.Т. Абишев
З.Б. Есенгараева
К.С. Сайлауова
С.А. Оспанова
А.А. Касымханова
В.Р. Айткулова
Ю.Б. Ахметова
М.Д. Бримжанова
У.А. Ендибаева
З.М. Суханбердиева
О.М. Смирнова
А.З. Кожаева

СОДЕРЖАНИЕ

К Юбилею доктора медицинских наук, профессора З.Б. Кешилеовой	6
ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР	
Джусупгалиева М.Х. Современное состояние вопроса об этиологической роли микоплазм в урогенитальной патологии (обзор литературы)	14
Таубаева А.А., Баев А.И. Этиопатогенез урогенитального хламидиоза. Современный взгляд	25
Молдагали Г., Еремекбаева М., Кенес А., Шайдарова А. Обзор вопроса токсикодермии	27
АКТУАЛЬНАЯ ТЕМА	
Абишев А.Т. Влияние ПЗТ на распространённость ВИЧ-инфекции в Казахстане	29
Мусина Ж.Ж., Кульжанова Д.Р.Профилактика ВИЧ-инфекции среди ключевых групп населения в Казахстане	36
Е.И. Шац ¹ , Ю.Ю. Левичева ¹ , Н.М. Габитова ¹ , Е.П. Соловьева ² Использование Российской инновационной технологии «Аллоплант» в комплексном лечении нейротрофических язв у больных лепрой	39
Косимов А.М. ¹ , Мухамадиева К.М. ² , Нуралиев М.Д. ³ , Гадоев М.А. ⁴ Современное состояние диспансеризации, социальной реабилитации и профилактики болезни Хансена в Таджикистане	46
М.А.Сейталиев, Т.К.Абубакир, С.К.Егиншибаев История развития противолепрозной службы в Казахстане и эпидемиология лепры	52
Сейталиев М.А. Эпидемиологические особенности болезни Хансена в Казахстане.....	56
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ	
Джуманова А.Е. Клинический случай саркомы Капоши	60
Айткулова В.Р., Байсекенова Г.В., Шукимбаева А.М. О клинике пепельного дерматоза	64
ОБМЕН ОПЫТОМ	
Суханбердиева З.М. ¹ , Оспанова С.А. ² Опыт применения топических бетаблокаторов в лечении инфантильной гемангиомы лица (клинический случай)	66
Ендибаева У.А. Ботулинотерапия с учетом анатомических особенностей лица, возраста и морфотипа старения	70
Тонконогова Н.В. Микроэлементы в терапии витилиго	72
Мотуз Н.Б. Клиническая практика в условиях частного медицинского центра	74
Памяти доктора медицинских наук, профессора Ж.А.Оразымбетовой	80

МАЗМҰНЫ

Медицина ғылымдарының докторы, профессор З.Б.Кешилеваның мерейтойына орай	6
ӘДЕБИ ШОЛУ	
М.Х. Жүсіпғалиева Урогениталды патологиядағы микоплазманың этиологиялық рөлі туралы сұрақтың қазіргі жағдайы (әдебиетке шолу)	14
А.А.Таубаева, А.И.Баев Урогениталды хламидиоздың этиопатогенезі. Заманауи көзқарас	25
Г. Молдағали, М. Ермекбаева, А. Кенес, А. Шайдарова Токсикодермия сұрағына шолу	27
НӘТИЖЕЛІК ТАҚЫРЫБЫ	
А.Т. Әбішев Қазақстанда АИТВ-инфекциясының таралуына ҚАТ әсері	29
Ж.Ж. Мусина, Д.Р. Кульжанова Қазақстандағы халықтың негізгі топтары арасында АИТВ-инфекциясының алдын алу	36
Е.И. Шац ¹ , Ю.Ю. Левичева ¹ , Н.М. Габитова ¹ , Е.П. Соловьева ² Нейротрофиялық жараларды кешенді емдеуде "Аллоплант" Ресейлік инновациялық технологиясын қолдану алапеспен ауыратын науқастарда	39
Косимов А.М. ¹ , Мухамадиева К.М. ² , Нуралиев М.Д. ³ , Гадоев М.А. ⁴ Тәжікстандағы диспансеризация, элеуметтік оңалту және Хансен ауруының алдын алудың қазіргі жағдайы	46
М.А. Сейталиев, Т.К. Әбубәкір, С.К. Егиншибаев Алапеске қарсы даму тарихы және лепра эпидемиологиясы	52
М.А. Сейталиев Қазақстандағы Ганзен ауруының эпидемиологиялық ерекшеліктері	56
КЛИНИКАЛЫҚ ЖАҒДАЙ	
А.Е. Жұманова Капоши саркомасының клиникалық жағдайы	60
В.Р.Айтқұлова, Ғ.В.Бейсекенова, А.М. Шүкімбаева Күлдің дерматоздың клиникасы туралы	64
ТӘЖІРИБЕ АЛМАСУ	
З.М. Суханбердиева ¹ , С.А. Оспанова ² Бет инфантильді гемангиоманы емдеуде топикалық бета-блокаторларды қолдану тәжірибесі (клиникалық жағдай).....	66
У.А. Ендібаева Ботулинотерапия беттің анатомиялық ерекшеліктерін, жасы мен қартаю морфотипін есепке ала отыруы	70
Н.В. Тонконогова Витилиго терапиясындағы микроэлементтер	72
Н.Б.Мотуз Жеке медициналық орталық жағдайындағы клиникалық практика	74
Медицина ғылымдарының докторы, профессор Ж.Ә.Оразымбетоваға естелік	80

ОСНОВАН В 1930 ГОДУ
РЕОРГАНИЗОВАН В 2019 ГОДУ

1930 ЖЫЛЫ ҚҰРЫЛҒАН

**ҚР ДСМ QDIAGO – МАМАНДЫҚҚА БАҒДАР ЖОЛ!
КНЦИЗ МЗ РК – ДОРОГА В ПРОФЕССИЮ!**

**Резидентура. 6R111400 – Дерматовенерология, в том числе детская.
6R111400 «Дерматовенерология, соның ішінде балаларға арналған»**



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



www.kncdiz.kz



Вечерний Алматы



НИКВИ

Казахский



НИКВИ Казахский



НИКВИ Алматы

Наш девиз: Комфорт и эффективность!

Адрес: г. Алматы, пр. Райымбека 50, 60.

Телефоны для справок: +7 (727) 397 39 45

(приемная), +7 (727) 397 42 23



+ 7 701 538 70 12



+ 7 701 740 78 16

E-mail: info@kncdiz.kz, nauka@kncdiz.kz



www.beautycode.club



**РГП на ПХВ «КАЗАХСКИЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР ДЕРМАТОЛОГИИ И
ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ» МЗ РК
ПРОИЗВОДИТ ПРИЕМ В РЕЗИДЕНТУРУ
на 2020 – 2022 учебные годы.**

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

В КНЦДИЗ созданы все условия и есть всё необходимое оснащение для обучения в резидентуре по специальности **6R 111400 «Дерматовенерология, в том числе детская»** с широким выбором по каталогу «**Элективных дисциплин**», а также предусмотрены внешняя и внутренняя **академическая мобильность и членство** в «Совете молодых ученых».

КНЦДИЗ МЗ РК аккредитован НКАОКО: 1) Свидетельство об Институциональной аккредитации **IA-C № 12 от 25 июня 2018 года**. Уровень обучения: Резидентура. Срок действия свидетельства: 25 июня 2018 г. – 23 июня 2023 года. 2) Свидетельство о первичной аккредитации **IS-C № 0002 от 25 июня 2018 года**. Уровень обучения: Резидентура. Образовательная программа: **6R111400 – Дерматовенерология, в том числе детская**.

Наш девиз: Комфорт и эффективность!

Адрес: г. Алматы, пр. Райымбека 50, 60, КНЦДИЗ МЗ РК

Телефоны для справок: +7 (727) 3974223(приемная), +7 (727) 3974220

+ 7 701 538 70 12 (+whatsapp)

+ 7 701 740 78 16 (+whatsapp)

Сайт: www.kncdiz.kz

E-mail: info@kncdiz.kz

nauka@kncdiz.kz

Instagram (nikvi_kazakh), (rcaidskazakhstan);

Facebook (Никви Казахский)

К юбилею доктора медицинских наук, профессора З.Б. Кешилевой



13 марта 2020 года исполнилось 80 лет со дня рождения доктора медицинских наук, профессора, почетного директора РГП на ПХВ «Казахский научно-исследовательский кожно-венерологический институт», заслуженного врача КазССР, изобретателя СССР, члена Академии наук клинической и фундаментальной медицины РК, действительного иностранного члена Американской академии дерматологии, члена-корреспондента Европейской академии дерматовенерологии

КЕШИЛЕВОЙ ЗУРЫ БОСТАНОВНЫ

Кешилева Зура Бостановна родилась в 1940 году в Северо-Казахстанской области.

Рано потеряв родителей, и будучи воспитана родственниками, Зура Бостановна с ранних лет испытала трудности жизни. Тем не менее, с огромной благодарностью и теплотой Зура Бостановна вспоминает о приемных родителях, которые относились к ней как к родной дочери, лелеяли и привили трудолюбие.

Её трудовая деятельность началась после окончания медицинского училища, вначале в г. Кокчетав, затем в селе Жаманту, где начинала работать фельшером-акушером. Несмотря на все трудности работы фельдшера-акушера в ауле, которая практически не отличается от работы участкового врача, поскольку приходилось выполнять функции и терапевта, и медсестры, и даже акушера – в первый же год своей трудовой деятельности Зура Бостановна приняла роды у 225 рожениц. Сложным этот период оказался и в связи с совпадением эпидемии дифтерии, принятием неотложных мер и связанных с эпидемией организационно-профилактических и лечебных мероприятий, потребовавших немалых сил и не одной бессонной ночи. Однако, Зура Бостановна с ностальгией вспоминает эти годы и считает этот период жизни самым счастливым в своей жизни. Счастливым этот период может быть запомнился для Зуры Бостановны еще и потому, что именно тогда в ней пробудилась идея – исследования этой проблемы с научной точки зрения, когда с большим интересом она прочитывала монографии, касающиеся данной проблемы.

Дальнейший период жизни Зуры Бостановны связан с учебой в медицинском институте Алма-Аты, научной деятельностью в области дерматовенерологии, ставшей делом всей ее жизни, в которое она внесла неоценимый вклад.

В 1969 году с отличием окончила Алма-Атинский государственный медицинский институт, по специальности лечебное дело. По окончании института была направлена на работу в Казахский научно-исследовательский кожно-венерологический институт, где проработала младшим научным сотрудником до 1972 года.

В 1972 году поступила в целевую аспирантуру Центрального кожно-венерологического института РФ (г. Москва). После окончания аспирантуры и успешной защиты кандидатской диссертации на тему: «Клинико-морфологическое исследование кожи больных псориазом

детей и их родственников» в 1976 году Зура Бостановна вновь вернулась в стены родного института и продолжила работу в КазНИКВИ в должности старшего научного сотрудника.

В 1981 году Зура Бостановна была назначена на должность директора КазНИКВИ и в течение 20 лет она возглавляла дерматовенерологическую службу Казахстана. В этот период она внесла большой вклад в развитие кожно-венерологической службы страны, в обеспечение высокого научного уровня дерматовенерологии, в создание и укрепление его материально-технической базы.

По существу, с первых же дней руководства службой она задалась целью – создать благоприятные условия деятельности для работников института, и с 1981 года началось строительство института. В 1983 году был сдан в эксплуатацию первый современный корпус, где разместилось консультативное отделение клиники, лаборатории и администрация. В 1989 году была принята первая очередь клинического корпуса института, а в 1993 году строительство стационара было полностью завершено. Таким образом, под ее четким руководством было построено 4 корпуса института. На месте снесенных ветхих построек вдоль проспекта Райымбека, от улицы Потанина до улицы Л. Хамиди, протянулся архитектурный ансамбль современных зданий, отделанных розовым туфом, которые и составляют нынешнюю базу научно-исследовательского кожно-венерологического института (ныне Казахского научного центра дерматологии и инфекционных заболеваний).

Беспрестанное стремление к самосовершенствованию, достижение высоких целей – характерная черта Зуры Бостановны Кешилевой. Одновременное решение поставленных целей и разносторонних задач является результатом долгого неутомимого труда.

В 1991 году ею была успешно защищена докторская диссертация на базе Центрального кожно-венерологического института РФ (г.Москва) на тему: «Эпидемиология псориаза, значение иммуногенетических маркеров и иммунных нарушений для оценки риска развития прогноза течения и эффективности лечения». Звание профессора ей присвоено в 1996 году.

В этом же 1991 году, в период с 23 по 27 сентября, в Алма-Ате при содействии Министерства здравоохранения СССР и Всесоюзного научного медицинского общества дерматовенерологов был проведен Девятый Всесоюзный съезд дерматовенерологов. В работе форума приняли участие делегаты из всех республик Советского Союза.

Наряду с организационной, научно-клинической и исследовательской деятельностью Зура Бостановна уделяла время и для участия в общественной деятельности страны. Находясь в центре общественного движения «Врачи мира за предотвращение ядерной войны», в течение 16 лет являлась заместителем председателя национального филиала международного движения. Неоднократно проводила научные конференции и конгрессы международного значения, принимала активное участие в конференциях за рубежом, где прославляла свою страну, выступая с многочисленными лекциями и научными докладами о последствиях отходов ядерного оружия для здоровья людей и последствиях для будущих поколений и в 1991 году Советским комитетом награждена Почетной медалью «Борцу за мир». Ранее, она была одной из тех, получивших Международную золотую медаль «Бейбітшілік» - орден чести, явившийся плодом ее самоотверженной работы. Обладатель высшей награды Республиканского общественного объединения «Национальная Медицинская Ассоциация» - нагрудного знака «Алтын Дәрігер».

«Один особенный момент, оставшийся в моей памяти ... » - вспоминает Зура Бостановна - «На Всемирной конференции в Нью-Йорке в 1992-1993 годах перед моим выступлением с докладом перед более, чем 2000 делегатов, поднялся флаг Казахстана. Тогда меня охватили такие сильные чувства, которые трудно описать – грудь распирало от чувства гордости, на глаза помимо моей воли навернулись слезы ... Тогда я подумала, что всего в жизни можно добиться, все в этом мире зависит от труда».

В 1998 году Зура Бостановна была награждена орденом «Құрмет».

Первой женщиной-профессором в области дерматовенерологии из Казахстана в 2001 году была избрана действительным иностранным членом Американской академии дерматологии, членом-корреспондентом Европейской академии дерматовенерологии. По

решению Международного библиографического института в Америке в 2001 году была удостоена звания «Женщина года» - признание как величайшей личности в мире, не только известного ученого, но и примерной женщины, образцовой матери, образцовой супруги, образцового учителя ...

В письме, адресованном Зуре Бостановне Кешиловой от руководства здравоохранения Республики Казахстан, сообщалось о внесении ее имени в историю многонационального Казахстана за заслуги в создании современной клиники научно-исследовательского кожно-венерологического института, являющегося одним из самых крупных лечебно-консультативных центров стран СНГ. «В мировой практике, рекомендованной Всемирной организацией здравоохранения, оказание специализированной помощи больным инфекциями, передающимися половым путем, Ваша роль в реформировании не имеет оценки ...» - говорилось далее в письме.

Да, и все это является результатом ее долгого упорного труда.

За период руководства институтом Зура Бостановна подготовила специализированный кадровый потенциал, для повышения квалификации этих специалистов были созданы все условия, свыше шестидесяти специалистов обеспечены квартирами.

В этот период институт, являвшийся научным, организационно-методическим, учебным и клиническим центром Казахстана в области инфекций, передающихся половым путем, и заболеваний кожи, имел в своем составе 228 сотрудников (включая аппарат управления и вспомогательный персонал); 177 штатных работников были заняты в клинике института. В институте функционировало 9 основных структурных подразделений: отдел научной организации борьбы с БППП, с ВИЧ/СПИД и дерматозами; 4 клинических отдела: проблем общей дерматологии; наследственных болезней кожи и профессиональных дерматозов; сифилиса; урогенитальных инфекций; 4 исследовательских лаборатории: иммунологии, микробиологии, физико-химической медицины, иммунодиагностики с группой ПЦР-диагностики.

Среди сотрудников института было 8 докторов медицинских наук, 4 из которых были профессорами; 22 кандидата медицинских и биологических наук, из которых ученое звание доцента и старшего научного сотрудника имело 12. Институт объединял ученых 10 научных специальностей: дерматовенерологов, аллергологов и иммунологов, биохимиков, биофизиков, гигиенистов, микробиологов, патоанатомов, патофизиологов, фармакологов, эпидемиологов, что обеспечивало комплексный подход при проведении научных исследований.

Было открыто платное отделение, оказывающее медицинские услуги больным вне обязательного, гарантированного объема медицинской помощи.

Штат клиники был представлен 24 врачами и 60 средними медицинскими работниками. При институте функционировал специализированный совет ВАК Министерства науки и новых технологий РК по защите диссертаций на соискание ученой степени доктора (кандидата) медицинских наук по специальности 14.00.11 «кожные и венерические болезни». С 1995 года действовала ведомственная трехгодичная докторантура (аспирантура) по подготовке научно-педагогических кадров по специальности «кожные и венерические болезни». Подготовка специалистов осуществлялась также в двухгодичной клинической ординатуре, проводились циклы усовершенствования врачей-дерматовенерологов с последующей выдачей свидетельств о прохождении специализации.

В 1999 году был открыт филиал института в г. Астане.

Наряду с осуществлением общего руководства институтом, под непосредственным руководством З.Б.Кешиловой отделом проблем общей дерматологии и инфекционных заболеваний кожи с группой лепры были осуществлены научно-исследовательские работы по изучению проблем псориаза в Республике Казахстан; исследования по проблеме микозов стоп; изучение эпидемиологии, ранней диагностики и лечения скрытых форм лепры, иммунного статуса больных, контактных лиц и жителей эндемичных по лепре районов Казахстана.

Впервые в Республике Казахстан на базе лаборатории иммунологии в 1987 году была организована группа диагностики ВИЧ-инфекции. В этот же период организована лаборатория физико-химической медицины, объединяющая специалистов биохимиков, биофизиков, патоморфологов, работающих в сфере изучения влияния физических и химических факторов внутренней и внешней среды на патологические процессы в коже, видное место в исследованиях лаборатории занимали проблемы псориаза.

Заслуженный деятель медицины в Казахстане, очень грамотный, трудолюбивый, с высокой деловой способностью человек, полностью отдавший себя научной работе, Зура Бостановна в жизни человек простой, с высокой культурой, красивой внешностью, с душой - еще более красивее. Имеет большую репутацию и за рубежом. Первой среди всех стран СНГ в институте разработала Национальную программу.

Автор более 200 печатных работ, 6 монографий, 2 учебников по кожным и венерическим болезням для студентов медицинских ВУЗов на государственном языке, 19 изобретений, 11 патентов.

Под руководством З.Б.Кешиловой выполнено более 30 научно-исследовательских работ, издано 16 сборников трудов, защищено более 20 кандидатских и 11 докторских диссертаций.

Медицина ғылымдарының докторы, профессор З.Б. Кешилеваның мерейтойына орай



2020 жылдың 13 наурызында медицина ғылымдарының докторы, профессор, «Қазақ тері-венерологиялық ғылыми-зерттеу институты» ШЖҚ РМК құрметті директоры, ҚазКСР еңбек сіңірген дәрігері, КСРО өнертапқышы, ҚР клиникалық және іргелі медицина ғылым академиясының мүшесі, американдық Дерматология академиясының нақты шетелдік мүшесі, Еуропалық Дерматовенерология академиясының корреспондент-мүшесі

КЕШИЛЕВА ЗУРА БОСТАНҚЫЗЫНЫҢ
туғанына 80 жыл толды.

Кешилева Зура Бостанқызы 1940 жылы Солтүстік Қазақстан облысында дүниеге келген.

Ата-анасынан ерте айырылып, туыстарының қолында тәрбие алған, Зура Бостанқызы ерте жастан өмірдің қиындықтарын бастан кешірді. Дегенмен, Зура Бостанқызы асырап ата-аналар туралы үлкен ризашылықпен және жылылықпен еске алады, олар оған туған қызы ретінде қарап, еңбек сүйгіштікті үйреткен.

Оның еңбек жолы медициналық училищені бітіргеннен кейін, алдымен Көкшетау қаласында, содан кейін Жаманту ауылында фельдшер-акушер болып жұмыс істеумен басталған. Ауылдағы фельдшер-акушер жұмысының барлық қиындықтарына қарамастан, ол учаскелік дәрігердің жұмысынан айырмашылығы жоқ, өйткені терапевт, медбике, акушер, тіпті акушер – өзінің еңбек қызметінің алғашқы жылында Зура Бостанқызы 225 босанатын әйелдің босануын қабылдады. Бұл кезең дифтерия індетінің сәйкес келуіне, шұғыл шаралар мен ұйымдастыру-алдын алу және емдеу іс-шараларының эпидемиясына байланысты, аз күштерді және бір ұйқысыз түнді қажет ететін күрделі кезең болды. Алайда, Зура Бостанқызы ностальгиямен осы жылдарды еске алып, осы өмір кезеңін өз өмірінде ең бақытты деп санайды. Бұл кезең Зура Бостанқызы үшін есте қалуы мүмкін, себебі дәл сол кезде онда осы проблеманы ғылыми тұрғыдан зерттеу идеясы оянды, ол үлкен қызығушылықпен осы мәселеге қатысты монографияларды оқып шықты.

Зура Бостанқызының кейінгі өмір кезеңі Алматы медициналық институтында оқумен, оның бүкіл өмірінің ісіне айналған, оған баға жетпес үлес қосқан Дерматовенерология саласындағы ғылыми қызметімен байланысты.

1969 жылы Алматы мемлекеттік медицина институтын Емдеу ісі мамандығы бойынша үздік бітірді. Институтты бітіргеннен кейін Қазақ тері-венерологиялық ғылыми-зерттеу институтына жұмысқа жіберілді, онда 1972 жылға дейін кіші ғылыми қызметкер болып жұмыс істеді.

1972 жылы РФ Орталық тері-венерологиялық институтының (Мәскеу қаласы) мақсатты аспирантурасына түсті. Аспирантураны бітіргеннен кейін, «Псориазбен ауыратын балалар мен олардың туыстарының терілерін клиникалық-морфологиялық зерттеу» тақырыбында кандидаттық диссертациясын сәтті қорғаған, содан соң 1976 жылы Зура Бостанқызы туған институтының қабырғасына қайта оралып, ҚазҒЗИ-да аға ғылыми қызметкер лауазымында жұмысын жалғастырды.

1981 жылы Зура Бостанқызы ҚазТВҒЗИ директоры қызметіне тағайындалды және 20 жыл бойы ол Қазақстанның дерматовенерологиялық қызметін басқарды. Осы кезеңде ол елдің тері-венерологиялық қызметін дамытуға, дерматовенерологияның жоғары ғылыми деңгейін қамтамасыз етуге, оның материалдық-техникалық базасын құруға және нығайтуға үлкен үлес қосты.

Іс жүзінде, қызметке басшылық еткен алғашқы күннен бастап ол институт қызметкерлері үшін қолайлы жағдай жасау мақсатын қойып, 1981 жылдан бастап институт құрылысы басталды. 1983 жылы бірінші заманауи корпус пайдалануға берілді, онда клиниканың консультативтік бөлімі, зертханалар және әкімшілік орналасқан. 1989 жылы институттың клиникалық корпусының бірінші кезегі қабылданды, ал 1993 жылы стационардың құрылысы толығымен аяқталды. Осылайша, оның нақты басшылығымен институттың 4 корпусы салынды. Райымбек даңғылының бойымен, Потанин көшесінен Л.Хамиди көшесіне дейін бұзылған ескі құрылыстардың орнына тері-венерологиялық ғылыми-зерттеу институтының (қазіргі Қазақ дерматология және инфекциялық аурулар ғылыми орталығының) қазіргі базасын құрайтын қызғылт туфпен бөлінген заманауи ғимараттардың архитектуралық ансамблі созылды.

Өзін-өзі жетілдіруге үнемі ұмтылу, жоғары мақсаттарға жету - Зура Бостанқызы Кешилеваның өзіне тән ерекшелігі. Қойылған мақсаттар мен жан-жақты міндеттерді бір мезгілде шешу ұзақ та ауыр еңбектің нәтижесі болып табылады.

1991 жылы ол РФ Орталық тері-венерологиялық институты базасында (Мәскеу қаласы) «Псориаз эпидемиологиясы, иммуногенетикалық маркерлер мен иммундық бұзылыстардың маңызы, емнің ағымы мен тиімділігін болжау тәуекелін бағалау үшін» тақырыбында докторлық диссертациясын табысты қорғады. Профессор атағы 1996 жылы берілді.

Осы 1991 жылы 23-27 қыркүйек аралығында Алматыда КСРО Денсаулық сақтау министрлігінің және дерматовенерологтардың Бүкілодақтық ғылыми медициналық қоғамының көмегімен дерматовенерологтардың тоғызыншы Бүкілодақтық съезі өткізілді. Форум жұмысына Кеңес Одағының барлық республикаларынан делегаттар қатысты.

Зура Бостанқызы ұйымдастырушылық, ғылыми-клиникалық және зерттеу қызметімен қатар еліміздің қоғамдық қызметіне қатысуға да уақыт бөлді. «Әлем дәрігерлері ядролық соғысты болдырмау үшін» қоғамдық қозғалысының орталығында болып, 16 жыл бойы халықаралық қозғалыстың Ұлттық филиалы төрағасының орынбасары болды. Халықаралық маңызы бар ғылыми конференциялар мен конгрестерді бірнеше рет өткізді, шет елдердегі конференцияларға белсенді қатысты, онда өз елін паш етті, адамдардың денсаулығы үшін ядролық қару қалдықтарының салдары және болашақ ұрпақ үшін салдары туралы көптеген дәрістер мен ғылыми баяндамалар жасады және 1991 жылы Кеңес Комитеті «Бейбітшілік үшін күрес» Құрмет медалімен марапатталды. Бұған дейін ол «Бейбітшілік» халықаралық алтын медалін алғандардың бірі болған еді. «Ұлттық медициналық қауымдастық» республикалық қоғамдық бірлестігінің «Алтын Дәрігер» төсбелгісінің иегері.

«Менің жадымда қалған бір ерекше сәт...» - деп Зура Бостанқызы есіне алады – «1992-1993 жылдары Нью-Йорктегі дүниежүзілік конференцияда менің баяндаманың алдында, 2000-нан астам делегат алдында Қазақстанның туы көтерілді. Сол кезде мені сипаттау қиын сияқты, менің бойым күшті сезімдерді қамтыды, кеудеме мақтаныш сезімінен тарады, менің еркімнен тыс көзіме жас келді ... Сонда мен өмірде барлығына қол жеткізуге болады деп ойладым, бұл әлемде барлығы еңбекке байланысты».

1998 жылы Зура Бостанқызы «Құрмет» орденімен марапатталды.

Қазақстанның Дерматовенерология саласындағы алғашқы әйел-профессоры 2001 жылы Америка Дерматология академиясының нақты шетелдік мүшесі, Еуропалық Дерматовенерология академиясының корреспондент-мүшесі болып сайланды. Америкадағы Халықаралық библиографиялық институттың шешімі бойынша 2001 жылы «Жыл әйелі» атағына ие болды - әлемдегі ұлы тұлға ретінде мойындалды, тек белгілі ғалым ғана емес, үлгілі әйел, үлгілі ана, үлгілі мұғалім ...

Зура Бостанқызы Кешилеваның Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау басшылығынан жолдаған хатында оның есімін ТМД елдерінің ең ірі емдеу-консультациялық орталықтарының бірі болып табылатын Тері-венерологиялық ғылыми-зерттеу институтының қазіргі заманғы клиникасын құрудағы еңбегі үшін көпұлтты Қазақстан тарихына енгізгені туралы хабарланды. «Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы ұсынған әлемдік тәжірибеде жыныстық жолмен берілетін жұқпалы ауруларға мамандандырылған көмек көрсету реформалаудағы сіздің рөліңіз бағаланбайды ...» - деп әрі қарай хатта айтылды.

Иә, мұның бәрі оның ұзақ қажырлы еңбегінің нәтижесі болып табылады.

Институт басшылығында Зура Бостанқызы болған кезінде мамандандырылған кадрлық әлеует дайындалды, осы мамандардың біліктілігін арттыру үшін барлық жағдай жасалды, алпыс адамнан астам маман пәтерлермен қамтамасыз етілді.

Осы кезеңде жыныстық жолмен берілетін инфекциялар және тері аурулары саласындағы Қазақстанның ғылыми, ұйымдастыру-әдістемелік, оқу және клиникалық орталығы болып табылатын институтта 228 қызметкер (басқару аппараты мен қосалқы персоналды қоса алғанда) болды; 177 штаттық қызметкер институт клиникасында жұмыс істеді. Институтта 9 негізгі құрылымдық бөлімше жұмыс істеді: ЖЖБА, АИТВ/ЖИТС және дерматозбен күресті ғылыми ұйымдастыру бөлімі; 4 клиникалық бөлім: жалпы дерматология мәселелері; терінің тұқым қуалайтын аурулары және кәсіби дерматоздар; сифи-түлкі; 4 зерттеу зертханасы: ПТР-диагностика тобымен иммунология, микробиология, физика-химиялық медицина, иммунодиагностика.

Институт қызметкерлерінің арасында 8 медицина ғылымдарының докторы, 4 профессор, 22 медицина және биология ғылымдарының кандидаты, оның ішінде доцент және аға ғылыми қызметкер ғылыми атағын алған 12 қызметкер болған. Институт 10 ғылыми мамандық ғалымдарын біріктірді: дерматовенерологтар, аллергологтар және иммунологтар, биохимиктер, биофизиктер, гигиенистер, микробиологтар, патоанатомдар, патофизиологтар, фармакологтар, эпидемиологтар.

Медициналық көмектің міндетті, кепілді көлемінен тыс науқастарға медициналық қызметтер көрсететін ақылы бөлімше ашылды.

Клиника штаты 24 дәрігер және 60 орта медицина қызметкерімен ұсынылды. Институтта 14.00.11 «Тері және венерологиялық аурулар» мамандығы бойынша медицина ғылымдарының докторы (кандидаты) ғылыми дәрежесін алу үшін диссертация қорғау бойынша ҚР Ғылым және жаңа технологиялар министрлігінің ЖАК мамандандырылған кеңесі жұмыс істеді. 1995 жылдан бастап «Тері және венерологиялық аурулар» мамандығы бойынша ғылыми-педагогикалық кадрларды даярлау бойынша ведомстволық үш жылдық докторантура (аспирантура) жұмыс істеді. Мамандарды даярлау екі жылдық клиникалық ординатурада жүзеге асырылды, дәрігер-дерматовенерологтарды жетілдіру циклдары жүргізілді, кейіннен маманданудан өту туралы куәлік берілді.

1999 жылы Астана қаласында институт филиалы ашылды.

Институтқа жалпы басшылықты жүзеге асырумен қатар, З.Б.Кешилеваның тікелей басшылығымен Жалпы дерматология және терінің жұқпалы аурулары мәселелерін лепра тобымен бірге Қазақстан Республикасындағы псориаз проблемаларын зерттеу бойынша ғылыми-зерттеу жұмыстары; табан микоздары мәселесі бойынша зерттеулер; алапестің жасырын формаларының эпидемиологиясын, ерте диагностикасын және емдеуін, науқастардың, байланыста болған адамдардың және Қазақстанның алапес бойынша эндемиялық аудан тұрғындарының иммундық мәртебесін зерттеу жүзеге асырылды.

Қазақстан Республикасында алғаш рет 1987 жылы иммунология зертханасының базасында АИТВ-инфекциясын диагностикалау тобы ұйымдастырылды. Осы кезеңде биохимиктер, биофизиктер, патоморфологтар мамандарын біріктіретін, ішкі және сыртқы органның физикалық және химиялық факторларының теріде патологиялық процестерге әсерін зерттеу саласында жұмыс істейтін физика-химиялық медицина зертханасы ұйымдастырылған, зертхананың зерттеулерінде псориаз проблемалары айқын орын алды.

Қазақстандағы медицинаның еңбек сіңірген қайраткері, өте сауатты, еңбекқор, жоғары іскерлік қабілеті бар, өзін ғылыми жұмысқа толық берген адам, Зура Бостанқызы өмірде қарапайым, жоғары мәдениеті бар, әдемі келбеті бар, таза жаны бар адам. Шетелде үлкен беделге ие. ТМД елдерінің арасында алғаш болып институтта Ұлттық бағдарлама жасады.

200-ден астам баспа жұмыстарының, 6 монографияның, медициналық ЖОО студенттеріне арналған тері және венерологиялық аурулар бойынша мемлекеттік тілде 2 оқулықтың, 19 өнертабыстың, 11 патенттің авторы.

З.Б. Кешилева жетекшілігімен 30-дан астам ғылыми-зерттеу жұмыстары орындалды, 16 еңбек жинағы шығарылды, 20-дан астам кандидаттық және 11 докторлық диссертация қорғалды.



СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ВОПРОСА ОБ ЭТИОЛОГИЧЕСКОЙ РОЛИ МИКОПЛАЗМ В УРОГЕНИТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Джусупгалиева М.Х.

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

Резюме

В обзоре описаны этиологические и патогенетические механизмы, ведущие к развитию урогенитальной микоплазменной инфекции, факторы риска развития заболевания. Представлены данные о клинических проявлениях заболевания, о влиянии микоплазменной инфекции на репродуктивную функцию мужчин и женщин.

Ключевые слова: урогенитальная микоплазменная инфекция, этиология, патогенез, факторы риска, клиническая картина, репродуктивная функция.

В этиологии воспалительных заболеваний урогенитального тракта, имеющей полимикробный характер, участвуют как аэробные, так и анаэробные микроорганизмы. Более 40 видов микроорганизмов могут быть ассоциированы с воспалительными заболеваниями. У данных больных обычно обнаруживают *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, микроорганизмы семейства *Mycoplasmataceae* [1,2,3]. Об увеличении частоты воспалительных заболеваний органов малого таза (ВЗОМТ), вызванных *N.gonorrhoeae*, *S.trachomatis*, *M.hominis*, *M.genitalium* указывают данные Г.М.Савельевой, В.Г.Бреусенко [4]. Изучение микрофлоры больных с трубно-перитонеальной формой бесплодия показало, что, кроме хламидий (49,5%), у 77,1% женщин обнаруживаются патогенные и условно-патогенные микроорганизмы (энтерококки, кишечная палочка, гарднереллы, уреаплазмы) [5]. Полимикробную природу острых воспалительных заболеваний органов малого таза доказывают исследования Ю.С.Кондратьевой [6], Chen PC, Tseng TC, Hsieh JY, Lin HW [7]. Исследования последних авторов показали, что при анонимном обследовании женщин только 7,3% оказались практически здоровыми, у 81,7% выявлены различные инфекции, передаваемые половым путем (ИППП), в том числе у 18,7% - гонорея, у 50,0% - уреаплазмоз, гарднереллез, трихомониаз, остроконечные кондиломы и их сочетания.

В свете представленных данных становится очевидным актуальность проведения исследований по установлению этиологической роли каждого из микробных ассоциантов, в частности, микроорганизмов семейства *Mycoplasmataceae*. Изучению роли этих микроорганизмов в генезе воспалительных заболеваний органов мочеполовой системы в последние годы отмечается неуклонный интерес исследователей, что связано с отсутствием до настоящего времени фундаментальных знаний об их вирулентных свойствах [8,9].

Для некоторых видов микоплазм уже доказана их этиологическая роль в развитии острых и хронических заболеваний различной локализации с широким спектром осложнений. Но вместе с тем, еще мало изучено, но становится все более очевидным, что широко распространенное носительство микоплазм можно рассматривать как патогенный потенциал этих микроорганизмов.

К микоплазмам, ассоциирующимся с заболеваниями мочеполового тракта и наиболее часто выделяющимися в клиническом материале, полученном из органов урогенитальной системы, относятся 3 вида микоплазм: *Mycoplasma genitalium*, *Ureaplasma urealyticum*, *Mycoplasma hominis* [10,11,12].

Waites KB. et al. [13], Günyeli İ. et al. [14] получены данные об относительно высокой частоте выявления микоплазм, ассоциирующихся с различными патологическими процессами у людей обоего пола, у беременных и детей. Исследования 70 биопроб, полученных от женщин, которые наблюдались в Центре Общественного здоровья в связи с подозрением на наличие у них микоплазменной инфекцией, показало наличие микоплазм в 23 случаях (33,0%), которые в 3-х случаях (13,0%) были идентифицированы как *Ur.urealyticum* и в 9 случаях (39,0%) как *M.hominis*, в 11 случаях (48,0%) обнаружены оба вида.

По частоте распространения микоплазмы среди больных негонококковыми уретритами (НГУ) не уступают, а у отдельных контингентов больных даже превосходят хламидии [15]. Хламидии обнаруживаются у 54,5%, хламидии и уреаплазмы у 12,2%, хламидии и гарднереллы у 1,1%, уреаплазмы у 6,1%, гарднереллы у 2,2%, трихомонады у 1,1% больных из 180 мужчин с постгонорейным уретритом [16].

При обследовании 606 мужчин без симптомов уретрита у 21,3% больных Gamova N.A. [17] обнаружены уреаплазмы. Чаще (35,0%) уреаплазмы были обнаружены в группе бессимптомных партнеров лиц с ИППП, в группе больных бесплодием – в 15,2%.

Уреаплазмы были выделены при эпидидимитах [18], у пациентов с острыми уретропростатитами [19].

У мужчин, не живущих половой жизнью, редко обнаруживаются генитальные микоплазмы, а среди ведущих активную половую жизнь и часто меняющих половых партнеров, процент выделения уреаплазм повышается до 26,2% [17].

Уреаплазмоз диагностируется как сопутствующая инфекция у 44,6-62,8% больных гонореей, у 24,4-54,7% - трихомониазом [20], у больных хламидиозом – в 37,2% случаев [20]. Ассоциация гонококка с хламидиями или уреаплазмами установлена у 20,0% женщин при клинико-лабораторном обследовании 120 женщин с инфекцией урогенитального тракта. В 11,7% случаев уреаплазменной инфекции выявлена экстрагенитальная локализация процесса в прямой кишке, в 3,3% - глотке [21].

Изучение частоты распространенности поражений мочеполовых органов у женщин, вызванных уреаплазмами, показало одинаковую распространенность уреаплазмоза среди больных венерологических и гинекологических клиник (56,8% и 59,7% соответственно) [22].

Возможно микоплазмозоносительство, которое представляет значительную потенциальную опасность. Рар А.В. с соавт. [23] выявила *Ur.urealyticum* в 10,2% случаев среди клинически здоровых женщин, что свидетельствует о существовании определенной популяции больных, являющихся резервуаром инфекции.

В печати дискутируется возможность связи между бесплодием, невынашиванием беременности и другой акушерско-гинекологической патологией и инфицированием генитального тракта микоплазмами [24,25,26,27,28]. Общий процент больных ВЗОМТ, у которых были выделены возбудители ИППП, по данным Herzog SA, Heijne JC с соавт. [29], составил 54,3%. *S.trachomatis* были обнаружены в 28,3%, *N.gonorrhoeae* – в 23,9% из цервикального канала и в 17,4% - из аспирата брюшной полости, *M.hominis* – в 17,3%, *E.coli* – в 15,2% случаев.

В работе Савичевой А.М., Башмаковой М.А. [11] приведены данные о высокой частоте выделения *M.hominis* (54,9%) у женщин с ВЗОМТ. В контрольной группе (здоровые женщины) этот показатель составил 16,4%.

В более, чем 80,0% случаев уреаплазмоза возможно вовлечение в воспалительный процесс маточных труб и яичников. Среди больных уреаплазмозом трубное бесплодие отмечается в 42,3%, невынашивание беременности в 32,1%, нарушение менструального цикла – в 9,2% случаев [30,31].

Некоторыми авторами оспаривается роль микоплазменной инфекции в развитии бесплодия за исключением последствий сальпингита у женщин, вызванного *M.hominis*. При бесплодии эти микроорганизмы обнаруживаются у одного или обоих партнеров в 50-60% [31].

Исследования Günyeli İ. с соавт. [32] показали, что одним из возможных факторов мужского бесплодия является повреждение сперматозоидов при микоплазменной инфекции. Из эякулята больных бесплодием уреоплазмы выделяются в 15,8%, *C.trachomatis* в 15,4%, *E.coli* – в 3,4%, другие микроорганизмы – в 5,7%. У мужчин-носителей уреоплазменной инфекции обнаружена тенденция к уменьшению общего количества сперматозоидов, снижению их подвижности, увеличению морфологически аномальных форм. Отмечен более высокий процент беременностей у жен после соответствующей терапии мужей, что позволяет считать, что уреоплазмы являются этиологическим фактором бесплодия у мужчин [33]. Существует определенная корреляция между степенью обсеменения микоплазмами и степенью ограничения движения сперматозоидов [33].

Механизмами инфицирования эякулята *N.gonorrhoeae*, *C.trachomatis*, *Ur.urealyticum*, *T.vaginalis* являются: уменьшение сперматогенеза из-за травмы яичек, аутоиммунные процессы, вызванные воспалением, прямое действие на функцию сперматозоидов, дисфункция вспомогательных мужских желез, лейкоцитоспермия, влияющая на характеристику эякулята [34]. Авторы считают, что дальнейшие исследования должны быть направлены по пути поиска биохимических маркеров воспаления и индикаторов иммунного ответа в эякуляте (эластаза нейтрофильных лейкоцитов, C_3 комплемент) и секреторных маркеров (альфа-глюкозидаза, фосфатаза).

У 15,0% пациентов с бесплодием обнаруживается *Ur.urealyticum*. При электронномикроскопическом изучении эякулята с массовой контаминацией уреоплазм у сперматозоононов выявлены изменения в области шейки, головки. Также обнаруживалось образование спиралевидных сперматозоононов, которые не встречаются в нормальном эякуляте [35,36]. С.Симино с соавт. [37] обследовали 28 пар со слизисто-спермальной несовместимостью и 8 пар с бесплодием невыясненной этиологии. Инфицирование *C.trachomatis*, *Ur.urealyticum*, *M.hominis* в 48,8% случаев ассоциировалось со слизисто-спермальной несовместимостью. Авторы считают, что инфицирование *C.trachomatis*, *Ur.urealyticum*, *M.hominis* играет важную роль при возникновении слизисто-спермальной несовместимости как в случае диспермии, так и без нее.

Проведенная соответствующая терапия может снизить число случаев бесплодия, связанного с физиологическим состоянием сперматозоидов [37].

Предметом противоречивых споров является свойство микоплазм вызывать преждевременные роды [38,39,40,41]. Ранние выкидыши происходят в 2-3 раза чаще, чем поздние. Частота неразвивающейся беременности при бактериальном кольпите у нелеченных женщин составляет 2,5%, а у беременных с наличием *M.hominis* в гениталиях она достигает 7,9% [42,43]. Частота обсемененности микоплазмами беременных женщин и их детей не коррелирует со сроком беременности и весом новорожденных.

Перинатальные потери при пиелонефрите, обусловленном генитальным микоплазмозом в 8-9 раз выше, чем у здоровых женщин [44].

При обследовании 30 беременных с диагнозом угрожающего выкидыша и угрожающих преждевременных родов у 10 (33,3%) выявили *M.hominis*. Экспериментально было доказано, что бактериальные липополисахариды стимулируют продукцию ИЛ-1 клетками плаценты. ИЛ-1 оказывают эффективное защитное местное действие. Вместе с тем, ИЛ-1 может выступать в роли фактора, стимулирующего нормальный акт родов, а в патологических случаях – преждевременные роды. Данный эффект, вероятно, связан со способностью ИЛ-1 индуцировать синтез простагландина E_2 – известного стимулятора родовой деятельности [45].

При серологическом исследовании у рожениц обнаружено присутствие антител к генитальным микоплазмам *M.hominis*, *Ur.urealyticum*. Вне зависимости от уровня специфици-

ческих антител у рожениц, у новорожденных отсутствовали антитела к *M.hominis*, но выявлялись антитела к *Ur.urealyticum*, которые обнаруживались в значительно меньших титрах, чем у матерей [46]. Частота их обнаружения ассоциируется со степенью недоношенности, весом новорожденных, увеличением заболеваемости и смертности [46].

У беременных, страдающих микоплазменной урогенитальной инфекцией, велика частота частичной преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты, аномалий прикрепления плаценты [2].

Sun H. [47] исследовал 65 плацент, полученных от беременных женщин, имеющих антитела к *Ur.urealyticum*. *Ur.urealyticum* обнаружены в 13 (20,0%) из 65 плацент. При патолого-анатомическом исследовании 6 плацент обнаружены признаки острого или хронического воспаления. В 3 из 5 случаев при инфицировании плаценты *Ur.urealyticum* в крови из пупочного канатика с помощью ИФА обнаружены IgM к *Ur.urealyticum*. В одном случае определен серотип 8. Полученные данные свидетельствуют о возможности внутриутробного инфицирования *Ur.urealyticum*.

О роли генитальных инфекций в генезе невынашивания беременности свидетельствуют данные Островской М.А. с соавт. [48]. Комплексное исследование микробного пейзажа содержимого цервикального канала у 283 женщин после преждевременного прерывания беременности показало: ведущую роль играют микоплазмы (59,1%) с преобладанием *Ur.urealyticum* над *M.hominis*. Хламидии выявлены в 6,0% случаев. Аналогичные данные получены Курносенко И.В. [49]. У женщин с невынашиванием беременности на фоне воспалительных заболеваний гениталий различной локализации в 40% случаев выявляются хламидии, в 21% - уреаплазмы.

Определение наличия *Ur.urealyticum* в абортированном материале и цервикальном канале у 40 женщин со спонтанными абортами (исследуемая группа), 20 женщин с искусственным абортом и 20 здоровых беременных женщин (контрольная группа) показало, что частота *Ur.urealyticum* в исследуемой группе была значительно выше (50,0%), чем в контрольной группе (10,0%) и увеличивается вместе с числом спонтанных абортов [50]. Авторы считают, что *Ur.urealyticum* могут явиться этиологическим фактором спонтанного аборта. Белова А.В. [51] приводит сведения о том, что инфицирование хориоамниона часто приводит к преждевременным родам и развитию хориоамнионита, который диагностируется гистологически.

Наличие микоплазм в родовых путях рожениц является высоким фактором риска инфицирования плода и новорожденного [38,42,43,49,51]. При обследовании 80 детей, родившихся преждевременно от матерей, у которых были обнаружены *M.hominis* и *Ur.urealyticum*, установили у 12(51,2%) гипоксически-травматические энцефалопатии, у 21(26,2%) – гнойно-септические инфекции [52].

При послеродовом эндометрите бактериологическое исследование метрoаспирата показало, что в микробных ассоциациях преобладали эшерихии, клебсиелла, протей (10^4 - 10^5 КОЕ/мл) в сочетании с энтерококками, стрептококками гр. В, микоплазмами. Среднее число микробов-ассоциантов составило 3,4 [53]. *Ur.urealyticum* могут быть причиной послеродовой лихорадки [53].

Эти данные позволяют сделать заключение, что инфекционные заболевания женщин, в том числе микоплазменной этиологии, часто оказывают неблагоприятное влияние на течение беременности и состояние плода и могут привести к прерыванию беременности, гибели плода или новорожденного, вызвать послеродовые заболевания.

Вызывает интерес связь микоплазменной инфекции с гипогаммаглобулинемией [54]. Последние авторы за 20-летний период исследовали 53 мужчин и 38 женщин, страдающих гипогаммаглобулинемией. Микоплазмы были выделены значительно чаще из влагалища (75,0%), мочи (в 2-6 раза) больных, чем у контрольных лиц. С одинаковой частотой микоплазмы были обнаружены в глотке. Из 91 пациента 21(23,0%) имели септический артрит. В 38,0% случаев из их суставов были выделены микоплазмы или уреаплазмы. Итак, слизистые лиц, страдающих гипогаммаглобулинемией, чаще оказываются колонизирован-

ными микоплазмами и уреаплазмами. У этих больных микоплазмы и уреаплазмы являются причиной септических артритов. Возможна связь уреаплазменной инфекции с заболеваниями верхних дыхательных путей [55].

Таким образом, при микоплазменной инфекции наблюдаются различной степени и тяжести воспалительные процессы уrogenитального тракта, могут быть нарушения генеративной функции. В большинстве случаев микоплазмозы являются хроническими по своей природе, а это указывает на очень тесное взаимодействие микоплазм с клетками организма-хозяина, обусловленное биологическими свойствами микроорганизма. На основании данных литературы и собственных исследований P.Altucci, G.Abbate [56] выделяют следующие наиболее важные аспекты микоплазменных инфекций:

- развитие генетических и биологических исследований, особенно в связи с проблемами патогенеза и диагностики;
- клинические и диагностические особенности инфекций, вызванных микоплазмами;
- взаимосвязь между микоплазмами, иммунной системой и аутоиммунными заболеваниями;
- появление новых патогенов и новых типов микоплазменных инфекций: урологические и генитальные инфекции, вызванные *M.hominis* и *Ur.urealyticum*, взаимоотношения между *Mycoplasma* и ВИЧ-инфекцией.

Согласно классификации В.Д.Тимакова, Г.Я.Каган [1973] в основу которой положен этиологический принцип, микоплазмы подразделяются на 7 групп в зависимости от локализации патологических процессов:

- I группа – микоплазмы, возбудители респираторных заболеваний;
- II группа – микоплазмы, обнаруживающиеся при заболеваниях мочеполового тракта;
- III группа – микоплазмы, связанные с патологическими процессами в виде сложных воспалительных синдромов;
- IV группа – микоплазмы, связанные с заболеваниями суставов и сердца;
- V группа – микоплазмы, обуславливающие заболевания нервной системы;
- VI группа – микоплазмы, обнаруживаемые при лейкозе и некоторых опухолях;
- VII группа – условные комменсалы.

Из группы микоплазм, ассоциирующихся с урогенитальной патологией наибольшее значение имеют 2 вида: *M.hominis*, относящийся к роду *Mycoplasma* (включает 75 видов) и *Ur.urealyticum*, род *Ureaplasma* [11,12,47,51,55].

Высокая антигенная гетерогенность микоплазм разных видов при наличии некоторых межвидовых серологических связей обуславливает значительный внутривидовой антигенный полиморфизм, т.е. антигенные различия между штаммами одного вида [57].

Для *M.hominis* известно 14 серотипов, различающихся в реакциях агглютинации и ингибирования роста с гипериммунными сыворотками, по электрофоретическим спектрам белков и по данным ДНК-ДНК-гибридизации [57]. Значительная внутривидовая гетерогенность белков *M.hominis* подтверждена иммуноблотингом с моноклональными антителами, что открывает новые возможности для детального изучения микоплазменных антигенов. Антигенный полиморфизм хорошо коррелирует с предполагаемой высокой скоростью геномной изменчивости микоплазм [57].

Изучение антигенных особенностей T-штаммов (*Ur.urealyticum*), впервые описанных в 1954 году Shepard, показало существование различных серотипов, дающих, однако, перекрестные серологические реакции. Путем селекции праймеров методом ПЦР установлено 14 серотипов *Ureaplasma urealyticum*.

De Francesco MA, с соавт. [58] делят серовары на 2 биовара: I биовар состоит из сероваров 1,3,6,14; 2 биовар: 2,4,5,7,8,9,10,11,12,13. Идентифицирован поверхностный антиген – многополосный (МП-АГ), который содержит как серовар-специфичные, так и перекрестно-реагирующие эпитопы. Исследуя генотипическую характеристику C-концевого участка многополосного АГ серовара 3 авторы показали, что этот домен определяет специфичность серовара и изменения числа аминокислотных остатков (разновидности) МП-

АГ. Не только ген МП-АГ присутствует во всех сероварах, но и гены 5 участка являются маркерами специфичности и многообразия биоваров.

Основным отличительным свойством микоплазм является отсутствие клеточной стенки. Предположения о родстве микоплазм и L-форм бактерий высказывались Dienes L.A. с соавт. [59], Тимаковым В.Д., Каган Г.Я. [60]. Sladek T.L. [61] рассматривает L-форму как первичную и основную ступень в дальнейшей эволюции микоплазм.

В отличие от L-форм бактерий микоплазмы вообще не синтезируют биохимических предшественников пептидогликана. С отсутствием клеточной стенки связано безразличие микоплазм к пенициллину и его аналогам, так как действие антибиотиков этого ряда состоит в подавлении синтеза компонентов клеточной стенки бактерий [62].

Клетки микоплазм ограничены лишь плазматической мембраной, этим и определяется пластичность микоплазм, непостоянство, многообразие очертаний клеток, их неустойчивость (быстрый лизис) при осмотическом шоке, действии детергентов, этанола и специфических антител в сочетании с комплементом [63].

На тонких срезах мембран микоплазм, фиксированных четырехокисью осмия, при электронномикроскопических исследованиях выявляется характерная трехслойная структура с общей толщиной около 10 нм [64]. Мембрана содержит все липиды микоплазмы и от 25 до 50,0% белков. Количество углеводов в мембранах микоплазм невелико.

У большинства микоплазм отсутствуют дифференцированные внутриклеточные структуры, если не считать нуклеоида и рибосом, которые характерны для всех прокариот [12,55,63]. Геном *M.hominis* представлен двуспиральной ДНК размером 50 МД, состоящей из 680 тыс. НП. Соотношение Г+Ц пар 27,3-29,3 моль%.

Микоплазмы обладают собственными системами репликации ДНК, транскрипции и биосинтеза белка, но многие из них не синтезируют жирные кислоты, холестерин и некоторые белки, включая эти компоненты в состав своих мембран непосредственно из среды [12,60].

Отсутствие некоторых ферментных систем в клетках микоплазм компенсируется наличием уникальных ферментов и механизмов, с помощью которых микоплазмы успешно извлекают необходимые им вещества из клеток высших организмов [60].

Микоплазмы находятся в тесной связи с клетками высших эукариот. В работе D.G.Smith, W.C.Russel, D.Thirkell [65] показано наличие у *Ur.urealyticum* адгезинов, участвующих в механизме прикрепления к клеткам-хозяина. Адгезин видо- и серотипоспецифичны, отдельные из них имеют белковую природу. Авторы не исключают, что в процессе взаимодействия микоплазмы с клеткой-хозяином вовлекаются и их геномы. Результатом этих процессов может быть обмен генетической информацией.

Ультраструктурный анализ очагов поражения урогенитального тракта больных смешанной уреоплазменной инфекцией выявил персистенцию уреоплазм и хламидий в мембраноограниченных зонах эпителиальных клеток и фагосомах влагалищных трихомонад [66].

О возможности персистенции микоплазм в цитоплазматических вакуолях клетки-хозяина свидетельствуют данные J.Jensen с соавт. [67]. Отмечено местонахождение нормальных микоплазм в мембраносвязанных вакуолях, очень близко к ядру [67].

Именно персистенция, т.е. длительное нахождение в макроорганизме, является основной формой существования всех микоплазм [60].

Микоплазмы выделяют непосредственно в среду (а может быть и непосредственно в клетки организма-хозяина) высокоактивные нуклеазы. *Ur.urealyticum* продуцирует и выделяет в среду специфическую протеазу – эндопептидазу, расщепляющую человеческие антитела субкласса IgA-I на интактные мономерные Fab- и Fc-фрагменты [68]. Известно, однако, что свойством расщеплять IgA-I обладает целый ряд патогенных микроорганизмов, включая виды родов *Streptococcus*, *Hemophilus*, *Neisseria*. Эти данные следует рассматривать как косвенное указание на то, что способность расщеплять IgA-I может быть существенным фактором патогенности [68].

Принимая во внимание множественный характер инфекции при воспалительных процессах слизистых оболочек и наличие этого фермента только у некоторых штаммов уреаплазм, следует обсудить возможность горизонтального переноса соответствующего гена между микроорганизмами, населяющими общий макроорганизм, а также приобретения этого гена некоторыми штаммами уреаплазм.

Цитологическую картину патологии, инфицированных микоплазмами Kahane I. [69] целиком объясняет развитием окислительных процессов, совокупность которых названа им окислительным стрессом клетки. Окислительные повреждения клеток, вызываемые микоплазмами, по своему химизму похожи на процессы уничтожения биологического материала внутри фаголизосомы, образующейся в результате слияния фагосомы и лизосом нормальных макрофагов.

Следует признать, что имеющихся данных недостаточно для объяснения процессов развития заболеваний, вызываемых микоплазмами. Пути взаимодействия паразит-хозяин в случае микоплазм весьма сложны и динамичны. Микоплазмы инициируют в клетках организма-хозяина разного рода метаболические нарушения. Микоплазмы могут препятствовать иммунологическому распознаванию, способны «обходить» эффекторные воздействия иммунной системы, нарушать прессинг антигенов, влиять на функцию лимфоцитов [70].

В свете сказанного интерес представляет работа P.M.Stuart, G.H.Cassell, J.G.Woodward [71]. Авторами показано, что микоплазмы всех 5 тестированных видов (*M.arginini*, *M.arthritis*, *M.pneumoniae*, *M.hominis*, *M.pulmonis*) индуцировали экспрессию антигенов Ia на клетках миеломоноцитарной линии WEHI-3. Полученные ими данные – это первая демонстрация способности микроорганизмов непосредственно индуцировать экспрессию антигенов ГКГС на кроветворных клетках.

Анализируя литературные данные, можно выделить следующие особенности микоплазм, играющие ведущую роль в патогенезе заболевания:

- отсутствие клеточной стенки;
- миниатюрность и пластичность, позволяющие им проникать в крипты мембран инфицируемых клеток;
- малый размер генома (50-1000 мД);
- минимальное количество органелл;
- способность персистировать на клеточной мембране эукариот;
- патогенность большинства микоплазм для макроорганизма при условии возникновения иммунодефицита, постоянного или временного, вызванного бактериальными или вирусными инфекциями.

Литература

1. Кисина В.И. Урогенитальные инфекции у женщин / В.И. Кисина, К.И. Забиров.- М.,2005.-С. 228.
2. Макаров О.В. Инфекции в акушерстве и гинекологии / О.В. Макаров, В.А. Алешкин, Т.Н. Савченко. - М.: «МЕДпресс-информ»,2007.-464 с.;
3. Anthony N. Imudia, Laura Detti, Elizabeth E. Puscheck, Frank D. Yelian, Michael P. Diamond. The prevalence of ureaplasma urealyticum, mycoplasma hominis, chlamydia trachomatis and neisseria gonorrhoeae infections, and the rubella status of patients undergoing an initial infertility evaluation // J Assist Reprod Genet.-2008.-Jan.-№25(1).-P. 43-46.
4. Гинекология / Под ред. Г.М. Савельевой, В.Г. Бреусенко.-М.: ГЭОТАР-МЕД,2005.-С. 167-180.
5. Кузьмин В. Н. Инфекции, передаваемые половым путем, в проблеме репродуктивного здоровья женщин. М.,2010.-123 с.
6. Кондратьева Ю.С. Частота встречаемости хламидийной, трихомонадной и микоплазменной инфекции и факторы риска пациенток с хроническим циститом // Медицинское обозрение // Наука и практика.-2014.-№2.-С.11-14.

7. Chen PC, Tseng TC, Hsieh JY, Lin HW. Association between stroke and patients with pelvic inflammatory disease. *Stroke*, 2011;42:2074-6.
8. Verteramo R, Patella A, Calzolari E, Recine N, Marcone V, Osborn J, et al. An epidemiological survey of *Mycoplasma hominis* and *Ureaplasma urealyticum* in gynaecological outpatients, Rome, Italy // *Epidemiol Infect.*-2013.-№141.-P. 2650-2657.
9. Zdrodowska-Stefanow B, Kłosowska W, Ostaszewska-Puchalska I, Bułhak-Koziół V, Kotowicz B. *Ureaplasma urealyticum* and *Mycoplasma hominis* infection in women with urogenital diseases // *Adv Med Sci.*-2006.-№51.-P. 250-253.
10. Абдрахманов А.Р., Петрова А.С., Садыкова З.Р., Абдрахманов Р.М. Анализ состояния женской репродуктивной системы, инфицированной микоплазменной инфекцией // *Здоровье и образование в 21 веке.*-2017.-№19.-С. 17-20.
11. Савичева А. М., Башмакова М. А. Генитальные микоплазмы и вызываемая ими патология // *Лечащий Врач.*-2008.-№10.-С. 11-16.
12. Юсупова Л.А. Микоплазменные инфекции уrogenитального тракта. Казань: АртПечатьСервис, 2013.-42 с.
13. Waites KB, Katz B, Schelonka RL. *Mycoplasmas* and *ureaplasmas* as neonatal pathogens // *Clin Microbiol Rev.*-2005.-№18(4).-P.757-789.
14. Günyeli İ, Abike F, Dündar İ, Aslan C, Tapısız ÖL, Temizkan O, et al. Chlamydia, *Mycoplasma* and *Ureaplasma* infections in infertile couples and effects of these infections on fertility // *Arch Gynecol Obstet.*-2011.-№283.-P. 379-385.
15. Falk L., Fredlund H., Jensen J. S. Symptomatic urethritis is more prevalent in men infected with *Mycoplasma genitalium* than with *Chlamydia trachomatis* // *Sex Transm Infect.* 2004; 80(4): 89-293.
16. Гомберг М. А., Соловьев А. М., Ковалык В. П. Негонококковые уретриты у мужчин: этиология и обоснование этиотропной терапии // *Лечащий Врач.*-2006;7:26-31.
17. Gamova N.A. Drug sensitivity of *Ureaplasma urealyticum*, persisting in patients with chronic inflammatory diseases of the urogenital tract // *Zh Mikrobiol Epidemiol Immunobiol.*-2003;(4):81-85.
18. Povlsen K., Bjornelius E., Lidbrink P. et al. Relationship of *Ureaplasma urealyticum* biovar 2 to nongonococcal urethritis // *Eur J Clin Microbiol Infect Dis.*-2002;21(2): 97-101.
19. Deguchi T., Yoshida T., Miyazawa T. et al. Association of *Ureaplasma urealyticum* (biovar 2) with nongonococcal urethritis // *Sex Transm Dis.*-2004;31:192-195.
20. Ouzounova-Raykova V, Rangelov S, Ouzounova I, Mitov I. Detection of *Chlamydia trachomatis*, *Ureaplasma urealyticum* and *Mycoplasma hominis* in infertile Bulgarian men with multiplex real-time polymerase chain reaction // *APMIS: acta pathologica, microbiologica, et immunologica Scandinavica.*-2015.-№123(7).-P.586-588.
21. Бакалова Л.А. Частота экстрагенитальной локализации БППП у женщин, особенности клиники, эффективность фторхинолонов: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1992.-12 с.
22. Akyshbayeva K.S., Kaloidi I.A., Valiyev A.K., Musrepova Z.Z., Semenova E.V. Comparative frequency of STD among women who applied to urogenital tract venerologic and gynecologic institutions // 9-th Congress of the European Academy of Dermatology and Venereology, Oktober, 2003, Barselone.
23. Пар А. В., Максимова Т. Г., Трухина А. В. и др. Уровень колонизации уреаплазмами определенных биоваров в группах женщин с различными клиническими симптомами. // *Журн. микробиол.* 2004. № 4. С. 12–17.
24. Кузьмин В.Н., Адамян Л.В., Пустовалов Д.А. Инфекции, передаваемые половым путем, и охрана репродуктивного здоровья женщин. М., 2010. / Kuz'min V.N., Adamian L.V., Pustovalov D.A. *Infektsii, peredavaemye polovym putem, i okhrana reproduktivnogo zdorov'ia zhenshchin.* М., 2010.

25. Пестрикова Т.Ю., Юрасов И.В., Юрасова Е.А. Воспалительные заболевания в гинекологии. М.: Литтерра, 2009. / Pestrikova T.Iu., Iurasov I.V., Iurasova E.A. Vospalitel'nye zabolevaniia v ginekologii. M.: Litterra, 2009.
26. Петерсен, Э.Э. Инфекции в акушерстве и гинекологии. Пер. сангл. под общей ред. В.Н.Прилепской. М.: МЕДпресс-информ, 2007 / Petersen, E.E. Infeksii v akusherstve i ginekologii. Per. s angl. pod obshchei red. V.N.Prilepskoï. M.: MEDpress-inform, 2007.
27. Pellati D, Mylonakis I, Bertoloni G, Fiore C, Andrisani A, Ambrosini G, et al. Genital tract infections and infertility // Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.-2008.-№140.-P. 3-11.
28. Murtha AP, Edwards JM. The role of Mycoplasma and Ureaplasma in adverse pregnancy outcomes // Obstetrics and gynecology clinics of North America.-2014.-№41(4).-P. 615-267.
29. Herzog SA, Heijne JC et al. Describing the progression from Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae to pelvic inflammatory disease: systematic review of mathematical modeling studies. Althaus Sex Transm Dis.-2012;39(8):628-37.
30. Sobouti B, Fallah S, Mobayen M, Noorbakhsh S, Ghavami Y. Colonization of Mycoplasma hominis and Ureaplasma urealyticum in pregnant women and their transmission to offspring // Iran J Microbiol.-2014 August 5.-№6(4).-P. 219-224.
31. Anthony N. Imudia, Laura Detti, Elizabeth E. Puscheck, Frank D. Yelian, Michael P. Diamond. The prevalence of ureaplasma urealyticum, mycoplasma hominis, chlamydia trachomatis and neisseria gonorrhoeae infections, and the rubella status of patients undergoing an initial infertility evaluation // J Assist Reprod Genet.-2008 Jan.-№25(1).-P. 43-46.
32. Günyeli İ, Abike F, Dünder İ, Aslan C, Tapısız ÖL, Temizkan O, et al. Chlamydia, Mycoplasma and Ureaplasma infections in infertile couples and effects of these infections on fertility // Arch Gynecol Obstet.-2011.-№283.-P. 379-385.
33. Dabaja AA, Schlegel PN. Medical treatment of male infertility // Transl Androl Urol.-2014.-№3.-P.9-16.
34. Al-Sweih Noura A. et al., J of Andrology, 2012.
35. Корчилава Т.М. Ureaplasma urealyticum и бесплодие мужчин // Акушерство и гинекология.-1988.-№8.-С. 69.
36. Grossgebauer K., Henning A., Hartmann O. Mycoplasmen-benigne spermatozoen- und ptachaden der infertile Mannern // Hautarzt.-1981.-B.28, N3.-S.299-302.
37. Cimino C., Borruso A.R., Napoli P., Cittadini E. Evaluation of the importance of Clamydia trachomatis and/or Ureaplasma urealyticum genital infections and of antisperm antibodies in couples with unexplained infertility. Acta Eur Fertil. 1993, Jan-Feb;24(1):13-17.
38. Ляличкина, Н.А. Причинные факторы преждевременных родов (новый взгляд на проблему) / Н.А. Ляличкина, Л.П. Пешев, Г.В. Фомина // Фундаментальные исследования.-2015.-№1.-С. 294-297.
39. Князева, Т.П. Причины и факторы риска преждевременного разрыва плодных оболочек / Т.П. Князева // Дальневосточный медицинский журнал.-2016.-№2.-С. 128-135.
40. Ивахнишина, Н.М. Выявление возбудителей перинатально значимых инфекций в плаценте при недоношенной беременности / Н. М. Ивахнишина, О.В. Островская, О.В. Кожарская // Дальневосточный медицинский журнал.-2016.-№3.-С. 57-61.
41. Исходы недоношенной беременности и родов при преждевременном разрыве плодных оболочек / Н.В. Артымук, Н.Н. Елизарова, В.И. Черняева [и др.] // Мать и дитя в Кузбассе.-2015.-№2(61).-С. 98-102.
42. Карапетян, Т.Э. Акушерская и перинатальная патология при вагинальной инфекции дисбиозе: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Т.Э. Карапетян.-М.,2013.-36 с.
43. Карапетян, Т.Э. Исходы беременности и генитальные микоплазмы / Т.Э. Карапетян // Гинекология.-2017.-Т.19,№3.-С.73-76.
44. Кулаков В.И., Гуртовой Б.Л., Емельянова А.И. Некоторые научно-практические итоги по диагностике и лечению пиелонефрита беременных и родильниц // Акушерство и гинекология, 2005.-№6.

45. Тапильская Н.Т., Симбирцев А.С., Калинина Н.М., Кейлинский С.А., Ярославский В.К. Увеличение продукции интерлейкина-1, экспрессии рецепторов интерлейкина-2 и показателей бластной трансформации лимфоцитов периферической крови у женщин с угрозой прерывания беременностей // Иммунология.-1993.-№5.-С. 31-33.
46. Кузнеченкова Т.В. Урогенитальная микоплазменная инфекция: особенности эпидемиологии, клиники и секреторного иммунитета у женщин различных социальных групп. Автореф. дис. ... к. м. н. Екатеринбург, 2011. 23 с.
47. Sun H. Ureaplasma urealyticum and intrauterine infection of fetus. Capital Institute of Pediatrics, Beijing. Chung Hua Lia Hsing Ping Hsueh Tsa Chih. 1993 Apr; 14(2):81-83.
48. Связь генитальных микоплазм с невынашиванием беременности / О.В. Островская, М.А. Власова, Н.М. Ивахнишина, Е.Б. Наговицина // Наука в современном информационном обществе: материалы VI Международной научно-практической конференции.-North Charleston, 2015.-С.31-34.
49. Курносенко И.В. Инфекционная патология репродуктивного тракта у беременных женщин / И.В. Курносенко // Человек. Спорт. Медицина.-2017.-Т.17, №1.-С.45-56.
50. Морфофункциональное состояние плаценты при инфицировании микоплазмами / О.В. Островская, Н.М. Ивахнишина, В.Г. Обухова [и др.] // Бюллетень физиологии и патологии дыхания.-2018.-Вып. 69.-С. 43-49.
51. Белова А.В. Генитальные микоплазмы (*U. parvum*, *U. urealyticum*, *M. hominis*, *M. genitalium*) в структуре инфекционных осложнений в акушерстве, гинекологии и перинатологии / А.В. Белова, А.П. Никонов // Альманах клинической медицины.-2015.-№39.-С. 140-150.
52. Лысенко К.А. Перинатальные аспекты микоплазменной инфекции / К.А. Лысенко, В.Л. Тютюнник // Акушерство и гинекология.-2007.-№4.С. 8-11.
53. Факторы риска развития и особенности течения послеродового эндометрита / С.В. Баринов, Е.С. Блауман, Ю.И. Тирская [и др.] // Мать и дитя в Кузбассе.-2017.-№2 (69).-С. 22-28.
54. Furr P.M., Taylor-Robinson D., Webster A.D.B. Mycoplasmas and ureaplasma in patients with hypogammaglobulinaemia and their role in arthritis: microbiological observations over twenty years. Ann.Rhevm.Diseases.-1994.-53,N3.-P.183-187.
55. Прозоровский С.В. Медицинская микоплазмология / С.В. Прозоровский, Ю.В. Вульфович, И.В. Раковская.-М.: Медицина, 1995.-288 с.
56. Altucci P., Abbate G. Micoplasmi e micoplasmosi: problematiche etiopatogenetiche ed attualit'a nosologiche, cliniche e diagnostiche. Dipartimento di internistica Clinica, Facolt'a di Medicina e Chirurgia, II Universita, Napoli. Recenti Prog.Med. 1993 Jul-Aug; 84(7-8): 551-569. Ref.74.
57. Association of Mycoplasma genitalium, Mycoplasma hominis, Ureaplasma parvum (biovar 1) and Ureaplasma urealyticum (biovar 2) in patients with non-gonococcal urethritis using polymerase chain reaction-microtiter plate hybridization / S. Maeda, T. Deguchi, H. Ishiko [et al.] // Int. J. Urol.-2004.-Vol. 11(9).-P. 750-754.
58. De Francesco MA, Negrini R, Pinsi G, Peroni L, Manca N. Detection of Ureaplasma biovars and polymerase chain reaction-based subtyping of Ureaplasma parvum in women with or without symptoms of genital infections // European Society of Clinical Microbiology.-2009, Jan 8.
59. Dienes L.A., Weinberger H. The L-forms of bacteria // Bact. Rev., 1951, Vol.15, p. 245.
60. Тимаков В.Д., Каган Г.Я. L-формы бактерий и семейство Mycoplasmataceae в патологии.-М., 1973.-391 с.
61. Sladek T.L. A hypothesis for the mechanism of Mycoplasma evolution // J.Theor.Biol.-1986.-V.120.-P.457-465.
62. Кузьмин В.Н. Основные принципы современной антибиотикотерапии микоплазменной инфекции у женщин / В.Н. Кузьмин, М.И. Гуссейнадзе // Фарматека.-2013.-№12(256).-С. 54-59.

63. Борхсениус С.Н., Чернова О.А., Чернов В.М., Вонский М.С. Микоплазмы: молекулярная и клеточная биология, взаимодействие с иммунной системой млекопитающих, патогенность, диагностика.-СПб.: Наука, 2002.-319 с.

64. Савичева А.М., Башмакова М.А. Генитальные микоплазмы и вызываемые ими патологии // Лечащий врач, 2008.

65. Smith D.G., Russel W.C., Thirkell D. Adherence of Ureaplasma urealyticum to human epithelial cells. Division of Cell and Molecular Biology. School of Biological and Medical Sciences. University of St.Andrews, Fife, UK.Microbiology, 1994 Oct; 140 (Pt 10): 2893-2898.

66. Характеристика иммунокомпетентных клеток и морфология децидуальной оболочки при различных видах урогенитального инфицирования в I триместре гестации / Л.Р. Мустафина, Е.В. Хон, С.В. Логвинов [и др.] // Архив патологии.-2012.-№74 (1).-С. 38-41.

67. Jensen J., Skov, Blom J., Lind L. Intracellular location of Mycoplasma genitalium in cultured Vero cells as demonstrated by electron microscopy // Int.J.Exp.Pathol.-2004.-75,N2.-P.91-98.

68. Исследование влияния инфекций, передаваемых половым путем, и сопутствующей патологии у беременных на гуморальный аутоиммунитет / Е.Н. Волкова [и др.] // Рос. журн. кожных и венерических болезней.-2011.-№3.-С. 56-59.

69. Kahane I. Pathogenic Mycoplasmas cause oxidative stress in the host cells // The VI Intern.Congr. of the IOM. Birmingham (Alabama).-2006.-P.70.

70. Баранова Н.Б. Персистенция Mycoplasma hominis у человека: восприимчивость к микоплазменной инфекции и ответные реакции микоплазмы на стрессоры: дис. ... канд.биол.наук.-Казань, 2010.-193 с.

71. Stuart P.M., Cassell G.H., Woodward J.G. Differential induction of bone marrow macrophage proliferation by mycoplasmas involves granulocyte-macrophage colony-stimulating factor / Infect. Immun.-2000.-Vol. 58., P. 3558-3563.

Түйіндеме

Шолуда урогениталды микоплазмалық инфекцияның дамуына әкелетін этиологиялық және патогенетикалық механизмдер, аурудың даму қаупі факторлары сипатталған. Аурудың клиникалық көріністері, микоплазмалық инфекцияның ерлер мен әйелдердің репродуктивті функциясына әсері туралы деректер берілген.

Түйінді сөздер: урогениталды микоплазмалық инфекция, этиология, патогенез, қауіп факторлары, клиникалық көрініс, репродуктивті функция.

Summary

The review describes the etiological and pathogenetic mechanisms leading to the development of urogenital mycoplasma infection, risk factors for the development of the disease. The data on the clinical manifestations of the disease, on the effect of mycoplasma infection on the reproductive function of men and women are presented.

Key words: urogenital mycoplasma infection, etiology, pathogenesis, risk factors, clinical picture, reproductive function.



ЭТИОПАТОГЕНЕЗ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ХЛАМИДИОЗА. СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД

Таубаева А.А., Баев А.И.

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

Резюме

В статье кратко изложены современные взгляды на эпидемиологию, патогенез урогенитального хламидиоза, риски его передачи и пути инфицирования.

Ключевые слова: урогенитальный хламидиоз, распространенность, скрининг, амплификация, биотип, серотип, венерическая лимфогранулема.

Хламидийная инфекция - инфекционное заболевание, передаваемое половым путем, возбудителем которого является *Chlamydia trachomatis*.

В большинстве стран мира урогенитальная инфекция, вызванная *Chlamydia trachomatis* (серотипы D-K), является самой распространенной инфекцией, передаваемой половым путем, как у мужчин, так и у женщин. Бессимптомная инфекция особенно характерна для женщин (до 80% случаев). Она часто остается нераспознанной, что приводит к заражению половых партнеров и отдаленным неблагоприятным последствиям. Выявление контактов очень важно для диагностики и лечения пациентов с бессимптомной инфекцией.

Урогенитальный хламидиоз является широко распространенной инфекцией, передаваемой половым путем (ИППП). По оценке ВОЗ, в 90-х годах прошлого столетия, среди всех ИППП урогенитальный хламидиоз занимал второе место по частоте после трихомонадных инфекций; более 90 миллионов новых случаев инфицирования *Chlamydia trachomatis* происходило ежегодно в мире, а экономический ущерб составлял миллиарды долларов [1,2,3]. На сегодняшний день, неуклонный рост выявляемости заболевания в различных странах мира объясняется внедрением скрининга хламидийной инфекции и использованием чувствительных методов диагностики, таких, как амплификация нуклеиновых кислот.

Распространенность хламидийной инфекции в популяции варьирует в зависимости от возраста, при этом наиболее высокая заболеваемость отмечается у лиц молодого возраста. Основными направлениями деятельности по предупреждению распространения хламидийной инфекции является создание скрининговых программ, в особенности среди лиц моложе 25 лет. По данным авторов исследования распространенность заболевания в популяционной группе 18-25 лет, на 60% выше в сравнении с другими возрастными группами [4].

Расходы национальных систем здравоохранения на лечение последствий, вызываемых урогенитальной хламидийной инфекцией, являются весьма существенными. Исследования экономической эффективности мероприятий по обследованию и лечению больных урогенитальной хламидийной инфекцией в развитых странах показали, что наилучшей стратегией в данном случае является ранняя диагностика и лечение неосложненной инфекции [5].

Казахстан не является исключением. В целом по республике в динамике за период 1991-2005 гг. отмечалась стабильная тенденция роста заболеваемости урогенитальным хламидиозом. Средний уровень заболеваемости за указанный период времени составил 25,7 на 100 тыс. населения, пик заболеваемости приходился на 2002 год и составил 49,7 на 100 тыс. населения. Начиная с 2005 года по 2019 год уровень заболеваемости урогенитальным хламидиозом имел стабильную тенденцию к снижению: с 46,9 на 100 тыс. населения до 13,6, соответственно.

Chlamydia trachomatis - грамотрицательная внутриклеточная бактерия, относящаяся к порядку *Chlamydiales* семейству *Chlamydiaceae*, роду *Chlamydia*. У *Chlamydia trachomatis* идентифицировано три биотипа, содержащих все 15 классических серотипов и несколько дополнительных серотипов и генотипов: трахомный биотип (серотипы А-С), урогенитальный биотип (серотипы Д-К) и возбудители венерической лимфогранулемы (LGV) (серотипы L1-L3). В данном руководстве рассматриваются только урогенитальные инфекции, вызванные урогенитальным и LGV - биотипами *Chlamydia trachomatis*.

Обычно заражение происходит при прямом контакте слизистых оболочек двух индивидов при половом контакте или при родах. Иногда передача может осуществляться другим путем - через предметы, клизмы, сексуальные игрушки. Такое предположение было выдвинуто для эпидемического проктита LGV. Вероятность заражения от сексуального партнера высока, она может достигать 75%. Поэтому очень важно информирование партнера и его последующее наблюдение.

К факторам риска, увеличивающим возможность заражения урогенитальной хламидийной инфекцией, относятся: высокая сексуальная активность, в том числе с наличием большого числа и частой сменой половых партнеров (промискуитет); возраст моложе 25 лет; занятие коммерческим сексом, мужчины практикующие секс с мужчинами, наличие в анамнезе перенесенных ИППП, незащищенные половые контакты с новым половым партнером; половой контакт с больным урогенитальной хламидийной инфекцией и/или с уретритом/цервицитом; сексуальное насилие.

Уникальность патогенеза во многом обусловлена микробиологическими особенностями *Chlamydia trachomatis*.

Инфицирование человека хламидиями начинается с эндоцитоза инфекционных, метаболически неактивных элементарных телец (ЭТ) диаметром 0,2 - 0,3 мкм, окруженных ригидной малопроницаемой клеточной стенкой, резистентных к факторам внешней среды. ЭТ прикрепляются к чувствительным клеткам - мишеням (эпителию урогенитального тракта) и поглощаются ими с формированием внутриклеточной вакуоли. Они реорганизуются в метаболически активные неинфекционные внутриклеточные формы - ретикулярные тельца (РТ), пластичные сферические клетки с диффузной укладкой ДНК нуклеоида и обводненным протопластом, содержащим рибосомы. Диаметр РТ 0,6-1,5 мкм. РТ используют субстраты клетки - хозяина для синтеза РНК, белка, протеинов, но не способны синтезировать энергетические субстраты - АТФ, ГТФ, являясь "энергетическими паразитами". Внутри образующейся эндосомы РТ размножаются путем бинарного деления, что, в конечном счете, приводит к увеличению количества инфекционных элементарных телец и гибели клетки хозяина. Цикл развития *C. trachomatis* считается завершенным после выхода из клетки инфекционных ЭТ, что позволяет им вступать в новый жизненный цикл, распространяя инфекцию в еще не инфицированных клетках. Полный цикл развития хламидий при изучении *in vitro* на культуре чувствительных клеток длится 48-72 час, в зависимости от штамма хламидий, природы клеток-хозяев и условий среды.

Таким образом, для урогенитального хламидиоза на современном этапе характерна широкая распространенность, в особенности среди лиц в период наибольшей половой активности, преимущественно бессимптомное течение, нередко сопровождающееся различными осложнениями, уникальность патогенеза.

Литература

1. Федеральные клинические рекомендации по ведению больных хламидийной инфекцией.- М.,2015.-17 с.
2. Шипицына Е.В., Шалепо К.В., Савичева А.М., Домейка М. Научные исследования по оптимизации методов лабораторной диагностики инфекций, передаваемых половым путем//Журнал акушерства и женских болезней.-2007.-Т. LVI.-№5, С. 32-35.
3. Association of Public Health Laboratories (APHL).Laboratory diagnostic testing for Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae. Expert consultation meeting summary report, 13 - 15 January 2009 Atlanta, GA. Silver Spring, MD, APHL, 2009.
4. CDC. Recommendations for the laboratory-based detection of Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae--2014. MMWR. Recommendations and reports: Morbidity and mortality weekly report. Recommendations and reports/Centers for Disease Control. Mar 14 2014; 63(RR-02): 1 - 19.
5. Grad A, Vica M.L., Matei H.V., Grad D.R., Coman I., and Tataru D.A. Polymerase Chain Reaction as a Diagnostic Tool for Six Sexually Transmitted Infections-Preliminary Results; Clujul Med. 2015; 88(1): 33 - 37.

Түйіндеме

Мақалада жыныс жолы хламидиозының эпидемиологиясына, патогенезіне деген қазіргі көзқарас қысқаша келтірілген, оның берілісі және жұғу жолының тәуекелі баяндалған.

Түйінді сөздер: урогенитальды хламидиоз, таралуы, скрининг, амплификация, биотип, серотип, венериялық лимфогранулема.

Summary

The article summarizes the current views on the epidemiology, pathogenesis of urogenital chlamydiosis, risks of its transmission and the route of infection.

Key words: urogenital chlamydia, prevalence, screening, amplification, biotype, serotype, venereal lymphogranuloma.



ТОКСИКОДЕРМИЯ СҰРАҒЫНА ШОЛУ

**Молдағали Г., Ермекбаева М., Кенес А.,
Шайдарова А.**

Қазақ-Ресей медициналық университеті, Алматы қ.
ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ

Қолайсыз экологиялық жағдай, үйде, тамақ өнеркәсібінде химиялық заттарды белсенді қолдану, дәрі-дәрмектерді тәуелсіз және бақылаусыз қолдану анафилактикалық шок, Квинке ісінуі, Лайелл синдромы және де басқа аллергиялық реакцияларға шалдыққан науқастар

санының өсуіне алып келуде. Қазіргі таңда токсикодермияның диагностикасы күрделі мәселе болып табылады. Клиникалық көріністердің ауырлығымен және өлім санының өсуімен үлкен қауіп төндіруде [1,2,3].

Токсикалық эпидермалық некролиз (ТЭН) немесе Лайелл синдромы - кешіктірілген типтегі аллергиялық реакциялардың ең ауыр түрі. Бұл жедел асқынған токсикодерма, массивті некроздың дамуы және эпидермистің қабыршақтануы, 2 дәрежелі күйік сияқты. ТЭН негізі - этиологиялық маңызды дәрі қабылдауға жауап ретінде аутоиммунды және қабыну реакцияларының каскадын аяқтайтын кератиноциттердің апоптозы. Бұл өлім деңгейі 35-70% болатын ауру. Тері көріністерінің ұқсастығына байланысты (эритема, нысана элементтері, эпидермистің бөлінуі бар күлдіреулер) ТЭН, Стивенс-Джонсон синдромы (СДС) сияқты, дәстүрлі түрде нозологиялық шатасуды тудыратын мультиформалы экссудативті эритеманың (МЭЭ) неғұрлым ауыр түрі болып саналады [4,5].

Токсикодермияның даму тетіктерін зерттеу, бақылау, диагностиканың, алдын-алудың және емдеудің жаңа тиімді әдістерін әзірлеу мәселесінің өзектілігі халықтың аллергиясының тұрақты өсуімен және қазіргі заманғы дерматологтардың маңызды проблемаларының бірі болып қала береді. Лайелл синдромы - токсико-аллергиялық сипаттағы ауыр аурулардың бірі және балаларда өмірге нақты қауіп төндіреді. Мақалада әдебиеттер мен балалардағы Лайелл синдромына қатысты клиникалық бақылаулар келтірілген, олардың этиологиялық себебі педиатриялық практикада вирустық инфекциялар үшін жиі қолданылатын дәрі-дәрмектер болды 0,05% офтальмологиялық жақпа, парацетамол [6]. Әдебиет деректерін талдау және өзіміздің бақылаулар негізінде біз Лайелл синдромы бар балалардағы емдік шаралардың алгоритмін ұсынамыз, онда глюкокортикоидтар, тамыр ішіне енгізуге арналған иммуноглобулиндер, гиперсенсibiliзаторлар, су - электролит балансын түзету, жергілікті емдеу және т.б., Лайелл синдромы бұл ауыр иммуно-аллергиялық ауру, эпидермистің бөлінуімен және некрозымен, теріде және шырышты қабаттарда ақшыл бланкілер мен эрозиялардың пайда болуымен өткір тері-висцеральды патологиясы [7]. Лайелл синдромының негізгі себебі - ағзаның жұқпалы процесстерге және тағайындалған дәрі-дәрмектерге аллергиялық реакцияларға генетикалық тұрғыдан бейімділігі. Курстың сипаты бойынша Лайелл синдромының 3 формасы ажыратылады. Фульминантты формасы пациенттердің 10% -ында кездеседі, терінің зақымдануымен сипатталады (дене бетінің 90% -ына дейін) және шырышты қабаттар бірнеше сағат ішінде дамиды, сана бұзылған (комаға дейін), жедел бүйрек жеткіліксіздігі (анурия). Осы формадағы өлімжітім аурудың басталуынан 2-3 күн ішінде 95% жетеді. Стивенс-Джонсон синдромы терінің зақымдануымен қатар ішкі ағзалар, шырышты қабықтар зақымданған кешіктірілген түрдегі ауыр жүйелік аллергиялық реакциялар деп те атайды. Стивенс-Джонсон синдромы - мультиформалы экссудативті эритема курсының ауыр түрі (МЭЭ). Аурулардың этиологиясы туралы әдебиеттерде келтірілген ақпарат кейде бір-біріне қайшы келеді. МЭЭ туралы айтатын болсақ, герпес симплексі вирусының антигендеріне сезімталдықтың рөлі көбінесе *Mycoplasma pneumoniae*, *Histoplasma capsulatum* және *Pararoxvirus* сирек кездеседі (80%). Стивенс-Джонсон синдромының жетекші қоздырғыш факторлары есірткінің аралық метаболиттерін бейтараптандыру қабілетінің бұзылғандығы, генетикалық бейімділігі және жасушаның апоптозын бақылау қабілеті аясында есірткінің уытты-аллергиялық әсерін қамтиды (жағдайлардың 50% -дан астамы есірткіге байланысты). Сульфонамидтерді қабылдау Стивенс-Джонсон синдромымен айқын байланысты; оны аминопеницилиндер, хинолондар, цефалоспориндер, тетрациклиндер, антифунгалды агенттер, стероид емес қабынуға қарсы препараттар және антиконвульсанттар да шақыруы мүмкін. Ауру деңгейі 1 миллион адамға 1-6 құрайды; Стивенс-Джонсон синдромы кез-келген жаста пайда болуы мүмкін, бірақ бірнеше авторлардың айтуы бойынша ауру 20-40 жастағы ер адамдарда жиі кездеседі. Қыста және көктемде аурудың маусымдық өсуі байқалады. Аурудың патогенезі тамырлы қабырғаларға, эпидермистің және шырышты қабаттарына зақым келтіретін иммундық кешендердің пайда болуымен байланысты. Жоғары қауіп тобына адамның иммун тапшылығын вирус жұқтырған, баяу ацетилаторларға байланысты қатерлі ісік ауруымен ауыратын адамдар кіреді. Науқастың жасы неғұрлым

үлкен болса, терінің зақымдануы соғұрлым ауыр ағымда өтетінін болжамдайды [8,9,10]. Қорытындылай келе токсикодермия ауруы балалар мен жасөспірім арасында жиі кездесетін ауру болып табылады. Жалпы токсикодермия денеге кіретін және аллергиялық немесе токсико-аллергиялық қасиеттері бар заттардың әсерінен терінің өткір қабынуымен сипатталатын, теріні тікелей зақымдайтын ауру болып есептелінеді. Ал тері болса – дәрілердің қолайсыз реакцияларына жиі қатысатын органдардың бірі болып саналады. Дәрі-дәрмектерді қабылдаудан туындаған бөртпелердің көпшілігі ауырлық дәрежесінде қауіпті емес, дегенмен олардың бесеуі науқастың өміріне, оның ішінде өлімге дейін алып келуі мүмкін. Токсикодермияның дамуында бастапқы кезеңінде тану керек және елеулі асқынулардың алдын алу үшін тез арада шаралар қабылдау керек.

Пайдаланылған әдебиеттер

1. Горячкина А.Л., Передкова Е.В., Астафьева Н.Г. Лекарственная токсикодермия // Клин. аллергол. и иммунол.: рук/во для практикующих врачей / под ред. А.Л. Горячкиной, К.П. Кашкина.-М.: Миклош, 2011.-С. 363-381.
2. Елесютина О.Г., Феденко Е.С. Кожная сыпь при аллергических заболеваниях // Аллергол. и иммунол.: нац. Рук/во под ред. Р.М. Хайтова, Н.И. Ильиной.-М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.-С. 215-227.
3. Жукова Д.Г., Феденко Е.С., Юдин А.А и др. Современные представления о классификации и патогенезе реакций гиперчувствительности к лекарственным средствам / Росс. аллерголог. журн.-2013.-№3.-С. 11-16.
4. Косорукова И.М. Токсикодермия // Русс. мед. журн.-1999.-№14(96).-С. 652-657.
5. Овчинникова Е.А., Овчинникова Л.К. Основные механизмы развития неблагоприятных побочных реакций // Качествен. клин. практика.-2004.-№1.-С. 57-66.
6. Ревуз Дж. Лекарственная токсидермия: Евр. рук- во под ред. А.Д. Кацамбаса, Т.М. Лотти.-М.: МЕДпрессинформ, 2008.-С. 286-289.
7. Тузлукова Е.Б. Лекарственная аллергия // Аллергол. и иммунол.: нац. рукво /под ред. Р.М. Хайтова, Н.И. Ильиной.-М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.-С. 518-541.
8. Шер Н.Х., Кноуэлс С.Р., Шапиро Л. Кожные лекарственные реакции (токсикодермии) // Дерматол. Фицпатрика в клин. практике: в 3 т. / Клаус Вольф, Лоуэлл А. Голдмит, Стивен И. Кац [и др.]; пер. с англ.; общ. ред. акад. А. А. Кубановой.-М.: Изд-во Панфилова; БИНОМ. Лаборатория знаний, 2012.-С. 386-393.
9. Hunter J. A.A., Savin J.A., Dahl M.V. Clinical dermatology.-3rd ed.-Blackwell Science, 2002.-P. 376.
10. Posadas S.J., Pichler W.J. Delayed drug hypersensitivity reactions-new concepts // Clinical & Experimental Allergy.-2007.-Vol. 37.-Is. 7.-P. 989- 999.



ВЛИЯНИЕ ПЗТ НА РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В КАЗАХСТАНЕ

Абишев А.Т.

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

Резюме

Программа заместительной терапии Метадоном (далее – ПЗТ) - это совокупность фармакологических и психосоциальных вмешательств, направленных на снижение уровня смертности больных наркоманией; снижение риска передозировок опиоидов; улучшение приверженности противовирусному лечению при ВИЧ-инфекции и лечению туберкулеза; прекращение употребления нелегальных наркотиков; улучшение психосоциального статуса и благополучия пациентов и их семей; снижение уровня преступности, связанной с поиском наркотиков. ПЗТ признана одной из наиболее эффективных и широко распространенных практик.

Научно доказано, что предоставление поддерживающей заместительной терапии и как следствие формирования приверженности к АРТ позволяет значительно сократить передачу ВИЧ инфекции неинфицированным людям.

Международный опыт показывает, что ПЗТ приводит к 54% снижению риска заражения ВИЧ среди ЛУИН.

В Казахстане реализация Программы заместительной терапии началась в 2008 году.

Всего на ПЗТ на 31.12.2019 года находилось 296 человек, что составляет всего 0,3% от оценочного количества лиц, употребляющих опиоидные наркотики (94 600).

В соответствии с руководствами ВОЗ Казахстан относится к странам с очень низким охватом ПЗТ.

С учетом нашей эпидситуации по ВИЧ-инфекции, и предоставлением ПЗТ менее 1% ЛЖВ/ЛУИН возможно предотвратить всего 5 случаев инфицирования ВИЧ.

Таким образом текущий охват ПЗТ ЛУИН не оказывает влияние на эпидемическую ситуацию по ВИЧ-инфекции в стране.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, ПЗТ, ЛУИН, метадон, ЛЖВ.

Потребление инъекционных наркотиков остается основным путем передачи ВИЧ инфекции в Республике Казахстан. В 2015 г. около 1/3 всех новых случаев диагностировались среди людей, употребляющих инъекционные наркотики (ЛУИН). Кумулятивно этот путь передачи составлял более 50%. Потребление инъекционных наркотиков обуславливает распространение и других инфекционных заболеваний, таких как вирусный гепатит С, туберкулез, инфекции, передающиеся половым путем (ИППП).

ВОЗ с другими агентствами ООН UN agencies (UNAIDS, UNODC), основываясь на научных данных, предложили системные и эффективные методологические подходы профилактики ВИЧ-инфекции и других инфекционных заболеваний среди ЛУИН. Среди них немаловажное место занимает и поддерживающая заместительная терапия (ПЗТ) синдрома зависимости от опиоидов (опиоидная заместительная терапия). ПЗТ, будучи сравнительно недорогой амбулаторной медицинской услугой, имеет большой потенциал привлечению значимой части ЛУИН, потребляющих героин или другие опиаты, к медицинским и социальным услугам. ПЗТ также имеет большой потенциал удерживать ЛУИН в терапии длительное время. Продолжительное время в лечении необходимо не только для эффективного подавления влечения к наркотическим веществам медикаментами, но и позволяет поддерживать необходимый контакт пациентов со специалистами, способствует развитию социально адаптивных навыков, стойкому уменьшению рискованного и криминального поведения.

На основе обширных научных данных, ВОЗ принял рекомендации для стран по проведению и расширению заместительной терапии опиоидной зависимости, интеграции в общую систему здравоохранения [1]. В 2005 г. ВОЗ включил два медикамента для лечения зависимости от опиоидов (бупренорфин и метадон) в список основных рекомендованных странам медикаментов [2-4].

Качественные и доступные услуги ПЗТ потенциально могут привлечь ЛУИН раньше, уменьшить риск их смерти от передозировки, риск развития осложнений и преступного

поведения, проводить профилактику и лечение инфекции ВИЧ, вирусных гепатитов, туберкулеза, снизить риск их распространения на остальное население.

Международный опыт показывает, что ПЗТ приводит к 54% снижению риска заражения ВИЧ среди ЛУИН [5].

Научно доказано, что поддерживающая заместительная терапия улучшает приверженность людей, живущих с ВИЧ к антиретровирусной терапии и способствует снижению смертности, связанной с инъекционным потреблением наркотических веществ и ВИЧ-инфекции. ВИЧ, инфицированные наркопотребители, принимающие АРТ имеют практически 100% приверженность к терапии (удержание на лечении), что в свою очередь позволяет значительно сократить передачу ВИЧ-инфекции неинфицированным людям.

Хотя научные данные об эффективности ПЗТ неоспоримы, в некоторых странах по ряду причин она с трудностями внедряется и развивается. Подобные ситуации требуют периодического анализа проделанной работы и барьеров для развития в специфической ситуации конкретной страны.

На сегодняшний день программа заместительной терапии «Метадоном» применяется в 106 странах: все страны Северной Америки, Западной Европы, большинство стран Восточной Европы, Прибалтики, Китай, Таиланд, Индонезия, Малайзия, Вьетнам, Иран, Индия, Австралия и т.д.

Нормативно–правовое обеспечение ПЗТ в Казахстане

Поддерживающее лечение регламентировано статьей 134 Кодекса РК от 29 сентября 2009 года «О здоровье народа и системе здравоохранения»: лица, признанные больными алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией, подлежат учету и наблюдению в организациях здравоохранения по месту жительства и проходят в них поддерживающее лечение в порядке, устанавливаемом уполномоченным органом [6].

Препарат «Метадона гидрохлорид» зарегистрирован в Республике Казахстан в качестве лекарственного средства под кодом РК-ЛС-№121922 11 ноября 2015 года (Приказ Председателя Комитета контроля медицинской и фармацевтической деятельности МЗСР РК от 11 декабря 2015 года №142).

Разработан и утвержден Клинический протокол МЗ РК – 2015 «Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением опиоидов, поддерживающая заместительная терапия агонистами опиатов» (30.09.2015 г. №10) [7].

В соответствии с приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 8 февраля 2016 года №95 «Стандарт организации оказания медико-социальной помощи в области психического здоровья населению Республики Казахстан» (внесены изменения и дополнения приказом МЗ РК от 24.09.2018 г. № ҚР ДСМ-17, зарегистрирован в МЮ РК 30 октября 2018 года №17632), поддерживающая терапия: осуществляется в структуре организаций здравоохранения в пункте предоставления поддерживающей заместительной терапии (п. 131) деятельность которого включает в себя:

1) услуги по программе заместительной терапии, включающей выдачу заместительных препаратов, психосоциальное консультирование в соответствии с утвержденным протоколом диагностики и лечения;

2) повышение качества жизни и социальной адаптации пациентов с опиоидной зависимостью;

3) снижение частоты и объема употребления нелегальных наркотических веществ;

4) снижение риска передачи ВИЧ-инфекции и других сопутствующих заболеваний среди потребителей инъекционных наркотиков;

5) увеличение приверженности к антиретровирусной терапии ВИЧ-инфицированных лиц, зависимых от опиоидов [8-10].

Регламентированы показания для назначения поддерживающей заместительной терапии - наличие всех основных и одного из дополнительных критериев (п. 23):

1) основные критерии:

- диагноз «Опиоидная наркомания (F11.2)»;

- способность дать информированное согласие;
- возраст старше 18 лет.

2) дополнительные критерии:

- установленный диагноз ВИЧ-инфекции;
- установленный диагноз гепатита В, С, D, G;
- подтвержденный стаж инъекционного потребления наркотиков не менее 3 лет;
- не менее двух госпитализаций в стационар с диагнозом «Опиоидная наркомания (F11.2)»;

- беременность.

На основании вышеперечисленного вся необходимая нормативно-правовая база для реализации данной программы на территории Республики Казахстан имеется.

Методология

Методами оценки являлись:

- Обзор ранее проведенных оценок, правовых актов, исследований, отчетов и других документов;
- Сбор количественных и качественных сведений с использованием инструментов структурированного интервью;
- Посещение пунктов ПЗТ;
- Фокус группы с пациентами;
- Интервью с национальными экспертами;
- Исследование отношений государственных учреждений, Неправительственных и между-народных организаций.

Для сбора количественных данных применялись следующие опросники:

1. опросник для изучения удовлетворенности пациентов поддерживающей заместительной терапией;
2. опросник работников ПЗТ о личной мотивации и удовлетворенности работой;
3. Опрос относительно качества для работников ПЗТ (для руководителей и персонала);
4. Краткий опросник для ЛУИН, которые не получают ПЗТ.

Интервью с персоналом, ПЗТ проводили работники областных центров СПИД.

ЛУИН, которые не получали ПЗТ, и пациентов ПЗТ опросили работники НПО. Для получения достоверных данных респондентам была гарантирована анонимность ответов.

Внедрение и расширение ПЗТ в РК проводилось на основании приказов Министерства Здравоохранения (МЗ). Приказ МЗ №609 «О внедрении заместительной терапии» от 08.12.2005 года постановил внедрение 2 пилотных проектов в гг. Темиртау и Павлодаре, наиболее неблагоприятных в плане распространения ВИЧ-инфекции. В целях удержания распространенности ВИЧ-инфекции на концентрированной стадии Министерством здравоохранения принято решение о внедрении поддерживающей заместительной терапии лицам (далее - ПЗТ) среди ЛУИН. В октябре 2008 года, в городах Темиртау и Павлодар, где распространение ВИЧ-инфекции среди ЛУИН достигало более 90%, стартовал пилотный проект по внедрению ПЗТ, за счет средств ГФ.

Если раньше Программа осуществлялась за счет средств гранта ГФ, то сейчас поддерживается государством, за исключением закупа препарата (метадон гидрохлорид), который производит компания «Молтени» (Италия).

Механизмы мониторинга

В Республике Казахстан при технической поддержке Проекта «Содействие»/ICAP Колумбийского университета (США), финансируемом Центрами США по контролю и профилактике заболеваний (CDC) в Центральной Азии, в рамках Президентского Чрезвычайного Плана по Борьбе со СПИД (PEPFAR), в 2015 г. был создан, апробирован и успешно внедрен Электронный Регистр пациентов Поддерживающей Заместительной Терапии (ПЗТ) (далее – ЭРЗПТ). ЭРЗПТ представляет собой информационную веб-систему, которая предназначена для сбора, хранения, передачи и обработки данных о всех пациентах,

находящихся в программе ПЗТ, и позволяет осуществлять удаленный контроль за системой, а также централизованный мониторинг за реализацией ПЗТ на местах реализации ПЗТ.

Регистр базируется в Республиканском научно-практическом центре медико-социальных проблем наркомании Министерства здравоохранения и социального развития в г. Павлодар. К ЭРЗПТ имеет доступ ограниченное количество медицинского персонала, который регламентировано администратором системы путем предоставления индивидуального пароля и сертификата для обеспечения защиты передачи данных. В систему регулярно вводится информация о лечении, предоставленных услугах, изменении доз медикамента, и т.п.

На сегодняшний день, в Республике Казахстан оценочное количество Людей Живущих с ВИЧ составляет 31 378 согласно оценкам программы «Спектрум» (2019 год), число людей, знающих свой статус составляет 25 753 человек (таблица).

	Регионы	ОЧ ЛЖВ	ЛЖВ на 31.12.2019	% знающих ВИЧ статус
	Акмолинская	871	778	89
	Актюбинская	441	364	83
	Алматинская	3200	2771	87
	Атырауская	295	260	88
	ВКО	3800	3027	80
	Жамбылская	1079	872	81
	ЗКО	589	518	88
	Карагандинская	4487	3551	79
1	Кызылординская	150	136	91
0	Костанайская	2127	1781	84
1	Мангистауская	290	265	91
2	Павлодарская	2562	2097	82
3	СКО	1481	1197	81
4	Туркестанская	858	581	68
5	г. Алматы	5172	4369	84
6	г. Нур-Султан	1723	1420	82
7	г. Шымкент	2209	1766	80
	Всего:	31378	25753	82

По данным национального мониторинга: ВИЧ-инфекция удержана на концентрированной стадии, т.е. распространена преимущественно среди ключевых групп населения, таких как: люди, употребляющие наркотики, секс работники, и мужчины, имеющие секс с мужчинами.

Распространенность ВИЧ инфекции в возрастной группе 15-49 лет - 0,25% при прогнозе - 0,28. Распространенность среди ключевых групп населения: ЛУИН - 7,9%; РС - 1,4%; МСМ - 6,5%.

Процент ЛЖВ, знающих свой ВИЧ-статус составляет 82%.

Оценочное число (ОЧ) лиц, употребляющих инъекционные наркотики (ЛУИН) в 2019 г. составило - 94 600 человек.

На 31.12.2019 г. программа ПЗТ продолжает реализовываться в 10 регионах Республики Казахстан. Функционируют 13 пунктов заместительной терапии в гг. Павлодар, Темиртау с 2010 г.; г. Усть-Каменогорск с 2012 г.; гг. Актобе, Уральск, Караганда, Костанай, Тараз, Экибастуз, Семей с 2014 г.; гг. Алматы, Атырау, Кызылорда с 2017 г.

Не открыты пункты ПЗТ в гг. Нур-Султан, Шымкент, Акмолинской, Алматинской, Мангистауской, Северо-Казахстанской и Туркестанской областях.

С начала реализации программы по настоящее время (2008 г. - 31.12.2019) общее число пациентов составило 1 198 человек.

На конец 2019 г. на программе ПЗТ находилось 296 пациентов или 0,3% от оценочного количества лиц, с опиоидной зависимостью.

Мужчин - 235, женщин - 61.

За 12 месяцев 2019 года в программу приняли 44 человека.

Количество ЛЖВ в программе составляет 109 чел., из них 92 (84%) принимают АРТ.

Республика Казахстан, в соответствии с руководствами ВОЗ относится к странам с очень низким охватом ПЗТ (низкий - до 20%, средний - 20-40 %, высокий - более 40%).

Эффективность лечения у ЛЖВ/ЛУИН на ПЗТ составляет 82%, (ЛЖВ/ЛУИН вне ПЗТ - 62%), причем наступает на 23 месяца раньше, чем у ЛЖВ/ЛУИН вне ПЗТ и удельный вес прерываний ниже в 1,4 раза, чем у пациентов вне ПЗТ.

ЛЖВ-ЛУИН относятся к «трудным» пациентам, с низкой приверженностью к АРТ и соответственно формированием резистентности т.е. неэффективности антиретровирусной терапии.

В 2018 году уровень резистентности, среди ЛЖВ/ЛУИН составил 4%, что в 2 раза выше, чем в 2014 году.

Развитие резистентности к АРТ требует изменения в лечении, что влечёт за собой изменение схем лечения, и как следствие более сложный прием терапии (т.е. при схеме 1 ряда в день необходимо принимать 1 таблетку, при схеме 2 ряда – требуется прием до 6 таблеток в день), так и увеличении стоимости лечения.

Стоимость схемы 1 ряда составляет 26 955 тг. в год, стоимость схемы 2 ряда – 853 649 тг. в год, т.е. дороже в 32 раза.

В 2019 году АРТ получали 92 ЛЖВ-ЛУИН на ПЗТ.

Таким образом, при нынешней ситуации на лечение 100 ЛЖВ вне ПЗТ требуется около 35 млн. тг. тогда как на 100 ЛЖВ на ПЗТ требуется - 17,6 млн. тг. т.е. в 2 раза меньше, что является экономически выгодным для страны.

Научно доказано, что предоставление поддерживающей заместительной терапии и как следствие формирования приверженности к АРТ позволяет значительно сократить передачу ВИЧ инфекции неинфицированным людям.

Всего на ПЗТ на 31.12.2019 года находился 296 человек, что составляет всего 0,3% от оценочного количества лиц, употребляющих опиоидные наркотики (94 600).

С учетом нашей эпидситуации по ВИЧ-инфекции, и предоставлением ПЗТ менее 1% ЛЖВ/ЛУИН возможно предотвратить всего 5 случаев инфицирования ВИЧ. При увеличении охвата ЛЖВ/ЛУИН программой поддерживающей заместительной терапией до 20%, позволит предотвратить до 100 новых случаев ВИЧ-инфекции, а 40% охват ПЗТ ЛЖВ/ЛУИН позволит предотвратить до 200 случаев ВИЧ.

Таким образом, текущий охват ПЗТ ЛУИН не оказывает влияние на эпидемическую ситуацию по ВИЧ-инфекции в стране.

Литература

1. Guidelines for psychosocially assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence. WHO, Geneva. Accessed: http://www.who.int/substance_abuse/publications/opioid_dependence_gui-delines.pdf.

2. Примерный перечень ВОЗ основных лекарственных препаратов. – Доступ через: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70656/4/a95075_rus.pdf.

3. Техническое руководство ВОЗ, УНП ООН и ЮНЭЙДС для стран по разработке целей в рамках концепции обеспечения всеобщего доступа к профилактике, лечению и уходу в связи с ВИЧ-инфекцией среди потребителей инъекционных наркотиков (2012).

4. Fact Sheet, Republic of Kazakhstan, UNODC, Paris Pact Initiative, March 2016.

5. MacArthur G, Minozzi S, Martin N, Vickerman P, Deren S, et al., et al. Evidence for the effectiveness of opioid substitution treatment in relation to HIV transmission in people who inject drugs: a systematic review and meta-analysis. BMJ 2012; 345: e5945- doi: 10.1136/bmj.e5945.

6. Кодекс РК от 29 сентября 2009 года «О здоровье народа и системе здравоохранения».

7. Клинический протокол МЗ РК – 2015 «Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением опиоидов, поддерживающая заместительная терапия агонистами опиатов» (30.09.2015г. № 10)

8. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 8 февраля 2016 года №95 «Стандарт организации оказания медико-социальной помощи в области психического здоровья населению Республики Казахстан» (внесены изменения и дополнения приказом МЗ РК от 24.09.2018 г. № ҚР ДСМ-17, зарегистрирован в МЮ РК 30 октября 2018 года №17632),

9. Оценка численности людей, употребляющих инъекционные наркотики (ЛУИН) в Республике Казахстан. Отчет. Министерство здравоохранения и социального развития Республики Казахстан. Республиканский центр по профилактике и борьбе с СПИД. 2016.

10. Voltaev A. и др. Assessment of Medication Assisted Programme in Kazakhstan. ICAP, Almaty 2012.

Түйіндеме

Метадонмен қолдаушы алмастыру терапиясының бағдарламасы (бұдан әрі - ҚАТ) - бұл нашакорлықпен ауыратын науқастардың өлім-жітім деңгейін төмендетуге бағытталған фармакологиялық және психоәлеуметтік араласу жиынтығы; опиоидтердің артық дозалану қаупін төмендету; АИТВ инфекциясы кезінде вирусқа қарсы емдеуге және туберкулезді емдеуге бейілділікті жақсарту; заңсыз есірткіні пайдалануды тоқтату; пациенттер мен олардың отбасыларының психоәлеуметтік мәртебесін және әл-ауқатын жақсарту; есірткі іздестірумен байланысты қылмыс деңгейін төмендету. ҚАТ ең тиімді және кең таралған практикалардың бірі деп танылды.

ҚАТ ұсыну және АРТ-ға бейілділікті қалыптастыру нәтижесінде АИТВ инфекциясын жұқтырмаған адамдарға беруді едәуір қысқартуға мүмкіндік беретіні ғылыми дәлелденген.

Халықаралық тәжірибе көрсеткендей, ҚАТ ИНТА арасында АИТВ жұқтыру қаупінің 54% - ға төмендеуіне әкеледі.

Қазақстанда ҚАТ бағдарламасын іске асыру 2008 жылы басталды.

31.12.2019 ж. ҚАТ-да барлығы 296 адам болды, бұл опиоидты есірткіні қолданатын адамдардың бағалау санының 0,3% - ын құрайды (94 600).

Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының нұсқаулықтарына сәйкес Қазақстан ҚАТ өте төмен қамтылған елдерге жатады.

АИТВ-инфекциясы бойынша біздің эпиджағдайымызды ескере отырып және АӨА/ИЕТ 1% - дан кем ұсынумен АИТВ жұқтырудың 5 оқиғасының алдын алуға болады.

Осылайша, қолдаушы алмастыру терапиясы ИЕТ ағымдағы қамту елдегі АИТВ-инфекциясы бойынша эпидемиялық жағдайға әсер етпейді.

Түйінді сөздер: АИТВ инфекциясы, ҚАТ, ИНТА, метадон, АӨА.

Summary

The opioid substitution treatment program (hereinafter - OST) is a combination of pharmacological and psychosocial interventions aimed at reducing the mortality rate of drug addicts; reduced risk of opioid overdose; improving adherence to antiviral treatment for HIV infection and tuberculosis treatment; cessation of illegal drug use; improving the psychosocial status and well-being of patients and their families; drug-related crime reduction. OST is recognized as one of the most effective and widespread practices.

It has been scientifically proven that providing OST and, as a result, adherence to ART can significantly reduce the transmission of HIV infection to uninfected people.

International experience shows that OST leads to a 54% reduction in the risk of HIV infection among PWID.

In Kazakhstan, the implementation of the OST Program began in 2008.

As of December 31, 2019, there were 296 people in the PZT, which is only 0.3% of the estimated number of people who use opioid drugs (94,600).

In accordance with WHO guidelines, Kazakhstan is one of the countries with very low OST coverage.

Based on our HIV epidemiological situation and the provision of OST of less than 1% of PLHIV/PWID, only five cases of HIV infection can be prevented.

Thus, the current coverage of PWID OST does not affect the HIV epidemic in the country.

Key words: HIV infection, OST, PWID, opioid, PLHIV.



ПРОФИЛАКТИКА ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СРЕДИ КЛЮЧЕВЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ В КАЗАХСТАНЕ

Мусина Ж.Ж., Кульжанова Д.Р.

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

Резюме

Ключевые группы населения подвержены повышенному риску заражения ВИЧ-инфекцией. В целях профилактики ВИЧ-инфекции, парентеральных вирусных гепатитов и инфекций, передающихся половым путем, среди них реализуются программы, рекомендованные ВОЗ/ЮНЭЙДС. Профилактические программы доказали свою эффективность, в динамике с 2006 года отмечается двукратное снижение парентерального пути передачи ВИЧ-инфекции среди лиц, употребляющих инъекционные наркотики.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, профилактика, ключевые группы населения, охват программами, тестирование.

В Казахстане программы профилактики ВИЧ-инфекции являются частью государственной политики противодействия распространению ВИЧ-инфекции и демонстрируют значительный потенциал, оказывая влияние на эпидемический процесс. В динамике отмечается снижение в 2 раза парентерального пути передачи ВИЧ-инфекции среди лиц, употребляющих инъекционные наркотики с 72% в 2006 г. до 33% в 2019 г.

В стране действует основополагающий закон - Кодекс РК «О здоровье народа и системе здравоохранения от 18.09.2009 года №193-IV (с изменениями и дополнениями по состоянию на 01.01.2020 г.), где в главе 19 предусмотрены положения по оказанию медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированным.

Государством ежегодно выделяются средства на профилактические программы. В 2019 году на мероприятия по диагностике, профилактике, лечению ВИЧ-инфекции было выделено более 12 миллиардов тенге, что больше на 12% в сравнении с прошлым годом, в том числе для ключевых групп на закуп шприцев, презервативов, ИОМ - более 397 миллионов тенге.

В настоящее время более 13% населения ежегодно тестируются на ВИЧ. Распространенность ВИЧ в возрастной структуре 15-49 лет не превышает 0,25%.

Начиная с 1997 года, начала внедряться стратегия «снижения вреда» для лиц, употребляющих инъекционные наркотики, при поддержке ЮНЭЙДС и других агентств ООН, с 2004 года - при поддержке Глобального фонда, с 2006 года она полностью осуществляется за счет государственного бюджета.

Пакет программы профилактики ВИЧ-инфекции для лиц, употребляющих инъекционные наркотики, рекомендованный ВОЗ/ЮНЭЙДС, состоит из двух частей, включающих 11 компонентов:

1. Основные вмешательства сектора здравоохранения:
 - 1.1 Комплексное программирование презервативов;
 - 1.2 Меры по снижению вреда при употреблении психоактивных веществ, в частности программы по применению игл и шприцев (NSP), заместительная терапия, налоксон;
 - 1.3 Поведенческие вмешательства;
 - 1.4 Тестирование на ВИЧ и консультирование;
 - 1.5 Лечение и уход при ВИЧ-инфекции;
 - 1.6 Профилактика и лечение сопутствующих инфекций и заболеваний, включая вирусный гепатит, туберкулез и услуги по психическому здоровью;
 - 1.7 Вмешательства в области сексуального и репродуктивного здоровья, включая контрацепцию, диагностику и лечение инфекций, передающихся половым путем, скрининг рака шейки матки.
2. Основные стратегии для благоприятных условий:
 - 2.1 Поддерживающее законодательство, политические и финансовые обязательства, включая декриминализацию поведения;
 - 2.2 Борьба со стигмой и дискриминацией, в том числе в секторе здравоохранения;
 - 2.3 Расширение возможностей сообщества;
 - 2.4 Решение проблем насилия в отношении людей из ключевых групп.

С целью осуществления профилактических программ среди ключевых групп в стране функционируют пункты доверия (108 стационарных и 23 передвижных пунктов доверия). Стационарные пункты доверия расположены, в основном, в поликлиниках первичной медико-санитарной помощи и других медицинских организациях, центрах по профилактике и борьбе со СПИД, в неправительственных организациях. В регионах имеются передвижные пункты доверия для мобильного оказания услуг в местах наибольшей дислокации лиц, употребляющих инъекционные наркотики.

Деятельность пунктов доверия направлена на предоставление следующих услуг:

- обмен использованных одноразовых шприцев на стерильные, раздача презервативов, информационно-образовательных материалов;
- предоставление информации о мерах профилактики ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитов и инфекций, передающихся половым путем, формах поведения, снижающих риск инфицирования, работающих НПО и т.д.;
- проведение дотестового консультирования по вопросам ВИЧ-инфекции;
- обследование на ВИЧ экспресс-методом;
- направление к специалистам для получения квалифицированной и специализированной медицинской помощи.

С целью профилактики полового пути передачи ВИЧ и инфекций, передающихся половым путем среди ключевых групп населения на бесплатной основе предоставляются презервативы, тестирование на ВИЧ-инфекцию и ИППП, консультирование, перенаправление в медицинские организации. Эти услуги оказываются в дружественных кабинетах, расположенных при областных и городских центрах по профилактике и борьбе со СПИД. В 2019 году функционировал 31 дружественный кабинет.

Для эффективной реализации профилактических мероприятий среди ключевых групп привлекаются аутрич работники из числа лиц, являющихся представителями самих ключевых групп или лиц из их ближайшего окружения. Основной целью аутрич работы является обеспечение широкого доступа закрытых ключевых групп к профилактическим услугам. Большое значение в работе имеет использование принципа «равный-равному», когда аутрич работники из числа «равных» устанавливают доверительные контакты с представителями ключевых групп. В 2019 году было привлечено 453 аутрич работника, в

том числе 258 с финансированием за счет госбюджета и 195 - за счет международных доноров.

Мониторинг реализации профилактических программ среди ключевых групп населения проводится посредством заполнения электронной базы данных индивидуального учета клиентов ключевых групп, получающих профилактические услуги - БДИУК. В 2019 году в среднем по РК охвачено 52% лиц, употребляющих инъекционные наркотики, от оценочного числа (94 600 человек), из них протестировано на ВИЧ-инфекцию 76%. Секс-работников охвачено профпрограммами 83% от оценочного числа (21450 человек), из них протестировано 84%. Мужчин, имеющих секс с мужчинами, которые являются наиболее закрытой и труднодоступной группой охвачено профпрограммами 12% от оценочного числа (62000 человек), из них протестировано 66%.

Значительную роль в сдерживании темпов распространения ВИЧ-инфекции играют неправительственные организации ввиду большей доступности их представителей в среду ключевых групп. Сфера деятельности неправительственных организаций включает в себя проведение профилактических мероприятий, социальное сопровождение, оказание паллиативной помощи лицам, живущим с ВИЧ, работа по приверженности к лечению, адвокацию доступа к медицинским услугам и другие. Финансирование неправительственных организаций осуществляется как за счет средств международных доноров, так и государственного бюджета в виде государственного социального заказа, грантов и присуждения премий. В 2019 году в сфере профилактики ВИЧ-инфекции работали 53 неправительственные организации, в том числе с ключевыми группами - 29. В рамках государственного социального заказа осуществляли свою деятельность - 15 неправительственных организаций, в том числе 5 - с ключевыми группами. Также важным на современном этапе является широкое внедрение экспресс-тестирования на базе неправительственных организаций, что будет способствовать увеличению охвата тестируемых на ВИЧ.

Для успешной реализации стратегии UNAIDS «90-90-90» и прекращения эпидемии СПИДа к 2030 году в Казахстане необходимо преодолеть имеющиеся барьеры, одним из которых является стигма и дискриминация ключевых групп населения и людей, живущих с ВИЧ. Наибольшей стигматизации и дискриминации подвергаются люди, живущие с ВИЧ - потребители наркотиков и люди с нетрадиционными гендерными идентичностями. Стигма препятствует широкому доступу к профилактике, лечению, уходу и поддержке в области ВИЧ, а также к любым медицинским, социальным, юридическим и другим услугам. Искоренение явлений стигмы и дискриминации является ключевой задачей, в рамках выполнения которой проводится широкая разъяснительная работа в средствах массовой информации, среди медицинских работников ПМСП, среди самих ключевых групп населения для профилактики самостигмы.

Внедрение передовых рекомендаций Всемирной организации здравоохранения в области профилактики ВИЧ-инфекции, сотрудничество и взаимодействие с международными и неправительственными организациями ведет к сдерживанию темпов роста эпидемии ВИЧ-инфекции, как угрозы здоровью населения.

Литература

1. Техническое руководство для стран по разработке целей в рамках концепции обеспечения всеобщего доступа к профилактике, лечению и уходу в связи с ВИЧ-инфекцией среди потребителей инъекционных наркотиков, ВОЗ, пересмотр 2012 г.
2. Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations, WHO, 2016.
3. Медико-социальные услуги для уязвимых групп населения, ЮСАИД, ЮНЭЙДС, ОФ «Аман-саулык», 2015 г.
4. Отчеты КНЦДИЗ, 2019 г.

Түйіндеме

Халықтың негізгі топтарында АИТВ-инфекциясын жұқтырудың жоғары қаупі бар. АИТВ- инфекциясының, парентеральды вирустық гепатиттердің және жыныстық жолмен берілетін инфекциялардың алдын алу мақсатында олардың арасында ДДҰ/ЮНЭЙДС ұсынған бағдарламалар іске асырылуда. Алдын алу бағдарламалары өзінің тиімділігін дәлелдеді, 2006 жылдан бастап динамикада инъекциялық есірткіні қолданатын адамдар арасында АИТВ-инфекциясының парентеральды берілу жолының екі есе төмендегені байқалады.

Түйінді сөздер: АИТВ-инфекциясы, профилактика, халықтың негізгі топтары, бағдарламаларымен, тестілеу.

Summary

Key populations are at increased risk of HIV-infection. In order to prevent HIV-infection, parenteral viral hepatitis and sexually transmitted infections, the programs recommended by WHO/UNAIDS are implemented within these groups. Prevention programs have proven to be effective; since 2006, in dynamics there has been a two-fold decrease in the parenteral route of HIV transmission among people who inject drugs.

Key words: HIV-infection, prevention, key populations, program coverage, testing.

УДК 616-002.73: 616-06, 616-001.17, 616-009.85, 616.08-065



ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РОССИЙСКОЙ ИННОВАЦИОННОЙ ТЕХНОЛОГИИ «АЛЛОПЛАНТ» В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ НЕЙРОТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ У БОЛЬНЫХ ЛЕПРОЙ

Е.И. Шац¹, Ю.Ю. Левичева¹, Н.М. Габитова¹,
Е.П. Соловьева²

¹Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Научно-исследовательский институт по изучению лепры»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

²Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Всероссийский центр глазной и пластической хирургии»,
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Резюме

В статье приводятся собственные данные о применении отечественной технологии «Аллоплант» для местного лечения нейротрофических язв у больных лепрой. Показано улучшение процессов репарации и микроциркуляции, сокращение сроков заживления.

Ключевые слова: лепра, осложнения, трофические язвы, технология «Аллоплант».

Введение

Лепра - хроническое инфекционное заболевание, вызываемое патогенной для человека *Mycobacterium leprae*, с преимущественным поражением кожи, слизистых оболочек

и периферической нервной системы. Несмотря на успехи противолепрозной химиотерапии, количество вновь зарегистрированных больных в мире ежегодно достигает 200 тысяч. В России ситуация отличается спорадической заболеваемостью, однако в последние годы отмечается ее повышение [1]. Инвалидизирующие нейротрофические осложнения лепрозного процесса по-прежнему остаются сложной задачей для исследователей и клиницистов. В ряде случаев прогрессирование нейротрофических осложнений продолжаются и после окончания стандартной антибактериальной терапии, что приводит к необратимой тяжелой инвалидности с потерей трудоспособности и социальной активности личности. К наиболее тяжелым нейротрофическим осложнениям относятся лепрозные нейропатии и трофические язвы. По литературным данным и расчетам экспертов ВОЗ, частота трофических язв у больных лепрой в различных регионах мира достигает 10-50% [2,3].

Нейротрофические язвы у больных лепрой появляются, обычно, на фоне длительного течения основного заболевания, отличаются упорным течением, нередко сочетаются с остеомиелитом костей стоп [4]. Присоединяющиеся сосудистые изменения приводят к нарушению трофики тканей, в том числе и самих периферических нервов. Характерным признаком поражения сосудистого аппарата у больных лепрой, страдающих нейротрофическими язвами, является спастико-атоническое состояние периферических сосудов, особенно артериол. Вместе с тем, в сосудистой системе происходят компенсаторные изменения, направленные на улучшение обменных процессов на периферии, что проявляется увеличением кровенаполнения пораженного сегмента конечностей и развитием коллатерального кровообращения [5,6]. Специфическое поражение периферических нервов ведет к развитию анестезии кожи, нарушению ее трофики. Кожа становится менее эластичной, упругой. Нарушается динамика акта ходьбы, пропорциональность распределения подошвенного давления в точках опоры, что приводит к образованию локусов избыточного давления, в проекции которых и развиваются в последствии травматические дефекты. Наиболее часто нейротрофические язвы локализуются в проекции костных выступов стопы; проксимальной фаланги большого пальца, головок плюсневых костей, пяточного бугорка, бугорка основания пятой плюсневой кости, подушечек пальцев стоп. Нейротрофические язвы стоп в зависимости от временного фактора подразделяются на первичные и рецидивирующие, в зависимости от глубины поражения – на поверхностные и глубокие (прободные), в зависимости от инфицирования – на неосложненные и осложненные вторичной инфекцией. Первичная язва в своем развитии претерпевает ряд стадий: «предъязвенного состояния», «асептического пузыря», «септического пузыря», и, наконец, «первичной язвы». Остеомиелит костей стоп является одной из основных причин хронизации язвенного процесса [7,8,5].

Важную роль в патогенезе нейротрофических язв играет вторичное инфицирование. Бактериологическое исследование отделяемого язв выявляет широкий спектр патогенных микроорганизмов как аэробного, так и анаэробного характера, причем в большинстве случаев превалирует сочетанная микрофлора [8,6].

Необходимо учитывать, что развитие язв стоп у больных лепрой приводит к утяжелению инвалидизации, затруднению ходьбы, а наличие длительно существующего и рецидивирующего очага биодеструкции затрудняет лечение основного заболевания, порою приводит к развитию амилоидоза почек. Кроме того, периодически появляются сообщения о злокачественном перерождении нейротрофических язв стоп у больных лепрой [9,10,11].

В истории лепрологии использовались различные методы лечения таких язв с разной степенью эффективности [3,10]. Описанное большое количество средств и способов лечения нейротрофических язв у больных лепрой само по себе свидетельствует о нерешенности проблемы.

Целью данного исследования являлось ускорение сроков заживления трофических язв и изучение особенностей регенеративных процессов у больных лепрой при использовании аллогенного биоматериала.

Материалы и методы

В ФГБУ «НИИЛ» Минздрава России в последнее время в комплексной терапии нейротрофических язв у больных лепрой используется отечественная инновационная технология для местного лечения – «Аллоплант».

«Аллоплант» (регистрационное удостоверение ФС01033583/3159-06 от 15.05.2011) представляет собой биоматериал, получаемый из аллогенных тканей. Донорский материал подвергается многоступенчатой физико-химической обработке, которая позволяет достигнуть мембранолиза и способствует экстракции наиболее иммуногенных компонентов тканей, с сохранением коллагенового и эластичного каркаса и биологически активных компонентов аморфного матрикса. Материал содержит весь спектр тканевых компонентов, участвующих в построении основного вещества соединительной и эпителиальной тканей, регулировке процессов роста и дифференцировки клеток. Для «Аллопланта» характерна низкая антигенность и способность активировать регенеративные процессы в тканях, способствуя их селективному росту [12,13,14].

Технология применения «Аллопланта» заключалась в введении в дно и края язвенного дефекта 1-3 мл разведенного порошкообразного диспергированного аллотрансплантата, с последующим местным использованием аппликаций биоматериала в виде присыпки до полной регенерации тканей в области дефекта. Кратность использования составляла 1-3 раза с интервалом 14 дней.

В исследование были включены пациенты, находящиеся на стационарном лечении: 12 больных лепрой (4 мужчин и 8 женщин). Возраст больных варьировал от 63 до 82 лет. Давность существования НТЯ: до 1 года – у 6 больных, до 5 лет – у 4, свыше 5 лет – у 2. Основной диагноз: Лепра, лепроматозный тип, в стадии регресса. Осложнения: Хроническая специфическая полинейропатия. Нейротрофические язвы нижних конечностей.

Нейротрофические язвы располагались на подошвенной поверхности стопы в точках опоры, наиболее часто в проекции головок плюсневых костей. Язвы имели хронически рецидивирующий характер, ранее, данные пациенты, лечившиеся по поводу нейротрофических язв отличались торпидностью к проводимому лечению.

В ходе исследования был проведен сравнительный анализ эффективности применяемой технологии с использованием местных аппликаций 2% крема Сульфатиазол серебра, входящего в стандарт лечения лепры.

Результаты и обсуждение

В настоящем сообщении представлены результаты лечения нейротрофических язв у 12 больных лепрой. Со всеми пациентами группы было заключено согласие на добровольное участие в исследовании и лечении с применением биоматериала.

Пациенты в ходе исследования отметили хорошую эффективность и переносимость используемого биоматериала. Побочных и отрицательных явлений на фоне проводимой терапии у больных не наблюдалось.

Лечение проводилось под клинико-лабораторным контролем до начала лечения, во время, по окончании курса и через месяц после лечения.

В ходе исследования больные получали комплексную терапию, включавшую противолепрозные средства, нейро- и ангиопротекторы, витамины.

Для оценки процессов, происходящих в тканях под воздействием стимулятора регенерации «Аллоплант», производился контроль состояния капиллярного русла и микроциркуляции нижних конечностей, определялся микробиологический пейзаж язв, дерматоскопическая картина краев язвенного дефекта, гистологическая картина биопсийного материала трофической язвы.

Исследование состояния капиллярного русла и процессов микроциркуляции проводилось с помощью лазерного анализатора капиллярного кровотока ЛАКК-01. Нами регистрировались и подвергались статистической обработке лазерные доплеровские флоуограммы (ЛДФ) нижних конечностей до, на фоне и после применения технологии. Проведенные исследования достоверно показали, что на фоне применения технологии

«Аллоплант» происходит улучшение микроциркуляторных процессов в тканях за счет возрастания расчетных индексов активного механизма регуляции кровотока (Аmax CFI/Аmax LF) с 0,27 до 0,33; пассивного механизма регуляции кровотока (Аmax HFI/Аmax LF) с 0,51 до 0,62; коэффициента вариации микроциркуляции М (Кv) с 33,64 до 44,71%.

Микробиологический пейзаж отделяемого язв был достаточно многообразным. Выявлялись *Staphilococcus aureus*, *Staphilococcus epidermidis*, *Pseudomonus aeruginosa*, *Proteus mirabilis*, *Citrobacter*, *E. coli*, *Klebsiella*, *Streptococcus* (без определения вида). Наиболее часто выделялись *St.aureus*, *Ps.aeruginosa* и *Pr.mirabilis*. Нередко микрофлора была сочетанной. *St.aureus* оказался наиболее чувствителен к цефтриаксону, гентамицину, левомицетину. *Ps.aeruginosa* оказалась высокочувствительной к гентамицину, но высокоустойчивой к цефтриаксону. *Pr. mirabilis* оказался высокочувствительным к имепену. Для рода *Streptococcus* выявлена высокая устойчивость к ципрофлоксацину, к эритромицину обнаружены как мало- так и абсолютно устойчивые штаммы. При наличии вторичного инфицирования язв антибактериальная терапия назначалась при необходимости с учетом чувствительности выделенной микрофлоры.

Мониторинг состояния кожного покрова при терапии препаратом «Аллоплант» проводился с помощью метода высокочастотного ультразвукового сканирования на аппарате DUB Skinscanner (ТРМ, Германия) с использованием датчика 75 МГц на участках кожи:

Т 1 (R1) - краевая зона язвы (область стопы)

Т 2 (R2) - краевая зона язвы (область голени)

Т 3 (R3) – краевая зона в ходе эпителизации (14 сутки)

Контрольные точки - симметричные (контрлатеральные) зоны на противоположной конечности без видимых изменений (L1,L2,L3 соответственно).

Т 1

Контур эпидермиса имеет микрорельеф, аналогичный в очаге и с контрлатеральной зоны.

Дерма четко отграничена от эпидермиса (и R и L). Эхогенность дермы достаточно равномерная в очаге и в контрольной точке, структурные элементы просматриваются в очаге и контроле (75 МГц). Субэпидермальна гипэхогенная полоса (SLEB) не наблюдается в обоих случаях.

Отграничение дермы от гиподермы в очаге нечеткое, «размытое», в то же время в контрольной точке граница прослеживается достаточно четко. Гиподерма в очаге имеет более выраженную акустическую плотность (в диапазоне 8-12) по сравнению с контрольной точкой (от 2 до 4). Также отмечается уменьшение толщины мягких тканей, подлежащих к дерме, что выражается в уменьшении расстояния от дермы до надкостницы.

Таблица 1 - Ультразвуковое сканирование (75МГц). Краевая зона трофической язвы стопы

Т1	Эпидермис, мкм*	Дерма, мкм*	Гиподерма, мкм*	Акустическая плотность гиподермы (ед.)
R (очаг)	129 мкм	1452 мкм	1933 мкм	8-12
L (контроль)	125 мкм	1672 мкм	2340 мкм	3-5
Изменение параметра, мкм**	4 мкм	-220 мкм	-407 мкм	5-7
Изменение в % **	+3,2%	-13%	-17,4%	Увеличение в 2-3 раза

* - средние значения

** - (+) увеличение или (-) уменьшение по сравнению с контрольной точкой

Т 2

Характеристики эпидермиса и дермы аналогичны Точке 1. Аналогично не прослеживается SLEB-зона под эпидермисом. При использовании датчика 75 МГц просматриваются структурные характеристики дермы. Соотношение акустической плотности глубоких и поверхностных слоев также одинаковое в очаге и контрольной точке. В патологическом очаге границы дермы и гиподермы также размыты и нечеткие, толщина прилежащей снизу гиподермы значительно меньше (на 3-4 мм) и визуализируется надкостница, а в контрольной точке визуализировать ее не удалось. Акустическая плотность гиподермы выше, чем в контрольной зоне.

Таблица 2 - Ультразвуковое сканирование (75МГц). Краевая зона трофической язвы голени

T1	Эпидермис, мкм *	Дерма, мкм*	Гиподерма, мкм*	Акустическая плотность гиподермы (ед.)
R (очаг)	89 мкм	2074 мкм	Надкостница визуализируется на глубине около 2 мм ниже дермы	8-10
L (контроль)	86 мкм	2188 мкм	Надкостница визуализируется на глубине более 5-6 мм ниже дермы	2-4
Изменение параметра, мкм**	3 мкм	-114 мкм	-3 мм	+6
Изменение в %**	+3,5%	-5%	Уменьшение толщины больше чем на 3-4 мм	Увеличение в 2-3 раза

* - средние значения

** - (+) увеличение или (-) уменьшение по сравнению с контрольной точкой

Т 3

Микрорельеф эпидермиса аналогичный контрольной (контрлатеральной) точке, в дерме прослеживается структурность как в очаге, так и в контроле. SLEB полоса (гипозоногенная полоса в субэпидермальной зоне) отсутствует как в очаге, так и в контроле. Отграничение дермы от гиподермы в очаге нечеткое, прилегающая гиподерма истончена, фиброзно изменена. В контроле гиподерма, прилегающая непосредственно к дерме, хорошо различима.

Таблица 3 - Ультразвуковое сканирование (75МГц). Краевая зона трофической язвы в ходе эпителизации на 14 сутки

T1	Эпидермис, мкм *	Дерма, мкм*	Гиподерма, мкм *
R (очаг)	82 мкм	2020 мкм	1500 мкм
L (контроль)	125 мкм	1672 мкм	2340 мкм
Изменение параметра, мкм**	-43 мкм	+348 мкм	-840 мкм
Изменение в %**	-34%	+20,8%	-35,9%

* - средние значения

** - (+) увеличение или (-) уменьшение по сравнению с контрольной точкой

Анализ полученных данных показал, что в процессе лечения со стороны эпидермиса наблюдается (возможно вследствие изменения функциональных свойств кожи) увеличение толщины в очагах по сравнению с контролем, микрорельеф сохранен. Дерма как в очагах, так и в контроле имеет сравнимую структуру. SLEB-полоса ни в одном из сканов не отмечалась. Признаков отека, выраженной инфильтрации нет. При этом в очагах прослеживается небольшое снижение толщины дермы от 5 до 13%, граница дермы и гиподермы в очагах нечеткая, «размазанная». Гиподерма в очагах патологического процесса имеет значительно меньшую толщину, и уменьшение ее размеров может достигать более 35%, а также имеет большую ультразвуковую плотность - в 2-3 раза по сравнению с аналогичными контрольными точками, что может свидетельствовать о большем количестве структурных элементов в гиподерме. Таким образом, результаты сканирования края язвенного дефекта до лечения выявили признаки дезинтеграции эпителия, признаки атрофии соединительной ткани и редукции микроциркуляторного русла. На фоне лечения в участках эпителизации наблюдается оптимизация пролиферации грануляционной ткани (в виде сосочков вдается в формирующийся эпителиальный покров), регистрируется активация капиллярного русла в зоне регенерации с последующим восстановлением эпителиально-соединительнотканых взаимоотношений.

Гистологическое исследование биопсийного материала по краям язвенного дефекта до лечения выявляло признаки дезинтеграции эпителия и соединительной ткани (СТ). Подлежащая соединительная ткань была атрофична, с явлениями резорбции волокнистого внеклеточного матрикса, редукции микроциркуляторного русла, выпадения фибронектина. На фоне введения «Аллопланта» оптимизировалась пролиферация грануляционной ткани (ГТ) и кератиноцитов, причем процессы пролиферации и формирования эпителиального покрова коррелировали по времени и в пространстве. Так, на 10-12 сутки ГТ содержит богатое капиллярное русло, активно пролиферирующие клетки фибробластического дифферона, начинается синтез коллагеновых фибрилл. Грануляционная ткань в виде сосочков вдается в формирующийся эпителиальный покров. В этих зонах происходит пролиферация кератиноцитов базального слоя. Ведущими факторами описываемых морфогенетических процессов являлась мобилизация фибробластических и макрофагальных дифферонов при активном ангиогенезе и последующем восстановлении эпителиально-соединительнотканых взаимоотношений.

Для оценки эффективности лечения «Аллоплантом» учитывалось: время ликвидации боли, отека, гиперемии, очищения раны, появления грануляций, начала эпителизации.

После начала применения технологии «Аллоплант» эффект анальгезии отмечался спустя 1-2 часа, к третьим суткам полностью ликвидировался отек и гиперемия. При рутинных методах лечения стихание боли, отека и гиперемии отмечалось только к 5-10 дню. После 2-3-х кратной смены повязки раны очищались от некротических тканей, что соответствовало примерно 5 суткам от начала применения, после чего начиналась активная эпителизация.

Сроки заживления первичных нейротрофических язв кожи варьировали от 14-35 дней (средние сроки составили 25,1 суток). Длительно существующие, рецидивные нейротрофические язвы заживали в течение 30-60 дней (средние сроки эпителизации составили 46,2 суток). Следует отметить, что заживление язвенных дефектов происходило без образования грубых келоидных рубцов.

Средние сроки заживления при использовании аппликаций 2% крема Сульфатаизол серебра составили при первичных язвах - 45,6; рецидивных - 72, 6 суток.

Использование «Аллопланта» приводило к выраженной стимуляции регенерации, что обеспечивало селективный рост тканей, без эффекта отторжения биоматериала тканями организма.

Выводы

Проведенное клиническое исследование свидетельствуют о том, что применение технологии «Аллоплант» у больных лепрой повышает регенераторную активность тканей, улуч-

шает микроциркуляцию. Использование «Аллоплант» позволяет добиться заживления язв, без образования грубых келлоидных рубцов, причем в более короткие сроки лечения.

Применение данной технологии повышает эффективность медицинской реабилитации и социальной реадaptации больных лепрой с осложнениями лепрозного процесса, улучшает качество их жизни.

Литература

1. Дуйко В.В. Пути развития противолепрозной службы Нижнего Поволжья: от приюта до клиники института // Материалы международной научно-практической конференции, посвященной 120-летию Астраханского клинического лепрозория 6-7 октября 2016 г. – Астрахань, 2016.-С.5-14.

2. Barreto JG. Clinic-epidemiological evaluation of ulcers in patients with leprosy sequelae and the effect of low level laser therapy on wound healing: a randomized clinical trial. BMC Infect Dis.-2010;10:237.

3. Fritschi EP. In: Surgical reconstruction and rehabilitation in leprosy. 2nd ed. New Delhi: The Leprosy Mission; 1984. Ulcers of the foot and their sequelae; pp. 182-226.

4. Шац Е.И., Левичева Ю.Ю., Нигматуллин Р.Т. Современные технологии лечения нейротрофических язв и ожогов у больных лепрой // Социально-значимые и особо опасные инфекционные заболевания.-Сочи, 2017.-С. 265-266.

5. Agrawal B.R., Agrawal R.L. Arteriography in leprosy // Ind. J. Lepr.-1985.-Vol. 57,1.-P.138-145.

6. Gigi J Ebenezer, Sheela Daniel, Sujai Suneetha, Esther Reuben, Parthebarajan S, Samuel Solomon. Bacteriological study of pus isolates from neuropathic plantar ulcers associated with acute inflammatory phase // Int. J. Lepr.-2001.-Vol.69. 2 (Suppl.).-P.171-171.

7. Крутиков М.Г., Бобровников А.Э. Местное лечение ран и ожогов // Журнал Российские Аптеки.-2005.-№4.-С. 21-24.

8. Современные методы профилактики и лечения нейротрофических язв у больных лепрой: Пособие для врачей / Сост. Е.И. Шац.-Астрахань, 2000.-26 с.

9. Ющенко А.А., Урляпова Н.Г., Савин Л.А., Аюпова А.К. К вопросу о лечении длительно незаживающих нейротрофических язв // Актуальные вопросы терапии инфекций, передаваемых половым путем и хронических дерматозов: Екатеринбург, 2002.-С. 236-236.

10. Ющенко А.А., Шац Е.И., Васильев А.Э. Комплексное лечение и профилактика рецидивов нейротрофических язв стоп у больных лепрой // Вестник дерматологии и венерологии.-1991.-№2.-С. 57-62.

11. E.I.Shats, V.V.Duiko. Actual aspects of rehabilitation of leprosy patients in Russia // 18-th Int. Leprosy Congress: Book of Abstracts.-Brussel, Belgium, 2013.-P.184-185.

12. Кийко Ю.И. Сенильная макулярная дегенерация. Регенеративная хирургия биоматериалами «Аллоплант».-Уфа, 2002.-152 с.

13. Муслимов С.А. Морфологические аспекты регенеративной хирургии.-Уфа, 2000.-166 с.

14. Шац Е.И., Ющенко А.А. Клинико-эпидемиологическая характеристика нейротрофических язв стоп у больных лепрой // Вестник дерматологии и венерологии.-1988.-№12.-С.37-41.

Түйіндеме

Мақалада алапеспен ауыратын науқастарда нейротрофиялық жараларды жергілікті емдеу үшін отандық "Аллоплант" технологиясын қолдану туралы Жеке деректер келтіріледі. Репарация және микроциркуляция процестерін жақсарту, емдеу мерзімін қысқарту көрсетілген.

Түйінді сөздер: лепра, асқынулар, трофикалық жаралар, технология "Аллоплант".

Summary

The authors give their own data on the use of new domestic technologies for local treatment of leprosy patients with neurotrophic ulcers and burns, technology «Alloplant». The improvement of repair and microcirculation processes, reduction of healing time is shown.

Key words: leprosy, trophic ulcers, «Alloplant» technology.



СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ, СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И ПРОФИЛАКТИКИ БОЛЕЗНИ ХАНСЕНА В ТАДЖИКИСТАНЕ

Косимов А.М.¹, Мухамадиева К.М.², Нуралиев М.Д.³,
Гадоев М.А.⁴

¹ГУ «Республиканский клинический центр профессиональных
болезней» МЗСЗНРТ, г. Душанбе,
РЕСПУБЛИКА ТАДЖИКИСТАН

²Таджикский государственный медицинский университет
им. Абуали ибни Сино, г. Душанбе,
РЕСПУБЛИКА ТАДЖИКИСТАН

³Таджикский национальный университет, г. Душанбе,
РЕСПУБЛИКА ТАДЖИКИСТАН

⁴Республиканский клинический центр кожных венерических
болезней МЗСЗНРТ, г. Душанбе,
РЕСПУБЛИКА ТАДЖИКИСТАН

Необходимо отметить, что в республике Таджикистан лепра никогда не имела широкого распространения. На протяжении длительного времени регистрируются лишь единичные, спорадические случаи заболевания. Основным эндемичным по лепре регионом являются г.Хорог и ряд районов Горно-Бадахшанской автономной области (ГБАО): Ванчский, Ишкашимский, Шугнанский. В двух других областях республики и районах республиканского подчинения (РРП) имеются лишь «затухающие» очаги лепры в отдельных регионах, а заболеваемость также носит спорадический характер.

В связи с событиями гражданской войны в Таджикистане, которая значительно повлияла на социально-культурный и экономический уровень жизни населения, в начале 90-х годов больные лепрой, к сожалению, вообще были брошены на произвол судьбы, за ними не осуществлялся какой-либо контроль, не проводилась диспансеризация и реабилитация больных, не проводилось обследования. Это заставило нас сделать попытку осуществить контроль лепры в республике с внедрением современных методов, а также провести экспертную оценку состоящих на учете больных лепрой и контактных лиц.

В 2006 году под руководством Министерства здравоохранения Таджикистана, была организована международная конференция по лепре в городе Душанбе, которая явилась площадкой обмена опытом между лепрологами стран ближнего и дальнего зарубежья.

В 2013 году во время визита Сосакава Йохен лепрозории Ханака охарактеризовал состояние проблемы лепробольных в Таджикистане: «Я был в 125 государствах для выяснения

ситуации по состоянию жизнедеятельности и лечения лепрозных больных, но то, что я увидел в Таджикистане - это лучше всех этих стран!”.

В августе 2014 года была организована медицинская экспедиция, в которую входило пять врачей из разных стран: Доктор Пай - директор лепрозного проекта в Бомбее (Индия), доктор Молдагали Соталиев - главный лепролог Казахстана, доктор Вячеслав Цемба – Представитель Российского лепрозного научно-исследовательского института в Астрахани, а также Косимов А.М. главный лепролог Таджикистана и доктор Романа Драбик (Германия).



В Республике Таджикистан на сегодняшний день состоят на учете 49 больных (муж.- 32, жен.- 17). В отделении лепробольных получают лечение 14 человек, 27 пациентов состоят на диспансерном учете и 8 находятся в лепрозориях за пределами страны (диаграмма 1).

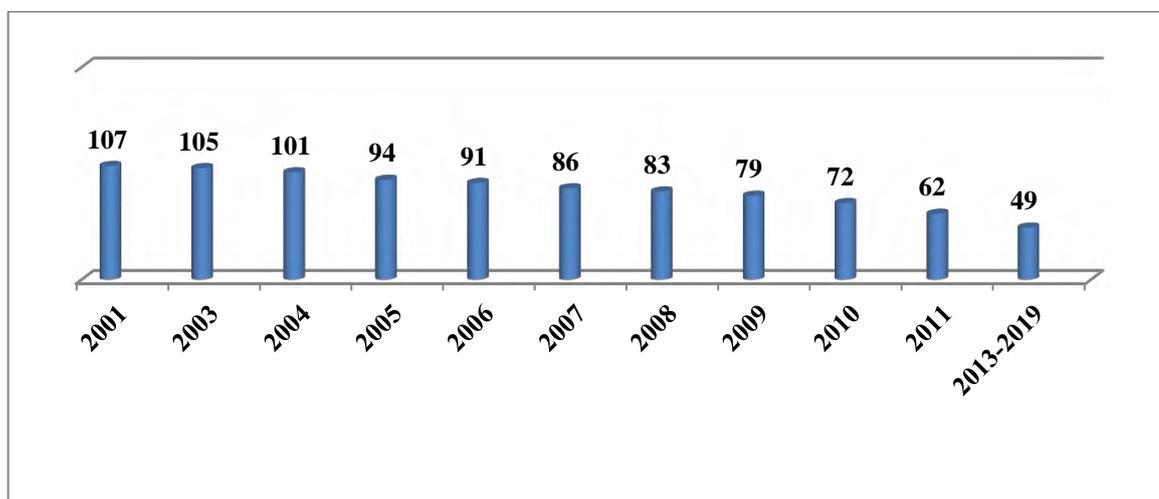


Диаграмма 1 - Количество больных лепрой в Таджикистане с 2001 по 2019 годы

Кроме того, под диспансерным наблюдением находятся 119 человек – лица, которые имеют постоянный контакт с лепробольными.

Несмотря на то, что количество больных лепрой в Таджикистане, с каждым годом уменьшается, необходимо учитывать, что новые случаи лепры регистрируются во многих странах мира до сегодняшнего дня. По данным ВОЗ, в 2014 году в мире было зарегистрировано 213 899 новых случаев заболевания, а 4 миллиона человек страдают инвалидностями, полученными в результате этой болезни. Каждый одиннадцатый из новых пациентов страдает от поздних последствий лепры.

Несмотря на длительную историю изучения, лепра во многом остается загадочным заболеванием. Ее диагностика противоречива, патогенез не вполне ясен, а пути передачи рождают множество споров. И хотя в изучении проказы достигнуты большие успехи, она по-прежнему остается одним из немногих заболеваний (наряду с ВИЧ и эпилепсией), определяющих стигматизацию больных.

Терминология болезни

Болезнь, с которой мы ведем борьбу со времен далекого прошлого называлась „проказой“, а потом, на протяжении столетий - „лепрой“. Многие врачи до сих пор используют слово лепра, хотя современное правильное название заболевания - «Болезнь Хансена», по имени норвежского врача Армауера Герхарда Хансена (1841-1912) который открыл в 1873 году бактерию лепры как возбудителя этой болезни.

Почему мы должны отказаться от первого термина «проказа»? Уже само это слово подразумевает, что общество отвергает страдающих этой болезнью людей. Но разве можно отвергать заболевших? Лепра - бактериальное заболевание. Так за что наказывают больных? Таким образом, в современном мире использование этого термина запрещено по этическим причинам [1,5,7].

Как мы все знаем, по сей день широко используется второй термин - «лепра». Поэтому возникает вопрос - а зачем нам нужно вводить еще одно, уже третье, название? Да, это название совершенно необходимо. Особенно необходимо его использовать в беседах с пациентами. Когда пациент слышит диагноз «лепра», он впадает в глубокое отчаяние, даже депрессию. Страх оказаться отвергнутым родными, друзьями, соседями не оставляет его до конца жизни. Он чувствует себя заклейменным.

Если же диагноз звучит как «болезнь Хансена», пациент и его семья воспринимают его спокойно. Они думают, что не произошло ничего страшного, и через несколько месяцев пациент снова будет здоров.

Таким образом, отношение заболевшего к своему диагнозу - в руках врача, который может подтолкнуть своего пациента к бездонному отчаянию или успокоить и убедить, что через 6 до 12 месяцев он будет здоров.

Особенности клинического течения лепры в Таджикистане. Для изучения распространенности лепры в республике Таджикистан нами проведен анализ динамики заболеваемости лепрой за период с 1928 по 2015 годы. Изучена медицинская документация, в том числе «Извещение на больного лепрой», «Контрольная карта больного лепрой», «Контрольная карта контактного по лепре лица», «История болезни». За это время зарегистрировано 357 случаев болезни. Комплексно обследовано 100 больных лепрой в стационарных условиях республиканского лепрозория. Среди них 58 жителей ГБАО, Согдийской области - 12 человек, Хатлонской области - 10 человек, РРП - 20 человек. Обследовано 455 человека из числа контактных лиц, которые явились жителями ГБАО (234), Согдийской (110) и Хатлонской (111) областей и районов республиканского подчинения (146). У всех контактных лиц были взяты соскобы со слизистой носа и скарификаты с кожных покровов. С помощью статистических методов определены экстенсивные и интенсивные показатели заболеваемости лепрой в регионах республики с учётом пола, возраста, профессии, клинической картины, давности заболевания, возраста больного в момент возникновения заболевания, полученного лечения, наличие инвалидности, продолжительность жизни и экспертиза.

С целью совершенствования и улучшения диспансеризации больных лепрой и контактных лиц, а также для разработки организационно-методических, лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий по борьбе с этой инфекцией в республике Таджикистан были решены следующие задачи: проведена экспертиза лиц, состоящих на учете для выявления сопутствующих заболеваний и осложнений; определения дальнейшей врачебной тактики и современной химиотерапии, проведения их медицинской и социальной реабилитации; проведен анализ распространения и особенностей эпидемиологии лепры в целом по республике и в отдельных ее регионах; изучены факторы, способствующие

инфицированию лепрой в эндемичных очагах Республики Таджикистан; проведена сравнительная характеристика особенностей клиники и течения лепры, продолжительности жизни больных лепрой.

Всестороннее обследование, состоящих на учете лепрозории Таджикистана больных лепрой показало, что мужчины болели чаще, чем женщины (1,5:1). Данные литературы также указывают на данный показатель, и указывают на меньшую врожденную восприимчивость женщин к этой инфекции.

Начало болезни у обследуемых больных приходилось на возраст до 30 лет (65,0% больных). В 28,0% случаев заболевание началось в возрасте до 20 лет. Самое раннее начало заболевания наблюдалось в возрасте 9 лет, а самое позднее - в 61 год. Давность заболевания обследуемых больных составила более 30 лет (70,0%), в среднем - 39,9 лет.

Данные обследования больных показывают, что в республике в основном встречаются тяжелые формы лепры, что в какой-то степени обусловлено низким уровнем жизни больных в эндемичных очагах.

Отмечались запоздалая диагностика болезни вследствие низкого уровня медицинской, санитарной культуры больных и профессионализма медицинских работников. Поздняя диагностика послужила причиной несвоевременного начала лечения и наличия осложнений. Так, несмотря на санацию больных лепрой, оставались серьезные инвалидизирующие последствия, что потребовало дополнительных затрат на их реабилитацию.

Дифференциальное обследование проводится с такими заболеваниями, как: сифилис, витилиго, туберкулёз, токсикодермия, микроспория, лейшманиоз, розовый лишай, разноцветный лишай, красный плоский лишай, псориаз и др.

Язвенные поражения при лепре могут имитировать осложненные микозы и трофические язвы (рисунок 2).

Поражения, локализующиеся на разгибательных поверхностях конечностей могут имитировать регрессирующие элементы псориаза (рисунок 3).



Рисунок 2 - Поражение стопы при лепроматозном типе лепры



Рисунок 3 - Лепроматозный тип лепры

Лепра также может проявляться элементами, схожими с атрофической формой красного плоского лишая (рисунок 4).



Рисунок 4 - Кожные проявления у больного с недифференцированным типом лепры

В Республике Таджикистан на сегодняшний день состоят на учете 49 больных (мужчин - 32, женщин - 17). В отделении лепробольных получают лечение 14 человек, 27 пациентов состоят на диспансерном учете и 8 находятся в лепрозориях за пределами страны. В результате врачебно-трудовой экспертизы к первой группе инвалидности было отнесено 32 больных лепрой, ко второй - 12, к третьей - 5.

Полноценная программа реабилитации больных подразумевает комплекс многочисленных процедур, направленных на восстановление функций организма. В 2010-2017 гг., в основном, наша работа была направлена на медицинскую и физическую реабилитацию больных лепрой, в частности проведено:

Хирургические вмешательства - 7 человек,

Консультация кардиолога - 14 человек,

Консультация офтальмолога - 14 человек,

Лабораторное обследование - 14 человек,

Профилактика. При своевременном обнаружении и лечении пациент может находиться среди людей. Риск несут лишь те, кто проживают с больным на протяжении длительного времени. Дети школьного возраста могут продолжать свое обучение в школе с условием прохождения обследования каждые 2 месяца. Ежегодные осмотры контактных лиц наряду со специалистами зональных противолепрозных учреждений осуществляют врачи-дерматовенерологи по месту жительства. Диспансеризация членов семей больных лепрой предусматривает также проведение общеоздоровительных и санитарно-гигиенических мероприятий (улучшение условий быта, рациональное трудоустройство, избавление от вредных привычек, занятия физической культурой, привитие навыков личной гигиены, профилактические мероприятия по предупреждению других заболеваний и т. п.). При возникновении у диспансерных больных рецидива заболевания, подтвержденного бактериоскопическими и патогистологическими исследованиями, контактные лица берутся на учет, как при первичной регистрации больного. Таким образом, несмотря на спорадическую заболеваемость и снижение общей численности больных лепрой как в мире, так и в Республике Таджикистан, необходимо помнить о негативном влиянии на распространенность лепры такого фактора, как усиление миграционных процессов в высокоэндемичных по лепре стран.

Таким образом, республика Таджикистан является «затухающим» очагом лепры, здесь регистрируются лишь спорадические случаи заболевания, что свидетельствует об эффективности существующих методов борьбы с этой инфекцией. Из-за поздней диагностики, несмотря на качественное лечение, у 80% больных остались серьезные инвалидизирующие последствия со стороны периферической нервной системы, опорно-двигательного аппарата, органа зрения, которые послужили причинами высокого удельного веса инвалидизации и как следствие этого дополнительных экономических расходов.

В связи с этим, с целью предотвращения этой болезни в республике были организованы семинары, в котором участвовали 380 докторов этого направления и доктора первой

санитарно-медицинской помощи с участием знаменитых учёных из Германии, России и Индии.



Следует отметить, что в 2014 году в ходе проведения Международной экспедиции были организованы медицинские обследования 10 000 тысяч населения таких городов и районов областей, как: ГБАО, Хатлонской области (Бохтар, Вахш), Гиссара джамоати Ориён, где не было обнаружено ни одного больного лепрой.

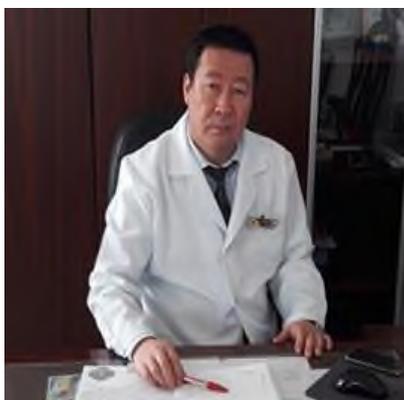
Со стороны главного специалиста Министерства здравоохранения и социальной защиты населения РТ были презентации во Всемирных Конгрессах - Хайдарабаде (Индия, 2008 г.) и в Брюсселе (Бельгия, 2013 г.).

В сотрудничестве со СМИ, в 2013 году нами приглашены специалисты - профессор Романа Драбик из Германии и команда из Японии в составе профессора Сосакава Йохен, которые организовали встречи с дерматологами и провели обучение по профилактике, борьбе и ликвидации лепры.





В 2006 и 2016 гг. при поддержке Правительства Республики Таджикистан и Министерства здравоохранения и социальной Защиты населения РТ были организованы международные научно-практические конференции, в которых участвовали представители 6 иностранных государств, а также отечественные специалисты.



ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ПРОТИВОЛЕПРОЗНОЙ СЛУЖБЫ В КАЗАХСТАНЕ И ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ЛЕПРЫ

М.А.Сейталиев, Т.К.Абубакир, С.К.Егиншибаев

**Казахский Республиканский лепрозорий
РЕСПУБЛИКА КАЗАХСТАН**

Территория Казахстана по своему географическому положению, находящаяся на границе Азии и Европы, в течение многих веков являлась той дорогой, по которой проходили

различные племена и народы. Еще со времен глубокой древности через Казахстан пролегал Великий трансконтинентальный путь.

Впервые сведения о лепре в Казахстане среди уральских казаков были описаны русским ученым П.С.Палласом в 1769 году.

В 1927 году, на 1-м Всесоюзном совещании по лепре С.М.Никоноров известил о наличии в Казахстане больных лепрой. В 1928 году, учитывая сложность ситуации по лепре, на станцию Казалинск был направлен доктор Дессин. В марте следующего, 1929 года, постановлением Совнаркома РСФСР было принято решение об организации лепрозория в Казахстане. Базой лепрозория послужили бывшие колонии для военнопленных австрийцев в 9-ти километрах от г.Кызылорды. Эти места были малопригодны для проживания больных, состояли из 7 одноэтажных домиков, построенных из сырца. Те годы там изолировались 5 больных, и их обслуживали 1 врач и 1 фельдшер.

Первоначальный период борьбы с лепрой в Казахстане (с 1929-1950 гг.) характеризовался низким уровнем медицинской помощи населению и отсутствием специализированного лечения лепры. Больные лепрой только изолировались и не выпускались из лепрозория.

Поступление больных в лепрозорий в первые годы его существования были назначительными, преимущественно за счет жителей Каракалпакии. За 7 лет (с 1929 по 1935 гг.) в лепрозорий поступило 77 больных, что объяснялось отсутствием исследовательской работы в эндемических очагах. В 1929 г. главным врачом был К.О.Дессин, а с 1929 по 1934 гг. - Н.В.Шилов.

С 1934 года, когда главным врачом стал Д.А.Берже, противолепрозные мероприятия несколько оживились, проведен ремонт старых зданий лепрозория, открылся стационар и число коек было увеличено до 100. Там уже работали 4 врача. В конце 1935 года, по собственной инициативе, Д.А.Берже провел обследование жителей близлежащих к морю населенных пунктов Аральского района. Обнаружив там 17 больных, он поставил вопрос перед Министерством здравоохранения Союза ССР о необходимости сплошного обследования населения на лепру Аральского и Казалинского районов Кызылординской области. Первое сплошное обследование населения Аральского и Казалинского районов, организованное Минздравом Советского Союза в 1938-1939 гг. выявило 160 больных.

Во время Великой отечественной войны исследовательские работы по лепре временно приостановлены, в Казлепрозорий переведены больные из Абинского и Холмского лепрозориев. Из-за нехватки мест больные поселились вокруг лепрозория, построив маленькие домики, так образовалось вокруг лепрозория поселение больных.

Основной сдвиг противолепрозной службы начался в 50-е годы прошлого столетия, когда значительно усилились государственные меры борьбы с лепрой. Положительный сдвиг во многом связан с внедрением в 1952 году сульфоновых препаратов для лечения лепры, выдвинувшей лепру в разряд излечимых заболеваний. Именно с внедрением сульфотерапии, деятельность лепрозория строится на диспансерных принципах, что, наконец-то избавило больных от пожизненного «заточения» в стенах лепрозория, позволило большинству их вернуться в полноценную жизнь и трудиться. Кроме этого определены основные очаги лепрозной инфекции: Аральский и Казалинский районы Кызылординской области, Денгизский и Балыкшинский районы Атырауской области. В этих зонах обследование населения стало проводиться ежегодно.

Начало проведения планомерной и систематической борьбы с лепрой во многом связано с приходом главного врача А.А.Шелоковского и его заместителя профессора Э.И.Иоффе (с 1951 до 1953 гг.) В 1952 году в Казахском лепрозории организованы 3 лепрозных отделения, (Г.Н.Иваненко, К.Ю.Серафимова, Т.А.Иваненко, Д.И.Бочкарев, А.И.Андреева и А.И.Хобля), открыта также лаборатория, число штатных коек достигло до 900.

В 1953 году организован эпидемиологический отдел, в составе заведующего и 4 помощника эпидемиолога (Н.Ф.Смутина, В.В.Каратицкая, Ш.Куандыков, А.Е.Хайдуков). С организацией этого отдела расширился объем работы лепрозория, количество больных в лепрозории резко увеличилось.

В 1954 году в г. Аральск открыта межрайонная санитарно-эпидемиологическая станция для борьбы с лепрой. Если в 1956 году количество выписанных больных на амбулаторное лечение было 466, то в конце 50-х годов их число достигло до 1300, что потребовало открытия диспансерных отделов для проведения амбулаторного лечения и последующего диспансерного обслуживания больных по месту жительства. Так, в 1958 году, на базе Аральской межрайонной санитарно-эпидемиологической станции для борьбы с лепрой, организован противолепрозный диспансер со стационаром на 25 коек, главным врачом которого была А.А.Жоглева и 10 лепропунктов в населенных пунктах, неблагополучных по лепре (Бугунь, Шомишкол, Камбаш, Куланды, Каратерен, Бирлестик, Уялы – Аральского района).

Приказом Минздрава СССР за №97 от 12.11.1957 г. для улучшения материального положения медицинских работников из резерва Совета Министров СССР выделены жилые дома и автомобили ГАЗ-69 в количестве 24 шт. С января 1958 года к заработным платам всех медицинских работников лепрозория добавлено 30% надбавки.

Рост числа выявляемых больных требовал увеличения коечного фонда лепрозория и в 1966 году был сдан в эксплуатацию типовой комплекс в п.Талдыарал, с благоустроенными отделениями, операционным и родильным блоком, клинической и патогистологической лабораториями, с клубом и библиотекой для больных, а также жилым городком для персонала, с центральным отоплением, водопроводом и канализацией.

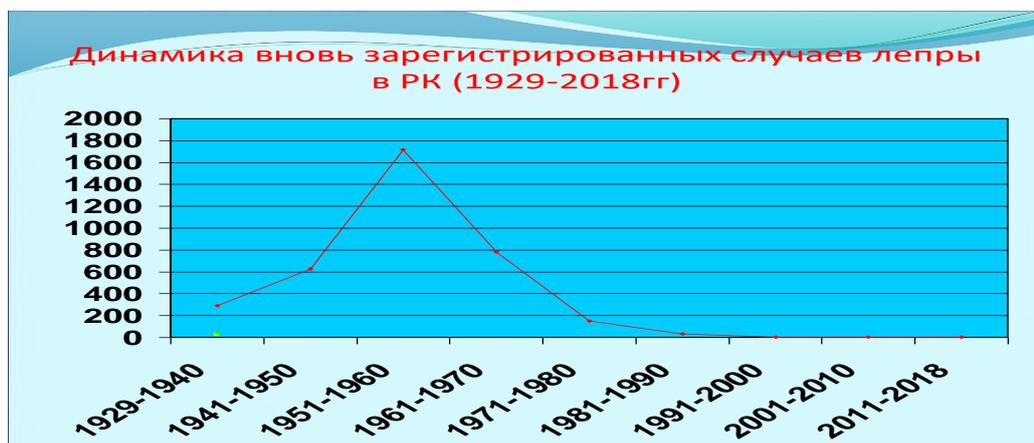
За этот период Казахский республиканский лепрозорий возглавляли: А.А.Шелоковский с 1951 до 1953 гг., Э.И.Иоффе с 1953 до 1954 гг., Л.Я.Клопенко с 1954 до 1963 года, В.С.Сим с 1963 по 1986 гг.

С 80-х годов прошлого столетия начался коренной перелом в заболеваемости лепрой. За девятилетний период 1981-1990 гг. выявлено всего 14 больных, тогда как за предыдущие два десятилетия обнаружены, соответственно, 530 и 107.

Это явилось закономерным следствием широкомасштабного проведения болезни, эффективная спец.терапия, диспансерные методы ведения больных, улучшения социального обеспечения больных и членов их семей, повышения санитарно-гигиенической культуры населения, а также улучшения социально-экономического положения в стране.

Для многих стран Юго-Восточной Азии, Африки и Центральной и Южной Америки лепра и поныне остается одной из главных проблем общественного здравоохранения. На сегодня в мире насчитывается 12-14 млн. больных лепрой и ежегодно регистрируется 500-600 тыс. новых случаев заболевания. На 44-ой сессии Всемирной Ассамблеи ВОЗ (1991) принята резолюция об элиминации лепры к 2000 году, как проблему общественного здравоохранения, путем снижения заболеваемости лепрой до 1-го и менее случая на 10 тыс. населения.

В Казахстане лепра никогда не была распространенной, и заболеваемость всегда была ниже уровня элиминации. За последнее 20-летие выявляются единичные случаи, всего 8 случаев и 9 рецидивов заболевания. Сегодня среди больных лепрой, зарегистрированных в



Казахстане, нет детей и подростков. Болеет лепрой исключительно население старших возрастов. Средний возраст, состоящих на учете больных составляет 74 года с вариациями от 37 (самый младший).

Общая численность и количество впервые и повторно выявленных больных лепрой в РК (2001-2018гг.)

Годы	Общее число больных	Впервые выявленные	Рецидивы
2001	850	-	1
2002	815	-	-
2003	765	1	1
2004	738	1	-
2005	714	-	-
2006	692	1	1
2007	670	-	2
2008	640	-	-
2009	609	-	1
2010	581	1	1
2011	548	-	-
2012	524	1	-
2013	501	-	1
2014	474	1	1
2015	442	1	-
2016	415	-	-
2017	401	1	-
2018	381	-	-

Распределение больных по месту жительства

Название региона	Количество больных	Количество контактных
Кызылординская обл:	282	177
На приюте Лепрозорий	33	-
Алматинская обл.	13	5
Актюбинская обл.	12	4
Атырауская обл.	8	-
Акмолинская обл.	2	-
ЗКО	2	-
Жамбыл обл.	15	14
ЮКО	10	11
Мангистау обл.	4	6
Всего	381	217

Казахский республиканский лепрозорий, на сегодня современная медицинская организация особого типа по оказанию специализированной медицинской помощи и представлению некоторых видов социальных услуг больным лепрой, обладающая крепкой материально-технической базой и достаточным кадровым потенциалом. Помимо спец.лечения больные получают всю необходимую медицинскую помощь (хирургическую, гинекологическую, офтальмологическую, стоматологическую, терапевтическую и др.) и реабилитации.

У нас проводится рентген, УЗИ, гастрофиброскопия, риноскопии, ЭКГ и др. виды исследования. Успешно работает физкабинет и аптека, функционируют клиническая, биохимическая, бактериологическая лаборатории, оснащенные всеми необходимыми медицинскими и прочими аппаратами и оборудованием. Лепрозорий рассчитан на 90 коек, а также имеются 2 диспансерных отделений в г.Аральск и в г.Кызылорда (по Тасбугет).

Казахский лепрозорий имеет свой опыт в научных исследованиях в области лепрологии. За время существования лепрозория было опубликовано более 150 научных работ Казахского лепрозория. По материалам Казахского лепрозория защищены 4 докторские и 9 кандидатских диссертаций.

Огромный вклад внесли в дело ликвидации лепры в Казахстане сотрудники Астраханской НИИ лепры: В.А.Евстратова, А.К.Логинов, А.Н.Погорелов, Л.Н.Чернышева, К.И.Назаров, А.А.Ющенко и сотрудники Казлепрозория, врачи – Т.А.Иваненко, А.Н.Хобля, В.С.Сим, М.Я.Фридман, Д.И.Бочкарева, А.А.Жоглева, Л.М.Демина, В.К.Телегин, С.И.Рыскулов, Т.К.Калыбаев, О.С.Смаханов, Р.А.Султанова, К.Т.Тулебаева, У.Альсеитов, К.Абишев, А.Ж.Измагамбетов, В.К.Дигай и другие средние медработники: М.М.Тореханова, Л.Ф.Ли, Н.Ф.Смутина, Ж.Абдухожаев, Ш.Куандыков, А.Е.Хайдуков, К.Тажиков, З.Мамырбаев,

И.Елбосынов, Л.И.Вильская, Е.Г.Добровольская, О.Карпык и др. Многих из которых сейчас уже нет с нами.

В современных условиях sporadic заболеваемости, задачей перед лепрологами Казахстана является ранняя диагностика заболевания (на этапе предболезни), начало лечения на этом этапе, профилактика инвалидирующих последствий лепры. Следует широко внедрять в практику методы серологического контроля лепры, позволяющие диагностировать болезнь на доклиническом этапе. Важно формировать группы повышенного риска заболевания среди населения, а также группы активизации лепрозного процесса среди больных, широко привлекать врачей общей медицинской сети к участию в противолепрозных мероприятиях.

Успешная борьба с лепрой невозможна без участия местных органов здравоохранения. Наш лепрозорий тесно сотрудничает с кожно-венерологическими, санитарно-эпидемиологическими учреждениями республики и области.

В настоящее время на учете Казахского республиканского лепрозория находятся 381 больной и 217 контактных лиц. Нуждающиеся в госпитализации лица находятся в лепрозории для лечения различных сопутствующих заболеваний, а также для реабилитации.

Мы выражаем уверенность, что благодаря самоотверженному труду лепрологов Казахстана при поддержке Министерства здравоохранения Республики Казахстан и Казахского научного центра дерматологии и инфекционных заболеваний, а также лепрологов стран СНГ и дальнего зарубежья в будущем болезнь Ганзена (лепра) в нашей стране будет полностью искоренена.



ҚАЗАҚСТАНДАҒЫ ГАНЗЕН АУРУЫНЫҢ ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Сейталиев М.А.

ҚР ДСМ «Қазақ Республикалық лепрозорийі»
ММ басшысы

Жалпы лепра туралы тереңірек түсінік болу үшін бұл дерт туралы жазған ғалымдардың еңбектеріне жүгінеміз (Абдиров Ч.А., Ющенко А.А., Вдовина Н.А., 1987 ж.).

Лепра (син. Ганзен ауруы, гансениаз, гансениоз) – қоздырғышы лепра микобактериялары болып табылатын, теріні, шеткі нерв жүйелерін және ішкі ағзаларды зақымдайтын, адамның (антропоноз, тек қана адамдар ауырады) созылмалы жұқпалы ауруы болып табылады. Лепраның инкубациялық (жасырын) кезеңінің ұзақтығы орташа 2-7 жылды құрайды және кей жағдайларда ағзаның кеселге резистенттілігіне байланысты бірнеше айдан, ондаған жылдарға дейін созылуы мүмкін. Инфекцияның (жұқпаның) көзі лепраға шалдыққан науқас болып табылады, яғни оның белгілі бір мекенмен байланысы жоқ. Лепра микобактериялары табиғи ошақтарда табылмаған. Аурудың жұғу жолдары да түпкілікті анықталмаған. Ауруды зерттеген ғалымдардың басым бөлігі негізінен инфекция науқас адамнан сау адамға ауа жолымен беріліп, жоғарғы тыныс жолдарының шырышты қабығы мен тері арқылы енеді деген тұжырымды ұстанады.

Ежелгі кітаптар мен археологиялық зерттеулерге сүйенсек, лепраның адамзатқа өте ерте заманнан белгілі болғанын білуге болады. Ежелгі Үнді моноскриптерінде (б.э.д. 1500-1000 жылдар) - «*Kushtha*», Моисейдің бес кітабында (б.э.д. 1500 жылдар) - «*Zaraath*», Мысыр папирустарында (б.э.д. 1300-1000 жылдар) - «*Uchedu*» деген атаумен белгілі болған. Көптеген авторлар лепраның әлемге Орталық Африкадан таралғанын айтады. Дегенмен, алғашқы ошақтың Оңтүстік-Шығыс Азия аумағында болды дейтін авторлар да жоқ емес.

Б.э.д. V ғасырда өмір сүрген Геродоттың куәлігі бойынша, сол заманда Иранда лепра «*pes (pis)*» деген атаумен кең тараған.

Еуропаға лепра Мысыр мен Финикиядан және Азия елдерінен халықтардың түрлі қозғалыстары (сауда байланыстары, соғыс жорықтары, жаппай қоныс аударулар) арқылы енгізілген. Еуропада лепраның жаппай таралуына б.э.д. I ғасырда Оңтүстік-Шығыс Азия елдеріне жасалған ұзаққа созылған жорықтан қайтқан Помпейдің рим солдаттары өз әсерін тигізді. Жана дәуірдің басында лепра Византияда, Испанияда, Францияда және де басқа Еуропа елдерінде тіркеле бастады. Сол кезеңде (II ғасыр) лепра туралы мейлінше толық мағлұматты Гален жазды. Ол аурудың негізгі 6 белгісін бөліп көрсетті: терінің қабынуы, жаралар, аяқтардың ісінуі, «арыстан келбеті», тері түктерінің түсуі және мутиляция (шеткі буындардың түсуі). Алғашқы кезде лепраны «*elephantiasis*» (слоновость - піл аяқ) деген атаумен атады. III ғасырда христиан богословы Ориген ауруды інжілдік «*Zaraath*» сөзімен ауыстырып, ол грек тіліне аударғанда «*лерга*» (құрғақ) деген термин шықты. Сол кезеңнен бастап аурудың атауы барлық елдерде «лепра» болып аталып кетті.

Лепраның Еуропа елдерінде ең көп тараған кезеңі X-XIII ғасырларға тура келді. XI ғасырдан бастап барлық Еуропа елдерінде лепрозорийлер көптеп ашыла бастады. Әр елде лепрозорийлерді өз терминдерімен атады, Италияда - *Lazaretti* (лепрамен ауырған інжілдік қасиетті Лазарьдің есіміне сай - бұл атау әлі күнге дейін әскери және уақытша шектеу орындарының емдеу орындарында сақталған), Англияда - *lazar-houses*, Францияда - *maladreries* және т.б. Лепрозорийлер саны өзінің шарықтау шегіне XIII-XIV ғасырларда жетті. Бұл кезеңде әр қалада дерлік лепрозорийлер пайда болды. Науқастарды оқшаулау міндетті еді және бұл өмір бойына жалғасты, оларды азаматтық құқықтарынан айырды. Лепраға шалдыққан сырқаттар қалаға үстерін толық жауып тұратын ерекше киімдермен және сылдырмақпен ғана шығуға міндеттелді. Үйге кіруге және қоғамдық орындарға баруына, жұмыс істеуге тиым салынды. Оларға тек қайыр сұрау арқылы күн көруге ғана рұқсат етілді. Дегенмен, қандай да бір емдеу тәсілінің жоқ кезеңінде, өзінің қатігездігіне қарамастан бұл шаралар індеттің кең тарап кетпеуі үшін қолданылған бірден-бір тиімді алдын алу (профилактикалық) шара болды.

Кейін келген әлеуметтік прогресс, материалдық және мәдени дәреженің көтерілуі, еңбек және тұрмыс гигиенасы жағдайының артуы бірте-бірте лепрамен аурушандықтың төмендеуіне әкелді. Арнайы емнің әзірше болмауына қарамастан, XVII ғасырдың орта шенінде Еуропаның көптеген елдерінде лепраның жекелеген ошақтары ғана қалды. Экономикалық және әлеуметтік прогресске кейінірек қол жеткізген Норвегияда лепрадан эпидемия XIX ғасырдың соңына дейін жалғасты. Ал Испания, Португалия сияқты елдерде әлі күнге дейін тіркелуде.

Біздің көрші, бұрынғы Ресей империясының аумағына лепра жоғары залалданған көрші елдерден енгізіліп, жекелеген ошақтар күйінде сақталды. Киев Русіне, Қара теңіз бен Азов теңізі жағалауларына, Дон мен Кубан өзендерінің аймақтарына лепра өте ертеректе Грекиядан, Каспий теңізі жағалауы мен Еділ, Орал өзендері маңына Иран мен Түркиядан енгізілген деп есептеледі. Лепра Ресейде XIX-XX ғасырларда Астрахан губерниясында, Еділ өзенінің теңізге құяр сағасы мен оның сол жағалауындағы елді мекендерде мейлінше кең тарады (В.Р.Коган, 1964). Ресейдің оңтүстігінде лепраны «проказа», Қырым ауруы немесе «крымка» деп атады (В.Ф.Шубин, 1957).

Ресейде алғашқы лепрозорий 1769 жылы ашылған. Н.А.Торсуев пен С.М.Гитман (1956) 1911 жылы Ресей империясында 21 лепрозорий болғаны туралы жазады. Қазақстан аумағында лепраның бар екені туралы ең алғашқы жазба деректі біз П.С.Палластың

еңбектерінен кездестіреміз (1889). 1769 жылы, Жайық (қазіргі Орал қаласы) қаласында болған кезде, ол осы жерде тұрып жатқан урал казактары арасынан лепра ауруын көріп, төмендегідей жазба қалдырған: (*«...при Яике начала показываться особливая и малоизвестная проказа, от которой могут произойти плохие следствия, если не будет употреблена предосторожность. Сия болезнь та же самая, которая в Астрахани под именем крымской болезни известна, потому что во время военных походов принесена из Крымской земли. Яицкие казаки говорят, что она пристала к ним от бывшей в персидском походе команды из Астрахани и называют «черной немочью», потому что начинает лицо синеть. Я видел многих, в высшей степени одержимых оною болезнью»*).

Осыдан кейін бірнеше авторлардың (П.Симонтовский, 1796; Н.Минх, 1888; Л.Рутенберг, 1897; Ф.Горбацевич, 1898; т.б.) қазіргі Батыс Қазақстан, Атырау облысы аумағында лепра ауруларын кездестіргені туралы жазба деректері бар. Бір ерекшелігі бұл деректерде осы өңірлерде тұратын ұлты орыс тұрғындар жөнінде баяндалған, Қазақстанның негізгі тұрғындары - казактар туралы еш дерек жоқ.

Қазақстандағы лепраның эпидемиологиясы туралы еңбектерінде көптеген авторлар қазақ жері арқылы өткен Ұлы Жібек жолының, Араб басқыншыларының, Шыңғысхан, Темірлан жорықтарының маңызын айтып, осы кезеңдерде лепра таралған деген тұжырым жасайды. Алайда, өткен ғасырдың 50-ші жылдарына, яғни лепрамен аурушандық өзінің шарықтау шегіне жеткенге дейін Қазақ КСР-ның аумағында лепра барлық жерлерде анықталмаған, оның құрамына кіретін 16 облыстың тек 8-нен анықталған: олар Қызылорда, Гурьев, Орал, Ақтөбе, Шымкент, Жамбыл, Алматы және Семей облыстары. Осылардың ішінен Қызылорда және Гурьев облыстарында барлық анықталған аурулардың 95 пайызы анықталса, қалған 6 облыста 5 пайызы ғана тіркелген. Соңғы 6 облыстағы жағдайларды ежелден қалған спорадикалық жағдайлар деп есептесек, Гурьев облысының ошаққа айналу себебі Астраханьмен және Орал казактарымен тығыз араласуымен байланысты екенін байқаймыз. Ал Қызылорда облысының Арал-Қазалы ошағындағы жағдайдың эпидемиялық сипат алуына не себеп болды? Осы жағдай бізді толғандырмай қоймады. Себебі 1885 жылы орыстың белгілі лепразерттеушісі Г.Н.Минх, Перовск мен Қазалы аймағын зерттеп, ол жерлерде лепра ауруларын кездестірмегені туралы: (*«...среди киргизов, населяющих между Орском и Ташкентом, лепры нет»*) деп жазды, осы пікірмен сол уақыттарда зерттеу жүргізген Решетилло да келісті. Бұл жағдай Мамоновтың «1885 жылғы Сырдария облысы туралы «Шолуымен» (Обзор о Сырдарьинской области 1885 года) де дәлелдене түседі. «Шолуда» бұл облыста лепраның бар екендігі айтылып, елді мекендер атап көрсетілген. Ол кезеңде аталған облыстың аумағына көрші республикалардың жерлері де кіретін. Белгілі болғаны ол атап көрсеткен ошақтар арасында кейінгі Қазақ КСР-аумағына кірген бір де бір елді мекен болмаған, олар Өзбекстан және Тәжікстан республикасына қарайтын елді мекендер екен. Лепра негізінен отырықшы халықтар арасында көп кездесетін ауру. К.А.Колесов өзінің «Қазақ КСР-дағы проказа» деген ғылыми еңбегінде (Қазақстан аумағындағы лепра туралы тұңғыш еңбек), Қазақтар арасында «pes (пес, алапес)» деген ұғым бар, бірақ бұл сөздің өзі парсы тілінен енген, аудармасы «ала» деген ұғымды білдіретінін, негізінде витилиго ауруына байланысты атау болуы мүмкін екенін және «махау» деген ұғымның бар екенін, бұл сөзбен көрші Хиуа, Хорезм елдерінде лепраны атағанын, ол жерлерде «махаухона», «махаукишлактар», бұрыннан болғанын атап көрсеткен. Яғни лепра Қазақстан аумағына көрші елдерден осындай атауларымен бірге енгізілген деген болжам айтқан. Ол кезеңдерде көптеген созылмалы тері аурулары бір-бірінен дифференцияланбағанын ескерсек, бұл атаулардың түрлі тері ауруларына да қолданылуы әбден мүмкін екенін де байқаймыз. Алайда ХХ ғасырдың басында Арал-Қазалы аумағында, балықшылар арасында бұл індеттің бар екені белгілі бола бастады. Осы өлкеде, жаз мезгілінде Мұғалжар, Ойыл, Сағыз, бір шеті Қаратауды және т.б. жерлерді, қыста Қызылқұмды жайлаған көшпелі қазақтардың ХІХ ғасырдың ортасында көптеген оқиғаларды басынан кешкені бізге тарихтан белгілі. Хиуа, Қоқан хандығына қарсы күрестер, онан соң ХІХ ғасырдың екінші жартысындағы Ресей отарлаушыларының келуі және оның саясатына қарсы бағытталған күрестер тұрғындарды

әбден қажытты. Осы өлкеге сол кезде әскери бекіністер (Қазалы, Райым) салынып, орыс әскерлері жеткізілді, онан қалды балықшы орал-казактары әкелініп, Арал теңізін игеру басталды. (Бұл туралы ерікті энциклопедияда: *Казалинск был известен как один из центров расселения приаральских «уральцев» (самоназвание), известных также как «уходцы» и «аральцы». Это потомки уральских казаков, сосланных в 1875-79 годах за неподчинение «Положению о воинской повинности Уральского Войска» 1874 года. В начале XX века в Казалинске проживало около 1 500 уральцев. Занимались преимущественно рыбным промыслом и охотой... делінген).*

Балықшы кәсібіне жергілікті қазақтар арасынан кедей кешшіктері жалданды. Теңіз жағасына алғашқы жертөлелер салынып, қазақтардың отырықшы елді-мекендері пайда болды. Жоғарыда айтылғандай Оралдан, Астраханнан келген орыс-казактардың арасында осы аурудың кеңінен тарағанын ескерсек, кеселдің солар арқылы келуі әбден мүмкін екенін болжаймыз. Бұл ойымызды олармен бізден бұрынырақ арласқан Гурьев облысының Қазақстандағы лепраның негізгі ошағының бірі болуы бекіте түседі. Бұл тұжырымды кейбір зерттеушілер (К.А.Колесов) де түбегейлі жоққа шығармағанымен, оны дәлелдемеген. Бұған өткен кезеңнің саяси себептері де өз әсерін тигізгені сөзсіз.

Лепраның бұл өңір қазақтарының арасында эпидемиялық сипат алуының Арал теңізін игерумен тікелей байланысы барын аңғаруға болады. Себебі: біріншіден, лепра індетінің эпицентрі негізінен Арал ауданы, оның ішінде теңізді жағалай қоныстанған балықшылар ауылдары болды. Екіншіден, басқа ошақтармен салыстырғанда бұл ошақта ер адамдар әйелдерге қарағанда көп зақымданған. Демек, бұл жағдай ер адамдардың негізгі кәсібі балықшылықпен тікелей байланысты.

Біздің тұжырым бойынша бұл жұқпалы індет «Ресейден орыс-казактар арқылы келген» деген дұрыс сияқты. Қазақ халқының басына отарлаушылардың алып келген зұлматтарының бірі деп ойлаймыз. Негізінен мал шаруашылығымен айналысқан көшпелі қазақтардың балықшылықпен айналысып әлеуметтік-тұрмыстық жағдайының күрт өзгеруі, тіпті төмендеуі, шоғырланып ұжымдық шаруашылықпен айналысуы (теңіз жағасындағы балықшы қостарында топ-топ болып шоғырланып өмір сүру), тамақтану мәдениетінің өзгеруі, яғни біркелкі негізінен балық өнімдерін тұтыну (әсіресе қыс мезгілінде бірінғай тұздалған балық жеу), ашаршылық және т.б. адамның иммунитетін төмендететін өте ауыр жағдайлар, арнайы эпидемияға қарсы іс шаралар болмаған кезеңде бұл ауру туралы мағлұматы төмен тұрғындар арасында жағдайдың ушығуына әсер еткен тәрізді. Сол маңда тұратын, негізінен мал шаруашылығымен айналысқан елді мекендер арасында дерттің таралуының әлдеқайда төмен болуы бұған қосымша дәлел болады. Ол жерлерге лепра негізгі көрші балықшы ауылдардан енген.

Індеттің тұрғындар арасында ұлт ерекшелігіне қарамастан пропорционалды түрде тарағаны туралы ғылыми деректер бар, яғни індет ұлт немесе ұлысты таңдамаған. Салыстырмалы түрде айтсақ, бомба түскен аймағын белгілі бір радиуста зақымдайды. Ол аймақтағы адамдардың тегіне, тіліне, дініне не басқа ерекшеліктеріне қарамайды. Десе де одан белгілі бір қорғаныс құралы арқылы аман қалуға болады. Біздің жағдайда ол құралдың аты иммунитет.

Қазір бұл аурудың ошағы өшті, біз аурудың тек алыс зардаптарымен күресудеміз. Сонымен қатар еліміздің әр түкпірінен спорадикалық жағдайлар ғана тіркелуде, олардың арасында көрші елдерден енгізілген жағдайлар да кездесуде.

Кеңес үкіметі кезінде де XX ғасырдың ортасына дейін тұрғындардың басынан өткен колхоздастыру, аштық, Екінші Дүниежүзілік соғыс сияқты ауыр кезеңдер әлеуметтік жағдайды тіпті қиындатып жіберді. Аурушандық өткен ғасырдың 50-ші жылдары өзінің шарықтау шегіне жетті.

Ғасырға жуық уақыт арасында атқарылған жалпы мемлекеттік пәрменді іс шаралардың нәтижесінде қазір елімізде лепра індеті толастатылды. Дүние жүзінің ешқандай мемлекеті лепра індеті үшін осыншама қысқа уақыт ішінде мұндай жетістікке қол жеткізген емес.

1991 жылы ДДҰ Бас Ассамблеясы 2000 жылға дейін лепраны толостату (элиминация), яғни дүние жүзінің эндемиялық елдерінде онымен аурушандықты 10 000 тұрғынға шаққанда 1,0 және онан төмен жағдайға жеткізу жөнінде резолюция қабылдады. Өкінішке орай, көптеген эндемиялық елдер бұл көрсеткішке енді ғана қол жеткізе бастады.

Қазақстан әлдеқашан лепра толостатылған елдер қатарына жатады. Қазіргі таңда біздің елімізде жекелеген спорадикалық жағдайлар ғана кездесуде. Еліміздегі бірден-бір арнайы мекеме лепрозорий мамандары осы кезеңге дейін негізінен лепра ошағын өшірумен айналысты және бұл күресте жеңіске жетті деп мақтанышпен айта аламыз.

Лепраға қарсы күрестің бүгінгі таңдағы еліміз үшін өзекті мәселелері мынадай:

1. Елдегі қалыптасқан ішкі және сыртқы миграция процесстері: Соңғы 30-40 жыл көлемінде Арал теңізінің құрғауына байланысты туындаған экологиялық апат салдарынан эндемиялық ошақ тұрғындарымен бірге науқас адамдар да еліміздің өзге өңірлеріне қоныс аударуға мәжбүр болды. Қазіргі таңда науқастар мен олармен тығыз қатынаста болғандар еліміздің барлық өңірлерінде дерлік өмір сүруде. Бұл да өз кезегінде лепрадан мүлде хабары жоқ, тұрғындарының лепраға қарсы иммунологиялық резистенттігі белгісіз аймақтарда инфекцияның таралу қаупін туындатуы әбден мүмкін. Оның үстіне соңғы кезеңде еліміз егемендік алып, әлемнің барлық елдерімен дерлік, оның ішінде лепрадан тұрақсыз мемлекеттермен сауда-экономикалық және туристік қатынастар орнатты. Бұл жағдай да өз кезегінде сыртқы миграцияның күшеюіне соның әсерінен түрлі инфекциялардың, сонымен бірге лепраның да сырттан ену қаупін үдететіні сөзсіз. Мәселен, тек қана 2012-2016 жылдар аралығында көршілес Қарақалпақстан республикасы аумағынан елімізге 32 науқас қоныс аударғаны белгілі болып отыр. Олар іздестіріліп, диспансерлік есепке алынууда.

2. Еліміздегі медицина мамандарының лепра туралы білмеуі және лепросактықтың жоқтығы өз кезегінде аурудың дер кезінде анықталмауын және олардың ұзақ уақыт бойы қоршаған ортаға қауіпті болып қалу қаупін туындатады.

Жоғарыда айтылған мәселелерді ескере келе, қазіргі қалыптасқан жағдайға байланысты лепраға қарсы күресті тоқтатуға әлі ерте. Ендігі алдымыздағы мақсат лепраны түбегейлі жою (ликвидация). Лепраны түбегейлі жою мәселесіне тек осы сала мамандары ғана емес, еліміздің барлық медицина қызметкерлері бірлесе атсалысуы тиіс. Олай болмаса, бұл күрес тым ұзаққа созылуы әбден мүмкін.



КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ САРКОМЫ КАПОШИ

Джуманова А.Е.

Резидент 2 года обучения
РГП на ПХВ «Казахский научный центр дерматологии и
инфекционных заболеваний» МЗ РК, г. Алматы
РЕСПУБЛИКА КАЗАХСТАН

Резюме

Одним из тяжелых исходов ВИЧ-инфекции является переход в 4 клиническую стадию (СПИД) с проявлением клиники Саркомы Капоши. Данный клинический случай наблюдался в стационаре КНЦДИЗ. Особенность этого случая в том, пациент имея жалобы ревматологического, нейропсихического, стоматологического, гастроэнтерологического и

гематологического профиля, не был привержен к терапии, а также получал отказы от многих профильных лечебных учреждений. В статье описаны особенности течения клинической картины и оказанная терапия в условиях КНЦДИЗ.

Ключевые слова: иммунодефицитный синдром, вирус иммунодефицита человека, саркома Капоши, СПИД, антиретровирусная терапия.

Саркома Капоши (СК) - это распространенная многоочаговая сосудистая опухоль, вызванная вирусом герпеса 8-типа (ВГЧ-8 типа). Как правило, ассоциирована со СПИДОМ. СК берет начало из эндотелиальных клеток, в ответ на инфицирование ВГЧ-8 типа. СК - наиболее распространенный вид рака, ассоциированный со СПИДОМ. Клиника характеризуется генерализованными высыпаниями, на коже лица и туловища, поражением слизистых оболочек, лимфоаденопатией и ЖКТ. Как правило, СК является первым проявлением СПИДа.

2 ноября 2018 года, в КНЦДИЗ в плановом порядке, поступает пациентка, 27 лет. Диагноз при поступлении: Неуточненный дерматит, L 30.9. Сопутствующий диагноз: В20, III клиническая стадия. Ревматоидный артрит, полиартрит, серонегативный вариант, поздняя стадия, активность 2 степени. Системный васкулит, неидентифицированная форма, с проявлениями синдрома Рейно, с поражением ЦНС (состояние после ОНМК 2016). Жалобы при поступлении: на высыпания волосистой части головы, ротовой полости, туловища, лица; болезненные высыпания, зуд, жжение в области половых губ, язвенный элемент левой половой губы, увеличение лимфоузлов, слабость, снижение аппетита, боли при ходьбе.

Из анамнеза заболевания, считает себя больной, с октября 2016 года, когда начали беспокоить боли в ногах, ограничение движений, отеки по ходу вен правой н/к. Обратилась к ревматологу, выставлен диагноз: Ревматоидный артрит, ANCA?, Болезнь Бюргера, облитерирующий тромбангит, подострое течение, активность 1 степени, с поражением сосудов, кожи, суставов, мышц. Регулярно получала стационарное лечение. Амбулаторно принимает Метипред - 16 мг, Циклофосфан - 1 раз в месяц. В феврале 2017 года – ухудшение состояния, обратилась в больницу ВКО, Жарминского района, диагноз при поступлении – острый тромбоз обеих конечностей, инфицированная рана обеих конечностей, осложненная флегмоной, диагноз при выписке – ОНМК по типу тромбоза головного мозга. Судорожный синдром. Кома 1 степени. Отек головного мозга.

В июне 2018 года, проходила стационарное лечение, в отделении ревматологии с диагнозом – Ревматоидный артрит, полиартрит, серонегативный вариант, поздняя стадия, активность 2 степени, сопутствующий диагноз – Системный васкулит, неидентифицированная форма, с проявлениями синдрома Рейно, с поражением ЦНС (состояние после ОНМК 2016 года).

В сентябре 2018 года - появились высыпания в области половых органов, далее распространились по телу. Использовала мазь, название не помнит. Дождавшись очереди по portalу, 2 ноября 2018 года госпитализирована в КНЦДИЗ МЗ РК.

На момент поступления, общее состояние тяжелое. Телосложение астеническое, умеренного питания. Периферические лимфатические узлы увеличены, размером с горошину, не спаяны с кожей, безболезненные, кожа над ними не изменена. Костно-суставная система – коленные суставы отечны, при пальпации болезненны. Бронхо-легочная система: дыхание через нос свободное. Грудная клетка нормостеническая. Перкуторно - легочной звук. Аускультативно - везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧДД 16 в минуту. Сердечно-сосудистая система: Область сердца визуально не изменена. Аускультативно - тоны сердца ясные, ритм правильный. АД 120/75 мм.рт.ст. ЧСС 72 в минуту. Желудочно-кишечный тракт: Язык влажный, обложен белым налетом. Живот мягкий, болезненный. Селезенка и печень в размерах увеличены. Стул регулярный, жидкий. Мочеполовая система: симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Хронический пиелонефрит.

Кожный процесс хронический, распространённый, в стадии обострения, симметричный, мономорфный. Локализуется в области волосистой части головы, кожи туловища, ротовой полости, кожи лица, области половых органов. Представлен папуло-пустулезными элементами, неправильной формы, размером от 0,5 до 2,5 см, розово-красного цвета, не сливаются между собой, возвышаются над уровнем кожи (рисунок 1). Ротовая полость: высыпания, размером с горошину, Кожа лица представлена инфильтратами бурого цвета, местами с эскориацией, размером 0,5 см, возвышается над уровнем кожи. Область половых органов: на большой половой губе справа – инфильтрат, покрытый корочкой, размером 1 см, с эскориацией, на левой половой губе – язвенно-некротический процесс, размером с горошину, розового цвета, обложен налетом (рисунок 2). Ногтевые пластинки кистей и стоп не изменены. Лимфатические узлы увеличены, размером с горошину, не спаяны с кожей, безболезненные, кожа над ними не изменена. Дермографизм красный.



Рисунок 1 - Генерализованные высыпания на коже туловища при СК

Рисунок 2 - Язвенные элементы в области гениталий при СК

Лабораторные анализы при поступлении: в общем анализе крови, снижен гемоглобин (82 г/л), эритропения ($3,10 \cdot 10^{12}$ л), повышение СОЭ (62 мм/час); биохимический анализ крови показал снижение креатинина (49,6 ммоль/л), повышение АЛат (10 мккат/л), повышение АСаТ (17 мккат/л), СРБ +. Анализ ИФА на все маркеры гепатита отрицательные. Анализ на паразиты отрицательный. Анализ кал на яйца гельминтов отрицательный.

Инструментальные методы исследования при поступлении: ультразвуковое исследование органов брюшной полости показало умеренно-диффузные изменения в паренхиме печени и селезенке с гепатоспленомегалией и двухстороннюю форму пиелонефрита. Рентгенография грудной клетки – без особенностей.

Лечение в условиях КНЦДИЗ включало: *Тиосульфат натрия (детоксилирующее средство)* - 1 порошок 3 раза в день после еды №10; *Бетаспан (глюкокортикостероид)* - 1,0 в/м №2; *Преднизолон (глюкокортикостероид)* - 40 мг (8 табл.): 08.00 - 6 таблеток, 11.00 - 2 таблетки – 1 неделя; *Микстура Павлова (седативное средство)* - 1 столовая ложка 3 раза в день после еды №8; *Фолиевая кислота (витамины)* - 0,001 - 1 таблетка 3 раза в день №8; *Алмагель (антацид в комбинациях)* - по 1 мерной ложке 3 раза в день после еды №8; *Аспаркам (микро- и макроэлементы в комбинациях)* - по 1 таблетке 3 раза в день №8; *Урсодекс (гепатопротекторы)* - 1 таблетка на ночь №8; *Доксициклин (тетрациклины)* - 1 таблетка 2 раза в день после еды №8; *Лоратал (антигистаминный препарат 2 поколения)* -

1 таблетка днем после еды №8; *Кетотифен (стабилизаторы мембран тучных клеток)* - 1 таблетка на ночь №8; *Омес (средство, понижающее секрецию желудочного сока)* - 1 таблетка 3 раза в день после еды №8.

Из местной терапии: кожа головы: цинковая паста+ГКС (Нобетазон)+ланолин №8; ротовая полость – метиленовая синь №8; кожа туловища: паста Дорогова+ГКС (Нобетазон) №8; кожа волосистой части головы: цинковая паста+ГКС+ланолин №8; область половых органов: Хлоргексидин+Метиленовая синь+Бура в глицерине №8.

На фоне проводимого лечения, состояние, в динамике, улучшилось. Кожный процесс с улучшением, нет новых высыпаний на коже головы, лица и туловища. Зуд купирован. Высыпания приобрели бледную окраску, уменьшились в размерах, подсушились. Чувство жжения и боль в области половых губ, в динамике, уменьшились. Высыпания ротовой полости уменьшены в размерах. Повысился аппетит, диспептические расстройства уменьшены в динамике.

Пациентка осведомлена о своем ВИЧ-статусе. Путь передачи, со слов, не знает. Не привержена к лечению антиретровирусными препаратами, так как, со слов, при приеме препаратов, появились побочные эффекты в виде неукротимой рвоты и диареи. Похудела на 15 килограммов, со слов, за месяц. Не лечится и не соблюдает рекомендации, и по поводу ревматоидного артрита.

Здесь, у нас встал вопрос о дальнейшей тактике ведения пациента. Пациентка была осмотрена и проконсультирована врачом-инфекционистом, к.м.н. Ахметовой Г.М. (от 8 ноября 2018 года). Заключение: В.20, IV клиническая стадия, генерализованная герпесвирусная инфекция, саркома Капоши. Потеря веса более 10%.

Сопутствующий диагноз: Ревматоидный артрит, полиартрит, серонегативный вариант, поздняя стадия, активность 2 степени. Системный васкулит, неидентифицированная форма, с проявлениями синдрома Рейно, с поражением ЦНС (состояние после ОНМК 2016).

Рекомендовано: 1. продолжать АРТ: TDF/FTC+DRV+RTV; 2. профилактика оппортунистических инфекций - Бисептрим 480 мг - 1 табл. 1 раз в день, Флуконазол 150 мг - 1 табл. 1 раз в день, Азитромицин 1200 мг - 1 раз в неделю; 3. коррекция доз гормонов после консультации ревматолога 4. Контроль CD4 и Вирусной нагрузки в декабре 2018 г.

Пациентка согласилась на лечение и дальнейшие рекомендации. Но, к сожалению, после выписки, никаких вестей мы так и не получили. Мы также не знаем, возобновила-ли она курс антиретровирусной терапии, была-ли она дообследована в ревматологическом стационаре, и получила-ли лечение.

Түйіндеме

АИТВ-инфекциясының ауыр нәтижелерінің бірі Капоши саркомасы клиникасының көрінуімен 4 клиникалық сатыға (ЖИТС) өту болып табылады. Бұл клиникалық жағдай ҚДИАҒО стационарында байқалды. Бұл жағдайдың ерекшелігі, емделуші ревматологиялық, нейропсихикалық, стоматологиялық, гастроэнтерологиялық және гематологиялық бейіндерге шағымдары бар, терапияға бейімділігі жоқ, сондай-ақ көптеген бейінді емдеу мекемелерінен бас тартты. Мақалада клиникалық көрініс ағымының ерекшеліктері және ҚДИАҒО жағдайында көрсетілген терапия сипатталған.

Түйінді сөздер: иммунды тапшылығы синдромы, адамның иммунды тапшылығы вирусы, Капоши саркомы, ЖИТС, антиретровирустық терапия.

Summary

One of the serious outcomes of HIV infection is the transition to clinical stage 4 (AIDS) with the manifestation of the Kaposi Sarcoma clinic. This clinical case was observed in the hospital KSCDID. The peculiarity of this case is that the patient, having complaints of rheumatological, neuropsychic, dental, gastroenterological and hematological profiles, was not committed to therapy,

and also received refusals from many specialized medical institutions. The article describes the features of the clinical picture and the therapy provided in the conditions of KSCDID.

Key words: immunodeficiency syndrome, immunodeficiency virus, Kaposi's sarcoma, HIV, antiretroviral therapy.

УДК 615.513.7



О КЛИНИКЕ ПЕПЕЛЬНОГО ДЕРМАТОЗА

Айткулова В.Р., Байсекенова Г.В., Шукимбаева А.М.

Павлодарский филиал НАО «МУС», г.Павлодар
РЕСПУБЛИКА КАЗАХСТАН

Резюме

Пепельный дерматоз - редкое заболевание, клиника которого проявляется спонтанно возникающими пятнами, округло-овальными формами с полигональными краями, четкими границами от нескольких мм до нескольких см. Отмечается доброкачественное течение пепельного дерматоза и резистентность к терапии.

Ключевые слова: пепельный дерматоз, округло-овальные пятна, доброкачественное течение, резистентность к терапии.

Пепельный дерматоз (ПД) (син. эритема стойкая дисхромическая, меланодермия фигурная, эритема хромовая) - редкое заболевание, впервые описанное в 1957 году Ramirez. Дерматоз встречается в любом возрасте у представителей обоих полов. Однако, среди заболевших преобладают дети и женщины [1].

Этиопатогенез находится на стадии изучения [2].

Некоторые авторы рассматривают ПД как пигментную форму красного плоского лишая (КПЛ); описанный случай сочетания с КПЛ; отмечено сходство патогистологических изменений в коже при этих двух заболеваниях [2,3,4].

ПД может развиваться на фоне токсикоаллергического влияния лекарственных препаратов и пищевых продуктов, а также воспалительных процессов в коже и местного воздействия косметических средств.

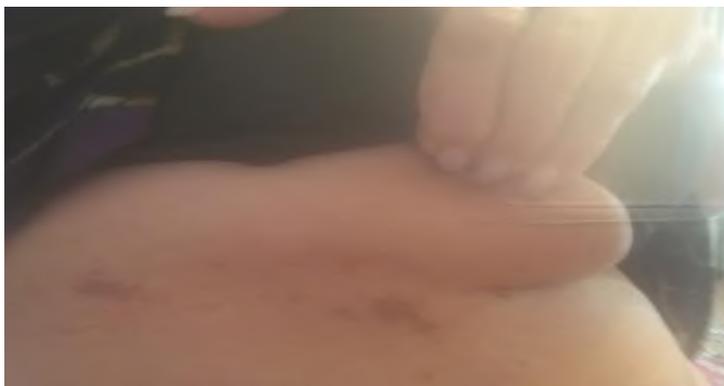
Клинически ПД проявляется спонтанно возникающими округло-овальными пятнами (иногда неправильной формы) с полигональными краями, четкими границами, диаметром от нескольких миллиметров до нескольких сантиметров. В начальной стадии по краю эритематозного пятна отмечается инфильтрат (в виде уплотненного бордюра или выраженного воспаления). Эффоресценции имеют пепельно-серую окраску с синюшным оттенком, обычно не сливаются между собой. Высыпания не шелушатся, не реагируют на трение. Субъективное ощущение, как правило, отсутствует. Локализуются высыпания не симметрично на шее, лице, плечах, спине, иногда на передней поверхности туловища по линиям Лангера и на бедрах. Слизистые оболочки в процесс не вовлекаются.

Для патоморфологической картины ПД характерна вакуолизация клеток базального и шиповатого слоя, с увеличением содержания в них пигмента меланина [1,3,4].

Заболевание может протекать длительно, но доброкачественно, иногда спонтанно регрессирует в течение нескольких месяцев или лет.

Описание клинического случая

Больная Б., 1952 года рождения, обратилась на консультацию с жалобами на появление пятен на боковой поверхности.



Из анамнеза:

Больная обратила внимание, что на боковой поверхности туловища справа появились два пятна темно-аспидного цвета. Пятна появились год назад. Никаких субъективных ощущений больная не отмечает. У сестры и 2-х дочерей подобных высыпаний не имеется.

Больная в течение 1,5 лет принимала много лекарственных препаратов - по поводу перелома лучевой кости правой верхней конечности, перенесенной ангины, ОРВИ.

Status localis:

На коже боковой поверхности справа имеются 2 серовато-аспидного цвета пятна, размером от 1,5 см до 2 см. Пятна располагаются по линиям Лангера. Пятна не шелушатся и не сливаются между собой. При трении пальцем пятна не отекают и не краснеют.

От патогистологического анализа пятен, больная отказалась.

На основании анамнеза, клиники был выставлен диагноз - Пепельный дерматоз.

Рекомендовано: наблюдение дерматолога.

Литература

1. Потекаев Н.Н., Короткий Н.Г., Темников В.Е. Стойкая дисхромическая эритема (пепельный дерматоз) // Клиническая дерматология венерология.-2007;1:13-15.
2. Plougan BE, Gonzalez ME, Mandal RV, Skopicki DL. Erythema dyschromicum perstans // Dermatol Online J.-2010;16(11).
3. Скрипкин Ю.К., Мордовцев В.Н. Кожные и венерические болезни. Руководство для врачей: М., 1999; Т.2:62-63.
4. Касимов Н., Киямов Ф.А., Наимова М.Р. Пепельный дерматоз // Вестник дерматологии и венерологии.-1989;11:57-58.

Түйіндеме

Күлгін дерматоз - сирек кездесетін ауру, оның клиникасы кенеттен дақ түрінде пайда болады, шеті көпқырлы сопақша форма түрінде келеді, нақты белгіленген шегі бірнеше мм бастап бірнеше см дейін болады. Күлгін дерматоздың қатерсіз ағымы және терапияға төзімділігі байқалады.

Түйінді сөздер: күлгін дерматоз, сопақша дақ, қатерсіз ағымы, терапияға төзімді.

Resume

Ashy dermatosis is a rare disease, the clinic of which is manifested by spontaneous spots, round-oval shapes with polygonal edges, clear borders from a few millimeters to several centimeters. A benign course of ashy dermatosis and resistance to therapy are noted.

Key words: Ashy dermatosis, round-oval spots, benign course, resistance to therapy.



ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТОПИЧЕСКИХ БЕТА-БЛОКАТОРОВ В ЛЕЧЕНИИ ИНФАНТИЛЬНОЙ ГЕМАНГИОМЫ ЛИЦА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Суханбердиева З.М.¹, Оспанова С.А.²

¹АО «Национальный Медицинский Университет»,
г. Алматы,
РЕСПУБЛИКА КАЗАХСТАН

²РГП на ПХВ «Казахский научный центр
дерматологии и инфекционных заболеваний» МЗ РК,
г. Алматы
РЕСПУБЛИКА КАЗАХСТАН

Актуальность. Инфантная гемангиома (ИГ) является одним из наиболее часто встречаемых опухолей детского возраста с присущей ей быстрой пролиферацией, также для ИГ характерна спонтанная инволюция. В целом развитие и инволюция происходит в течение 5-10 лет. Частота заболеваемости согласно разным источникам составляет от 2 до 10% всех новорождённых детей [1,2,3]. На основании данных ISSVA в 70-80% случаев инфантильные гемангиомы располагаются в области головы и шеи. Необходимо отметить, что для ИГ характерен быстрый и прогрессивный рост, что может навести на мысль о злокачественном течении, хотя данная черта не присуща ИГ. Наиболее эффективным считается лечение сразу же после постановки диагноза для снижения процента осложнений, таких как изъязвления, дисфункция поражённых органов и косметические дефекты.

Лечение в основном характеризуется системным воздействием на ангиогенез и местным воздействием на поражённую ткань. Системная терапия включает назначение высоких доз кортикостероидов, интерферонов, цитостатиков и β -адреноблокаторов. Выбор метода лечения зависит от размера, скорости роста, локализации, клинической формы и стадии развития образования [4,5]. Глюкокортикостероиды назначают в виде системной терапии, непосредственно в полость гемангиомы, а также методом пульс-терапии, к примеру, преднизолон в дозе 2–5 мг/кг в день однократно в течение 4–8 недель, с переходом на альтернирующий прием последующие 6 недель [6]. Эффективность лечения стероидами составляет примерно 30-60% [7]. В течение длительного времени гормонотерапия считалась терапией первой линии, несмотря на развитие серьёзных осложнений, таких как синдром Иценко-Кушинга, гастроэзофагеальный рефлюкс, задержка роста [8], гипертензия и иммунодефицитные состояния при длительном применении.

В случае неэффективной стероидной терапии препаратами выбора в лечении ИГ являются интерфероны альфа-2а и -2b. Механизм воздействия заключается в уменьшении миграции эндотелиальных и гладкомышечных клеток, а также фибробластов. Индукторы

интерферона могут использоваться для наружного лечения в виде мази, хотя длительное нанесение мази может вызывать местное раздражение, вплоть до образования эрозии и изъязвления ИГ, которые плохо поддаются лечению за счет нарушения микроциркуляции и способствуют рубцеванию [9].

Эффективность применения неселективных бета-адреноблокаторов была случайно открыта в 2008 г. С. Labreze et al. и обозначила новую эру в лечении ИГ. Механизм воздействия до конца не изучен, но гипотетически основан на сужении сосудов и снижении выработки фактора роста эндотелия сосудов (VEFG), а также запуске механизмов апоптоза. Препарат назначается в дозе 2-3 мг/кг в день в 3 приема [10]. В среднем эффективность данного метода достигает около 98% [11]. Однако использование неселективных бета-адреноблокаторов может также сопровождаться некоторыми осложнениями: бронхоспазм, аритмия, брадикардия, гипотония и гипогликемия, диарея [12], поэтому было предложено местное применение бета-блокаторов [13]. В 2010, Guo&Ni [14] представили первые успешные результаты лечения с применением топических бета-блокаторов в качестве топической терапии гемангиом. С того времени было доложено о нескольких случаях об эффективности местного применения бета-блокаторов, что делает его потенциальным первым препаратом ряда для лечения ИГ кожи [12]. На основе более 60 проведенных исследований наивысшую эффективность показало применение тимолола 0,5% в виде аппликаций 3 раза в день с экспозицией 15 минут.

Лечение ИГ остается предметом дискуссий многих специалистов различного профиля, так как некоторые методы теряют свою значимость из-за различного рода осложнений. Поэтому разработка новых методов лечения, а также эффективное их сочетание с целью получения эффективных результатов является достаточно актуальной проблемой.

В данной статье нами описывается клинический случай консервативного топического лечения гемангиомы кожи у ребенка 40 дней.

Девочка от третьей естественной беременности, третьих самостоятельных родов в сроке 38-39 недель с массой тела 3500 грамм, длиной 52 см, оценка по шкале Апгар 8/8 баллов. Пренатально патологии развития выявлено не было. Беременность протекала без осложнений.

В возрасте 3 дней родители стали отмечать наличие розового пятна в области левой щеки (рисунок 1), в течение 38 дней отмечают увеличение в размере образования, утолщение его и изменение окраски до темно вишневого цвета. Родители ребенка обратились в КНЦДИЗ с жалобами на наличие образования в щечной и окологлазничной области слева, размерами 19,0 x 11,0 мм (рисунок 2). Появление данного образования родители ни с чем не связывают, самостоятельно не лечились.



Рисунок 1



Рисунок 2

St. localis: Образование ярко-вишневого цвета с четкими границами, неровными краями, неправильной формы, размерами 6,0x4,0 см с признаками экзофитного роста. При пальпации: мягко эластичной консистенции, при надавливании – бледнеет. После обследования получены следующие данные:

- При дерматоскопии: Множество сосудистых лакун, разделенных тонкими белоголубыми перемычками. Окраска при надавливании – бледно-красная.

- При ультразвуковом исследовании: в проекции левой щеки под кожей визуализируется участок повышенной эхогенности с линейными гиперэхогенными структурами (стенки сосудов), не четкими, не ровными контурами, размером 19,0*11,0 мм, толщиной 4 мм, обильно кровоснабжается.

- ЭхоКГ: Размеры камер сердца, толщина стенок в норме.

Пациент был доложен на консилиуме. Выставлен диагноз: Инфантная гемангиома щечной, периорбитальной зон слева. В связи с большим объемом образования, признаками пролиферативной фазы течения и локализацией консилиумом было принято решение о начале лечения топическим неселективным бета-адреноблокатором (тимололом). Предварительно было получено письменное информированное согласие родителей на назначение препарата.

В возрасте 2 мес. ребенку назначили:

1. Аппликации раствора тимолол 0,5 мг/мл 3 раза в день с экспозицией 10-15 минут;
2. Фоторегистрация каждую неделю, в течение 2 месяцев, затем ежемесячно;
3. Ежедневный лечебный уход по принципам корнеотерапии, с целью профилактики осложнений.

Была выполнена электрокардиограмма через 3 сут. после начала лечения: зарегистрирована частота сердечных сокращений (ЧСС) 112 уд/мин. Через 1 неделю от начала терапии тимололом отмечается незначительная динамика в виде побледнения образования и уменьшения признаков инфильтрации (рисунок 3).

В динамике на фоне проводимого лечения в течение 8 месяцев отмечается уменьшение объема образования, местами сосуды не определяются, интенсивность окраски изменилась на бледно-розовый цвет (рисунок 4). Во время использования тимолола каких-либо жалоб или осложнений зарегистрировано не было. В возрасте 10 мес. состояние ребенка расценено как удовлетворительное, физическое и нервно-психическое развитие соответствовало норме. Лечение тимололом в дозе 0,5 мг/ мл с экспозицией 10-15 минут, 3 раза в день рекомендовано продолжить дополнительно на 3 месяца.



Рисунок 3



Рисунок 4

На основании приведенного клинического случая считаем обоснованным сделать следующее заключение: аппликации неселективными бета-адреноблокаторами могут являться одним из альтернативных методов консервативного лечения у пациентов с поверхностными, локализованными, малыми и неосложненными инфантильными гемангиомами, начиная с новорожденного периода, за счет более удобного способа использования, высокой терапевтической эффективности и минимальными побочными действиями.

Литература

1. Clemens R.K., Pfammatter T., Meier T.O., Alomari A.I. Amann-Vesti BR. *Vasa*.-2015;44:5-22.
2. Elvazi B., Werner J.A. Extracranial Vascular Anomalies (Hemangiomas and Vascular Malformations) in Children and Adolescents-Diagnosis, Clinic, and Therapy // *Laryngo-Rhino-Otol*.-2014;93:185-202.
3. Mahady K., Thust S., Berkely R., Stuart S., Barnacle A., Robertson F., Mankad K. Vascular Anomalies in the Head and Neck in Children. *Quant Imaging Med Surg*.-2015;5(6):886-897.
4. Пащенко Ю.В. Гемангиомы у детей: современные тенденции и перспективные направления лечения / Ю.В. Пащенко, В.П. Вивчарук, К.Ю. Пащенко // *Медицина неотложных состояний*.-2011.-№6(37).-С. 13-19.
5. Диагностика и лечение обширных комбинированных гемангиом и гемангиом сложной анатомической локализации у детей / Е.В. Кожевников, Н.В. Маркина, В.А. Кожевникова // *Детская хирургия*.-2009.-№6.-С. 31-34.
6. Leaute-Labreze C, Sans-Martin V. [Infantile hemangioma] // *Presse Med*.-2010; 39(4): 499-510.
7. Holcomb G.W. Ashkraft's Pediatric Surgery / G.W. HolcombIII, J.P. Murphy // 5th ed. Philadelphia: Saunders Elsevier, 2010.-1101 p.
8. Haider KM, Neely DE, Plager DA. Hemangiomas treated with propranolol: do the rewards outweigh the risks? // *Am Orthopt J*.-2013; 63: 2-5.
9. A phase II, open labeled study of the efficacy and safety of imiquimod in the treatment of superficial and mixed infantile hemangioma / C.C. McCuaig, J. Dubois, J. Powell [et al.] // *Pediatr. Dermatol*.-2009.-Vol. 26, №2.-P. 203-212.
10. Callahan AB, Yoon MK. Infantile hemangiomas: A review. *Saudi J Ophthalmol*.-2012; 26(3): 283-91.
11. Marqueling AL, Oza V, Frieden IJ, Puttgen KB. Propranolol and infantile hemangiomas four years later: a systematic review // *Pediatr. Dermatol*.-2013; 30(2): 182-191.
12. Hoeger PH, Harper JJ, Baselga E, Bonnet D, Boon LM, Atti M, et al. Treatment of infantile haemangiomas: recommendations of a European expert group // *Eur J Pediatr*.-2015; 174: 855-865.
13. Zhang Q, Chantasart D, Li SK. Evaluation of beta-blocker gel and effect of dosing volume for topical delivery // *J Pharm Sci*.-2015; 104: 1721-1731.
14. Guo S, Ni N. Topical treatment for capillary hemangioma of the eyelid using beta-blocker solution // *Arch Ophthalmol*.-2010; 128: 255-256.



БОТУЛИНОТЕРАПИЯ С УЧЕТОМ АНАТОМИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ЛИЦА, ВОЗРАСТА И МОРФОТИПА СТАРЕНИЯ

Ендибаева У.А.

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

Более 20 лет эстетическая ботулинотерапия (ЭБТ) занимает лидирующие позиции в структуре малоинвазивных косметологических процедур. Высокий терапевтический потенциал, безопасность при локальном введении в целевую зону, малая травматичность, хорошая переносимость, предсказуемый и достаточный по продолжительности терапевтический эффект, а также возможность существенно влиять на качество жизни пациентов сделали процедуру ЭБТ широко востребованной и фактически безальтернативной как в медицинском сообществе, так и среди пациентов [1].

Однако при всей своей эффективности, коммерческой привлекательности и иллюзии простоты выполнения инъекций терапия препаратами ботулотоксина сопряжена с рядом побочных явлений.

Возникновение побочных явлений зачастую непосредственно связано с техникой проведения процедуры. Почти всегда присутствуют неспецифические явления, связанные с проколом кожи и мышц иглой. Могут наблюдаться локальная болезненность и кровоизлияния. Побочные эффекты различны в зависимости от места введения токсина [2].

Клинический случай

Пациентка, 30 лет. Обратилась с жалобами на мимические морщины лица в области лба, межбровья и периорбитальной зоны. Ранее ботулинотерапия была проведена единственный раз – за 2 года до настоящего визита. Результат первой коррекции мимических морщин пациентку удовлетворил.

При оценке активности мимики пациентки мы увидели асимметрию носогубной складки с правой стороны, то есть более выраженную активность мышц, поднимающих верхнюю губу и крыло носа, малой скуловой мышцы слева. Ботулинотерапия была проведена в области глабеллы, лба и параорбитальной зоны.

На 5-й день после ботулинотерапии основной жалобой пациентки было напряжение мышц средней трети лица справа при улыбке. Также пациентка отметила, что правая носогубная складка стала более выраженной при улыбке (следует учесть, что небольшое напряжение мышц, поднимающей верхнюю губу и крыло носа, малой скуловой мышцы с правой стороны присутствовало изначально). В состоянии покоя визуальная асимметрия не наблюдалась. При мимике правая носогубная складка была более активной, чем левая. Пациентке был назначен второй этап ботулинотерапии, в связи с исходной динамической асимметрией в мышцу, поднимающую верхнюю губу и крыло носа с левой стороны. В итоге, на 21-й день мы добились состояния абсолютной симметрии в покое и при активной мимике, напряжение мышц носогубной складки с правой стороны не наблюдалось (рисунок 1,2,3).



Рисунок 1 - После БТА через 5 дней



Рисунок 2 - После 28 дней



Рисунок 3 - Состояние покоя

Исходя из этого можно сказать, что мимические мышцы взаимосвязаны между собой и инъекции БТА, выполняемые в той или иной зоне могут отразиться усилением или же расслаблением тонуса мышц, которые не инъецировались БТА. Так как варианты взаимодействия мышц условно независимое сокращение - вид мышечной активности, при котором сокращение мышц происходит относительно независимо, а взаимодействие чаще всего осуществляется при посредничестве поверхностной мышечно-апоневротической системы лица (SMAS) [3,4]. Присутствует анатомическая и функциональная самостоятельность мышц при произвольной и непроизвольной мимике. В данном контексте хотелось бы остановиться на объединяющей, синхронизирующей и гармонизирующей роли SMAS. Поверхностный мышечноапоневротический слой лица является основной «адресной базой» вплетения концевых волокон мимических мышц лица. Благодаря SMAS единая биомеханическая система лица находится в состоянии баланса при огромном разнообразии физиологических мимических движений [5,6,7].

Выводы

Таким образом, при проведении процедуры ботулинотерапии знание взаимоотношений мимических мышц, как ближайших, так и удаленных друг от друга, позволяет увереннее планировать и проводить ботулинотерапию, а также прогнозировать ее ближайший и отдаленный результаты. Такие случаи сложно назвать нежелательными явлениями при ботулинотерапии. Более правильно назвать это персонифицированным подходом к пациенту - с учетом анатомических особенностей лица, возраста и морфотипа старения.

Литература

1. Руденко И.Б. Осложнения ботулинотерапии в косметологии лица // Клиническая иммунология. Аллергология. Инфектология.-2012; 38-40.
2. Райцева С.С. Профилактика нежелательных явлений после ботулинотерапии: оценка эстетических рисков, тактика ведения пациентов с эстетическими ограничениями // Инъекционные методы в косметологии.-2019.-№4.
3. Разумовская Е.А., Парсагашвили Е.З. Ботулинотерапия в косметологии: «время собирать камни». Часть I. Взаимодействие мимических мышц верхней трети лица // Инъекционные методы в косметологии.-2014.-№1.-С. 58-66.
4. Khan H.A., Bagheri S. Surgical anatomy of the superficial musculoaponeurotic system (SMAS). Atlas Oral Maxillofac Surg Clin North Am.-2014; 22 (1): 9-15.
5. Разумовская Е.А., Парсагашвили Е.З. Ботулинотерапия в косметологии: «время собирать камни». Часть II. Взаимодействие мимических мышц средней и нижней трети лица. Типы крепления мышц // Эстетическая ботулинотерапия.-2016.-С. 121-129.
6. Разумовская Е.А. Динамический подход к проведению ботулинотерапии в нижней трети лица. Гармония улыбки // Инъекционные методы в косметологии.-2013.-№2.-С. 42-50.
7. Юцковская Я. Ботулинотерапия: когда ты думаешь, что знаешь все // Les Nouvelles Esthétiques.-2018.-№2.-С. 30.

УДК 616.5-008.829.85



МИКРОЭЛЕМЕНТЫ В ТЕРАПИИ ВИТИЛИГО

Тонконогова Н.В.

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

Резюме

Результаты исследования у 28 больных с ограниченными формами витилиго показали, что применение олигоэлементов в комплексной терапии витилиго эффективно, не требует инвазивного вмешательства, вызывает стабилизацию кожно-патологического процесса и раннее появление репигментации в очагах поражения.

Ключевые слова: витилиго, ограниченные формы, депигментированные пятна, терапия, элидел, олигоцинк, олигоселен.

Согласно современным отечественным и зарубежным данным, витилиго является результатом комплексного воздействия эндогенных и экзогенных факторов, среди которых наиболее выражены нейроэндокринные, иммунные, окислительно-восстановительные и микроциркуляторные нарушения.

Важное патогенетическое значение при витилиго имеет также нервный стресс, являющийся одним из основных триггерных факторов, чрезмерное УФ-облучение, травмы,

авитаминоз, заболевания пищеварительного тракта, ферментопатии, гормональный дисбаланс, дефицит микроэлементов, контакт с химическими средствами.

В этой связи с целью изучения эффективности микроэлементов при витилиго нами предпринята попытка определения значимости применения олигоэлементов в терапии витилиго.

В исследование были включены 28 пациентов с ограниченными формами витилиго. Все исследуемые больные были разделены на 2 группы:

I группа больных витилиго - наружно на депигментированные пятна наносили крем элидел 1%. Крем наносили 2 раза в день, в течение 45 дней.

II группа - дополнительно к 1% крему элидел принимали олигоцинк, по 3 таблетки утром под язык, не глотая, до полного рассасывания. Курс - 1 месяц. Также олигоселен - по 3 таблетки одновременно под язык, лингвально. Курс - 1 месяц.

Диагноз витилиго устанавливался на основании данных анамнеза и клинического осмотра. При необходимости проводилось обследование кожи под люминесцентной лампой Вуда. В ее лучах очаги витилиго приобретают интенсивную голубовато-белую окраску, что позволило нам выявить не различимые при простом визуальном осмотре очаги витилиго, тем самым прогнозировать течение заболевания.

Результаты. Клиника витилиго характеризовалась, как правило, наличием белых пятен, чаще круглой или овальной, реже неправильной формы, с периферическим ростом, безболезненные. Контраст и четкость их границ зависел от цвета окружающей кожи. Иногда пятна витилиго имели полихромный вид. Полихромный характер был у больных витилиго с динамическими очагами поражения кожи, как в случае их периферического роста, так и регресса. Длительность болезни витилиго у наблюдаемых больных исчислялась от 1,5 года до 39 лет (медиана 6; квартили 3,5-14).

При клиническом исследовании крови не было выявлено существенных отклонений в гематологических показателях крови. В биохимических показателях крови, резких сдвигов также не наблюдалось, за исключением снижения содержания общего белка у трех больных. Таким образом, средние показатели крови и биохимические данные исследования крови находились в пределах нормы.

Сравнительный анализ эффективности лечения показал стабилизацию кожно-патологического процесса, наступившего в обеих группах, отсутствие новых пятен. Однако следует отметить более раннюю репигментацию в очагах витилиго у больных II-й группы.

Таким образом, из результатов настоящего исследования следует, что применение олигоэлементов в комплексной терапии витилиго эффективно, не требует инвазивного вмешательства, вызывает стабилизацию кожно-патологического процесса и раннее появление репигментации в очагах поражения. Комплексная терапия безвредна, проста, удобна для амбулаторного лечения и не требует больших материальных затрат.

Түйіндеме

Витилигоның шектеулі түрімен ауыратын 28 науқасты тексерудің нәтижесі витилигоның кешенді емінде олигоэлементтерді қолдану тиімді екенін инвазивтік әдісті талап етпейтіндігін тері ауруының тұрақтандыруына алып келетіндеген және зақым ошақтарында ертерек репигментацияның пайда болуына алып келетіндігін көрсетті.

Түйінді сөздер: витилиго, шектеулі түрлері, депигменттелген дақтар, терапия, элидел, олигоцинк, олигоселен.

Summary

The results of the study of 28 patients with limited forms of vitiligo have shown that the application of trace elements in the complex therapy of vitiligo is effectively, does not require invasive intervention, contributes to the stabilization of skin-disease process and the early appearance of repigmentation in the lesions.

Key words: vitiligo, limited forms, depigmented spots, therapy, elidel, oligozinc, oligoselen.



КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА В УСЛОВИЯХ ЧАСТНОГО МЕДИЦИНСКОГО ЦЕНТРА

Мотуз Н.Б.

Клиника эстетической медицины
«Sofi Aesthetic», г. Алматы
РЕСПУБЛИКА КАЗАХСТАН

Резюме

В статье подняты актуальные вопросы в работе врача дерматокосметолога частного медицинского центра, касающиеся подбора пациентов и предлагаемых методов коррекции косметологических проблем.

Ключевые слова: коррекция, дерматокосметология, эстетика.

В настоящее время дерматокосметология становится более востребованной и, следовательно, коммерчески выгодной, в связи с чем ею начинают заниматься все большее количество врачей. Быть востребованным дерматокосметологом - это не только финансовый успех, но также известность, популярность и профессиональная самореализация.

Дерматокосметология - это уникальная, очень специфическая медицинская специальность, где одни лишь теоретические знания и мануальные навыки совершенно не являются гарантией получения удовлетворительного результата. Для достижения высокого профессионального уровня необходимыми являются фундаментальное владение психологией, эстетикой, культурологией и общими коммуникативными навыками.

По итогам более чем 12-летнего опыта работы клиники эстетической медицины «Sofi Aesthetic», можно смело заявить, что более 80% обращений пациентов, так или иначе, связаны с возрастными изменениями. Следующей по востребованности категорией услуг являются меры по коррекции последствий инвазивных методик, проведенных другими специалистами.

Проблема стареющего лица заключается в том, что его ткани со временем опускаются под действием гравитационных сил. Естественно, первоочередное значение имеют наследственные и конституциональные факторы, образ жизни, наличие вредных привычек, режим ультрафиолетового облучения, порядок ежедневного ухода за кожей, уровень стрессовых ситуаций, колебания общего веса и прочие факторы. В соответствии с этими же факторами визуальные изменения лица могут развиваться постепенно, на протяжении нескольких лет или напротив, очень быстро, в течение нескольких месяцев. Результатом является довольно типичная картина как для женщин, так и для мужчин, выражающаяся в провисании щек, утяжелении век (как верхних, так и нижних), углублении носогубных складок, нарушении четкой линии овала лица, смазанности угла между нижней челюстью и передней поверхностью шеи, которая, в свою очередь, становится заметно более дряблой. Кромептоза мягких тканей лица, происходит новое перераспределение гиперпластической подкожной жировой ткани, особенно в субментальной зоне, либо напротив её истончение (например, в области щек). Перечисленные изменения непосредственным образом определяют суть и подход к коррекции, заключающейся в возвращении и поднятии тканей лица на прежнее место. К этим манипуляциям относятся липолиз гиперпластической

жировой ткани, репонирование и пликация смещенной кожи, объемное моделирование участков депрессии тканей.

На самом деле, современная дерматокосметология давно отошла от унифицированного воздействия, когда пациентам вне зависимости от возраста, типа кожи, вида ее старения, предлагалась какая-либо единая методика. Напротив, концепция сегодняшнего дня заключается в выборе комплексного подхода для визуального омоложения и улучшения внешности. При выборе индивидуального комплекса дерматокосметолог обязан учитывать сразу несколько факторов, из которых наиболее важными являются возраст пациента, наследственность, конституция, соматические особенности и сопутствующие заболевания, тип кожи, ее параметры, а также тип увядания. Большое значение имеют психологические параметры: общий эмоциональный фон, эстетические позиции, реалистичность ожиданий. При этом следует отметить, что из всего комплекса мероприятий должны быть выбраны один или два доминирующих метода, которые, как правило, будут дополняться вспомогательными. И, самое главное, это выбор и определение правильной последовательности проводимых процедур. Среднестатистический пациент/пациентка клиники - это социально активные люди, для которых основными критериями отбора косметологических услуг являются результативность, безболезненность и быстрота восстановления. Совокупность этих факторов определяет выбор комплекса мероприятий. В следующем разделе статьи мы более детально ознакомимся с наиболее эффективными методами, применяемыми в нашей практике.

К основным вспомогательным методам комплексного подхода мы относим:

✓ Процедуру *пилинга* (механического, химического, физического). Механический пилинг (дермабразия) - достаточно устаревшая методика, заключающаяся в неконтролируемом повреждении кожи и, как следствие, вызывающая тяжелые осложнения (рубцы). Физический пилинг выполняется фракционным лазером, однако, данный метод имеет определенные показания и более длительные сроки реабилитации. Золотым стандартом, на наш взгляд, являются комбинированные химические пилинги, благодаря которым мы оказываем метаболическое (АНА до 30%, retinol 10%) и химическое (ожог - ТСА 30%) воздействие на кожу. Поэтапное нанесение кислот не вызывает сильных болезненных ощущений и значительную травматизацию кожи, при этом мы наблюдаем хорошее шелушение, сокращение времени реабилитации и превосходный результат. Одним из объективных недостатков данного способа является необходимость проведения предпилинговой подготовки. Процедура требует высокой квалификации врача в целях минимизации риска возникновения осложнений в виде гиперпигментации и рубцовых изменений кожи.

✓ *Ботулотоксинотерапия* - один из важных вспомогательных методов, позволяющих расслабить мимические мышцы и, соответственно, разгладить морщины.

✓ *Инъекционный липолиз* – процедура, направленная на редукцию жировой ткани с помощью инъекционного введения соединений (липолитиков), тем или иным образом локально воздействующих на жировую ткань. Инъекционный липолиз также является одним из важных вспомогательных методов для достижения наилучшего итогового результата, в частности для людей с 3 и 5 типами старения. В своей практике мы применяем два препарата: 1) дезоксихолат натрия (ДХ) – экспериментальные исследования показали, что введение ДХ в жировую ткань сопровождается деструкцией адипоцитов и иммунным ответом в виде развития воспалительного инфильтрата с привлечением гистиоцитов; 2) Fat Apoptosis – апоптоз, активированный аскорбиновой кислотой, следует по собственному внутреннему пути посредством эндоклеточного образования гидроксильных радикалов. В присутствии переходных металлов (Fe III), аскорбиновая кислота активирует реакцию Фентона с высвобождением свободных радикалов гидроксильного типа. Результат очень быстрый (апоптоз – это процесс, который происходит в течение нескольких часов) и становится очевидным через 2-3 дня после инъекции.

✓ Еще одним действенным вспомогательным методом является *кожная биостимуляция* посредством мезотерапии, которая заключается в функциональном и структурном улучшении кожи, что, естественно, приводит к ее эстетическому улучшению. Активация правильного биологического состояния дермы предусматривает поддержание коллоидного состояния матрицы, активирование метаболизма фибробластов, стимулирование новообразования коллагена и эластических волокон. К биостимулирующим средствам относятся: витамины, гиалуроновая кислота, фрагменты нуклеиновой кислоты (ПДРН), полимолочная кислота, органический кремний.

К доминирующим методам комплексного подхода мы относим:

✓ *Объемное моделирование лица при помощи наполнителей:* ринопластика, заполнение носослезной борозды, носогубных складок, заполнение зон депрессии; формирование объема скул, формирование 3D лица (средней и нижней трети, подбородка). В нашей практике мы используем только препараты, содержащие стабилизированную гиалуроновую кислоту, и препараты с L-полимолочной кислотой.

✓ *Нитевые методики:* нитевая ринопластика; подтяжка и фиксация бровей; коррекция и заполнение носослезной борозды, носогубных складок, заполнение зон депрессии; формирование объема скул, формирование 3D лица (средней и нижней трети, подбородка).

В целях наглядности, далее представлен клинический пример комплексного подхода, сочетающего в себе как доминирующие, так и вспомогательные методы коррекции возрастных изменений. После сбора анамнеза и проведения консультации, для клиента был разработан индивидуальный план, который представлен далее. Работа выполнялась специалистами клиники в 2020 г. Ввиду конфиденциальности имя пациентки было изменено.

Анамнез:

Пациентка А., 51 год, жительница г. Нур-Султан, в г. Алматы приехала на короткие каникулы (5 дней), обратилась в клинику с вопросом, что можно сделать с ее лицом за 5 дней. При осмотре: женщина повышенного питания, соматически здорова, вредных привычек нет, спортом не занимается, следит за рационом питания, регулярного домашнего косметологического ухода за кожей лица не было, ранее никогда не обращалась к дерматокосметологам по причине боязни (с ее слов), но после 50 лет решила обратиться за профессиональной помощью.

Комплексный подход:

По итогам осмотра мы отнесли ее к третьему типу старения - деформационному. Кожа лица у А. плотная, блестящая, пористая в Т-зонах; имеется незначительная отечность тканей лица, избыточный подкожно-жировой слой вызвал выраженную деформацию контуров лица, с образованием «брылей», мешков под глазами и нависающих верхних век.

Учитывая то, что мы были ограничены во времени, мы предложили А. двухдневную комплексную программу: первый день в клинике - проведение инъекционных процедур с применением биостимуляторов и липолитиков; перерыв на два дня; второй день в клинике - нитевая блефаропластика, нитевой лифтинг средней и нижней трети лица, объемная контурная пластика - заполнение носослезной борозды, коррекция морщин лба.

Результаты. По итогам проведенных процедур мы добились визуального улучшения состояния кожи, выравнивания овала лица, заметной коррекции возрастных изменений в носослезной области и подтяжки верхнего века пациентки. Фотографии до и непосредственно после выполненных процедур представлены ниже.



Фото 1 - Профиль



Фото 2 - Результат лифтинга средней и нижней трети лица



Фото 3 - Коррекция нависшего века путем нитевой блефаропластики
(до, после и через две недели)

Ввиду географической удаленности, итоговая фотография была сделана пациенткой А. самостоятельно через две недели после проведения процедур. Помимо фотографий наша клиника получила от клиентки слова благодарности за профессиональный подход и качественно выполненные услуги. Следует отметить, что благодаря грамотно подобранной схеме лечения, а также корректному уходу за лицом в период реабилитации, пациентка А. избежала каких-либо осложнений, дискомфорта и выпадения из социума.



Фото 4 - Финальный результат

Таким образом, для достижения наилучшего эстетического результата, который радовал бы не только врача, но и самое главное пациента, необходимы высокие профессиональные навыки, а также комплексный подход - сочетание биологической и эстетической оптимизации с использованием фармакологически активных веществ, инвазивных лифтинговых материалов и наполнителей. Важно, чтобы перед практическим применением любого из этих методов, мы задумывались о реальных биологических эффектах каждого из них.

Түйіндеме

Мақалада жеке медициналық орталықтың Дерматокосметолог дәрігері жұмысында пациенттерді іріктеу және ұсынылатын косметологиялық мәселелерді түзету әдістеріне қатысты өзекті мәселелер көтерілді.

Түйінді сөздер: түзету, дерматокосметология, эстетика.

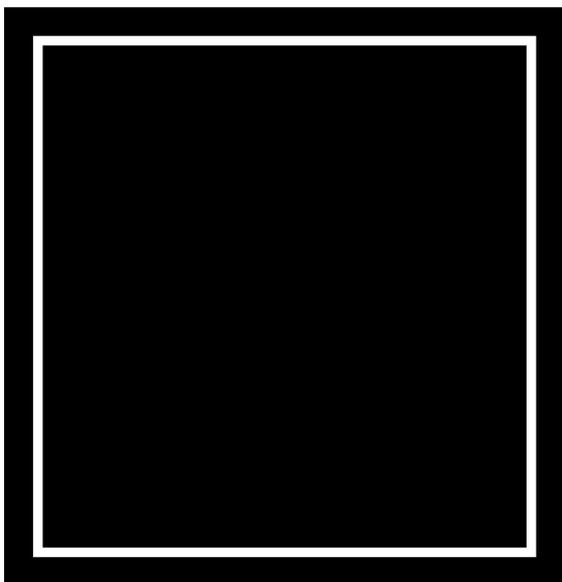
Summary

The article raised relevant issues in the work of a dermatocosmetologist at a private medical center regarding patient selection and proposed methods for correcting cosmetic problems.

Key words: correction, dermatocosmetology, aesthetics.

ПАМЯТИ ДОКТОРА МЕДИЦИНСКИХ НАУК, ПРОФЕССОРА ЖУМАГУЛЬ АБИШЕВНЫ ОРАЗЫМБЕТОВОЙ

Дерматовенерологическая общественность Республики Казахстан понесла тяжелую утрату. 14 октября 2019 года на 77 году жизни скоротечно скончалась известный среди дерматовенерологов Республики Казахстан и стран СНГ, ученый, врач, педагог, отличник здравоохранения СССР, ветеран труда, доктор медицинских наук, профессор – Оразымбетова Жумагуль Абишевна. Оборвалась жизнь замечательного профессионала, опытнейшего врача, глубоко порядочного, честного, необыкновенной души человека, ветерана дерматовенерологической службы, всю сознательную жизнь посвятившую дерматовенерологии.



Оразымбетова Жумагуль Абишевна родилась 6 апреля 1943 г. в селе Абай Каскеленского района Алматинской области.

Трудовую деятельность Жумагуль Абишевна Оразымбетова начала с должности врача-педиатра участковой больницы села Верхняя Каменка, Каскеленского района Алма-Атинской области, куда была направлена в 1968 году после окончания Алма-Атинского государственного медицинского института.

В 1971-1973 годы Ж.А. Оразымбетова обучалась в клинической ординатуре в Казахском научно-исследовательском кожно-венерологическом институте. С этого периода началась профессиональная деятельность в области дерматовенерологии, служению которой посвящена вся

сознательная жизнь профессора Ж.А. Оразымбетовой.

В 1974 году Ж.А. Оразымбетова поступила в целевую аспирантуру при Центральном кожно-венерологическом институте в г. Москве (РФ). Темой кандидатской диссертации явилось изучение распространенности параспориоза, его отличие от начальной стадии грибковидного микоза и усовершенствование лечения параспориоза с включением компламина в сочетании с метионином.

После окончания аспирантуры и защиты кандидатской диссертации Жумагуль Абишевна вновь продолжила трудовую деятельность в стенах родного института.

В период с 1984 по 1985 гг. по линии МИД СССР для оказания консультативно-диагностической и практической помощи населению была направлена на работу в Республику Мозамбик врачом-консультантом.

По возвращении из Республики Мозамбик Ж.А. Оразымбетова работала в должности старшего научного сотрудника в отделении профессиональных дерматозов КазНИКВИ.

В 1986 году была избрана по конкурсу на должность заведующей дерматомикологическим отделением института и будучи в этой должности в 2000 году защитила докторскую диссертацию, которая была посвящена актуальной проблеме дерматологии – псориазу, в частности, распространенности псориаза в Республике Казахстан, региональным особенностям клиники и течения заболевания в Республике. Наряду с особенностями клиники и течения псориаза Ж.А. Оразымбетовой разработана научно-обоснованная эффективная система терапевтических мероприятий в Республике Казахстан. Ею внесен важный вклад в развитие научной дерматовенерологии, исследования явились фундаментальными, отличающимися глубоким пониманием происходящих

патологических процессов в человеческом организме, несли печать широкого общетеоретического и клинического мышления.

На протяжении 17 лет, работая в должности заведующей дерматомикологическим отделением вела активную научную, педагогическую и лечебную деятельность, являлась бессменным наставником для учеников - молодых специалистов, аспирантов, клинических ординаторов, одновременно занимаясь научно-клинической и лечебной деятельностью. Она являлась примером неутомимого добросовестного труда и самоотверженного служения своей профессии.

С 2003 года и до последних дней своей жизни Ж.А.Оразымбетова работала заведующей курса дерматовенерологии Казахстанско-Российского медицинского университета.

Специалист с большим научно-практическим, педагогическим потенциалом и врачебным опытом, Ж.А. Оразымбетова до последних дней своей жизни находилась на посту, щедро передавая накопленные ею знания ученикам, коллегам, специалистам практического здравоохранения.

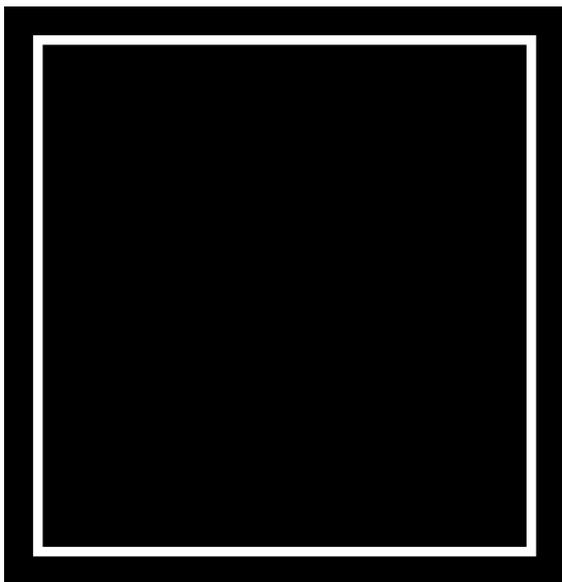
Ж.А.Оразымбетова – автор более 200 научных работ, в том числе методических пособий, рационализаторских предложений и изобретений. Под ее руководством выполнялись прикладные научно-технические программы и диссертационные работы. Трудолюбие, добросовестность, ответственность, принципиальность, высокий профессионализм, отзывчивость - это далеко не полный перечень тех качеств, за которые ценили, уважали, любили Ж.А. Оразымбетову.

Светлая память о Жумагуль Абишевне как об ученом, прекрасном враче и отзывчивом человеке навсегда сохранится в сердцах ее учеников, сотрудников, пациентов, многочисленных друзей и всех людей, которым довелось знать этого замечательного человека.

**Коллектив Казахского научного центра
дерматологии и инфекционных заболеваний**

МЕДИЦИНА ҒЫЛЫМДАРЫНЫҢ ДОКТОРЫ, ПРОФЕССОР ЖҰМАГҰЛ ӘБІШҚЫЗЫ ОРАЗЫМБЕТОВАҒА ЕСТЕЛІК

Қазақстан Республикасының дерматовенерологиялық қоғамы ауыр қазаны басынан өткізді. 2019 жылдың 14 қазанында 77 жасында Қазақстан Республикасы мен ТМД елдерінің дерматовенерологтары арасындағы белгілі ғалым, дәрігер, педагог, КСРО Денсаулық сақтау үздігі, Еңбек ардагері, медицина ғылымдарының докторы, профессор Оразымбетова Жұмагүл Әбішқызы дүниеден өтті. Тамаша кәсіпқойдың, тәжірибелі дәрігердің, аса адал, ерекше адамның жанының, барлық саналы өмірін дерматовенерологияға арнаған дерматовенерологиялық қызмет ардагерінің өмірі үзілді.



Оразымбетова Жұмагүл Әбішқызы 1943 жылы 6 сәуірде Алматы облысының Қаскелең ауданы Абай ауылында дүниеге келген.

Еңбек жолын Жұмагүл Әбішқызы Оразымбетова Алматы облысы, Қаскелең ауданы, Жоғарғы Каменка ауылы учаскелік ауруханасының дәрігер-педиатр лауазымынан бастады, оған ол 1968 жылы Алматы Мемлекеттік Медицина институтын бітіргеннен кейін жіберілді.

1971-1973 жылдары Ж.Ә. Оразымбетова Қазақ ғылыми-зерттеу тері-венерологиялық институтында клиникалық ординатурада оқыды. Осы кезеңнен бастап дерматовенерология саласындағы профессор Ж.Ә.Оразымбетованың кәсіби қызметі бастау алған, ол қызметке бүкіл саналы ғұмыры арналған.

1974 жылы Ж.Ә.Оразымбетова Мәскеу қаласындағы (РФ) Орталық тері-венерологиялық институтында аспирантураға түсті. Кандидаттық диссертацияның тақырыбы парапсориаздың таралуын зерттеу, оның саңырауқұлақ тәрізді микоздың бастапқы сатысынан айырмашылығы және метионинмен бірге компламинді қосумен парапсориазды емдеуді жетілдіру болды.

Аспирантураны бітіргеннен кейін және кандидаттық диссертациясын қорғағаннан кейін Жұмагүл Әбішқызы өзінің еңбек жолын туған институт қабырғасында жалғастырды.

1984 жылдан 1985 жылға дейін КСРО СІМ желісі бойынша халыққа консультациялық-диагностикалық және практикалық көмек көрсету үшін Мозамбик Республикасына дәрігер-кеңесші ретінде жұмысқа жіберілді.

Мозамбик Республикасынан қайтып оралғаннан кейін Ж.Ә.Оразымбетова ҚазТВҒЗИ кәсіби дерматоздар бөлімшесінде аға ғылыми қызметкер лауазымында жұмыс істеді.

1986 жылы институттың дерматомикологиялық бөлімінің меңгерушісі лауазымына конкурс бойынша сайланды және осы лауазымда бола отырып, 2000 жылы дерматология – псориаздың өзекті мәселесі, атап айтқанда, Қазақстан Республикасында псориаздың таралуы, клиниканың аймақтық ерекшеліктері мен республикадағы ауру ағымына арналған докторлық диссертациясын қорғады. Псориаздың клиникалық ерекшеліктері және ағымымен қатар Ж.Ә.Оразымбетова Қазақстан Республикасында терапевтік іс-шаралардың ғылыми негізделген тиімді жүйесін әзірледі. Ол ғылыми дерматовенерологияның дамуына маңызды үлесін қосты, зерттеулер адам ағзасында болып жатқан патологиялық үдерістерді тереңінен түсінуге негіз болып табылды, кең ауқымдағы жалпы теориялық және клиникалық ойлаудың басы болды.

17 жыл бойы дерматомикология бөлімінің меңгерушісі лауазымында жұмыс істей отырып, белсенді ғылыми, педагогикалық және емдеу қызметін атқарды, жас мамандар, аспиранттар, клиникалық ординаторлар үшін ғылыми - клиникалық және емдік қызметпен

бір мезгілде айналыса отырып, тұрақты тәлімгер болды. Ол - адал еңбек пен өз мамандығына адал қызмет етудің үлгісі.

2003 жылдан бастап өз өмірінің соңғы күніне дейін Ж.Ә.Оразымбетова Қазақстан-Ресей медициналық университетінің дерматовенерология курсының меңгерушісі болып жұмыс істеді.

Үлкен ғылыми-практикалық, педагогикалық потенциалы және дәрігерлік тәжірибесі бар маман Ж.Ә.Оразымбетова өмірінің соңғы күніне дейін шәкірттеріне, әріптестеріне, практикалық денсаулық сақтаудың мамандарына жинақталған білімін мол көлемде беріп, қызметін асқан сүйіспеншілікпен атқарды.

Ж.Ә.Оразымбетова - 200-ден астам ғылыми жұмыстардың, оның ішінде әдістемелік құралдардың, рационализаторлық ұсыныстар мен өнертабыстардың авторы. Оның жетекшілігімен қолданбалы ғылыми-техникалық бағдарламалар мен диссертациялық жұмыстар орындалды.

Еңбекқорлық, адалдық, жауапкершілік, принципшілдік, жоғары кәсібилік, қайырымдылық - бұл Ж.Ә.Оразымбетованың бағалаған, құрметтеген, жақсы көретін қасиеттерінің толық тізімі деп айта алмаймыз.

Жұмагүл Әбішқызы ғалым, тамаша дәрігер және қайырым адам ретінде оның шәкірттерінің, қызметкерлерінің, пациенттерінің, көптеген достарының және осы тамаша адамды білген барша адамның жүрегінде мәңгі сақталады.

Қазақ дерматология және инфекциялық аурулар ғылыми орталығының ұжымы

**Фоторепортаж международной научно-практической конференции
«Актуальные проблемы лепрологии, дерматовенерологии
и дерматокосметологии», посвященной 90-летию
Казахского Республиканского лепрозория**

10 октября 2019 года в городе Кызылорда отмечено 90-летие Казахского Республиканского лепрозория и проведена международная научно-практическая конференция, посвященная этому событию.

В рамках конференции состоялось ознакомление с историей развития противолепрозной службы в Казахстане и изучение актуальных проблем лепрологии.

Для столь значимого мероприятия были приглашены международные специалисты лепрологии:

Романа Драбик - немецкая ассоциация помощи больным лепрой и туберкулезом (Германия, Динслакен);

Вивек Васудев Пай - директор Бомбейского Проекта Лепры (Индия, Мумбай);

Дуйко В.В., д.м.н. (Россия, Астрахань);

Шац Е.И., к.м.н. ФГБУ «НИИЛ» МЗ РФ (Астрахань);

Умеров Ж.Г., д.м.н., профессор (Турция);

Гергерт В.Я., профессор – зам. директора центрального НИИ туберкулеза МЗ РФ (Москва);

Эшбоев Э.Х., д.м.н., профессор НИИ дерматологии и венерологии, главный лепролог МЗ РУз.

Участниками и докладчиками конференции стали сотрудники КНЦДИЗ.

На второй день конференции, 11 октября, под эгидой ILDS (International League of Dermatological Societies - Международной Лиги дерматологических обществ) прошел «Всемирный день здоровья кожи 2019», в рамках которого проведен «День открытых дверей» с посещением поликлинического и стационарного отделений Кызылординского областного кожно-венерологического диспансера.

В рамках конференции проведена «Школа молодого специалиста», в которой с разбором клинических случаев приняли участие Сайлауова К.С., Оспанова С.А., Айткулова В.Р., Касымханова А.А., Аманжолова М.Т., Абилкасымова Г.Е., Суханбердиева З.М., врачи-дерматовенерологи и дерматокосметологи областных кожно-венерологических диспансеров Кызылорды, Астрахани, Алматы, Талдыкоргана, Шымкента, Павлодара, Астаны, Уральска, Актюбинска, Атырау, Актау и врачи-резиденты КНЦДИЗ.

В качестве благотворительной акции помощи больным лепрозория, был проведен клинический обход ведущими лепрологами стран СНГ и дальнего зарубежья. От администрации и сотрудников лепрозория, кафедры дерматовенерологии МАПО и сотрудников КНЦДИЗ пациентам лепрозория были вручены подарки.

В завершение конференции состоялось обсуждение прослушанных докладов. Участникам мероприятия был вручен сертификат.









**30 сентября-04 октября 2019 года, 14-19 октября 2019 года
обучение мультидисциплинарной команды специалистов РК
по оказанию мед. помощи детям с буллезным эпидермолизом
на базе ФГАУ «НМИЦЗД» МЗ РФ (г.Москва)**

Уход за пациентами с буллезным эпидермолизом (БЭ) направлен на устранение или облегчение симптомов и, в основном, является поддерживающим: включает в себя профилактику инфекций, защиту кожи от травм, помощь при недостаточности питания и осложнениях, связанных с приемом пищи, сведение к минимуму деформаций и контрактур, а также психологическую поддержку больному и его близким. Больным необходимо активное наблюдение и лечение не только у врачей-дерматологов, но и у других специалистов, таких как хирурги, стоматологи, гастроэнтерологи, педиатры, онкологи, офтальмологи, гематологи, психологи, диетологи.

В целом лечение должно быть комплексным и осуществляться мультидисциплинарной командой врачей.

В этой связи, подготовка специалистов является одним из основных пунктов Дорожной карты по внедрению новых стандартов диагностики и лечения редких заболеваний у детей в Республике Казахстан на 2019-2020 годы», утвержденной приказом МЗ РК №30 от 31.01.2019 года. В рамках исполнения плана мероприятий и по инициативе РГП на ПХВ «Научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний» в период с 30 сентября по 04 октября и с 14 октября по 19 октября 2019 года на базе Федерального государственного автономного учреждения «Национальный медицинский исследовательский Центр Здоровья Детей» МЗ РФ (г.Москва) проходило обучение мультидисциплинарной команды врачей, состоящей из хирургов, дерматологов, ортопедов, гастроэнтерологов, генетиков, педиатров, стоматологов.



Команда врачей на мастер-классах



Хирург Афлатонов Н.Б. на мастер-классе по «Баланная дилатация на пищеводе»



Специалисты на осмотре с проф. Мурашкиным Н.Н.



Стоматологическая помощь детям



Реабилитационные мероприятия



**Обучающий семинар: «Диагностика и лечение
буллезного эпидермолиза у детей»
2-6 декабря 2019 года**

В рамках Дорожной карты по организации помощи детям с буллезным эпидермолизом (БЭ) в г.Алматы в период с 02 по 06 декабря 2019 года на базе Казахского научного центра дерматологии и инфекционных заболеваний (КНЦДИЗ) прошел семинар, посвященный современным подходам к терапии БЭ.

Семинар, в котором приняли участие 25 врачей-дерматовенерологов и педиатров со всех регионов республики проведен с привлечением заведующего отделения дерматологии с группой лазерной хирургии ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей» МЗ РФ (г.Москва) д.м.н., профессора Мурашкина Николай Николаевича.

На открытии семинара директор КНЦДИЗ Б.С.Байсеркин обратился с приветственным словом к организаторам и участникам семинара, выразил благодарность проф. Мурашкину Н.Н. за оказанную честь по передаче опыта в обучении наших специалистов, занимающихся проблемой БЭ в РК и пожелал творческих успехов и плодотворной деятельности.

В программу семинара входил цикл лекций, посвященный современным особенностям клиники, диагностики и лечения БЭ, в ходе которых освещены важные научные достижения, позволяющие пониманию проблемы БЭ на клиническом, эпидемиологическом, клеточном и молекулярном уровнях. Рекомендованы мультидисциплинарные подходы к проблеме БЭ, основанные на собственном опыте и опыте, известном в литературе.

В программе лекций особое место уделено вопросам наружного лечения БЭ, препаратам, используемым в терапии БЭ и особенностям перевязочных материалов.

В программе семинара были предусмотрены выступления президента ОФ Благотворительный фонд «Дети Бабочки Казахстана» Байгалиевой Б., дистрибьюторов с демонстрацией перевязочных материалов.

В ходе работы семинара проф. Мурашкиным Н.Н. был проведен осмотр и консультация больных с БЭ, находящихся на стационарном лечении в клинике КНЦДИЗ. Даны рекомендации профильным больным, рекомендации по уходу за кожей и ранами.

В рамках семинара проведены круглый стол с участием обученных специалистов на базе ФГАУ НЦЗД МЗ РФ (г.Москва) и мастер-класс по применению специализированных перевязочных материалов для больных БЭ.

По окончании, всем специалистам, принявшим участие в работе семинара были вручены сертификаты участника.







24-25
сентября **2020**

Шымкент, Казахстан



**Международная конференция
Казахстанской Ассоциации
дерматовенерологов
и дерматокосметологов
"Хронические дерматозы - актуальная
проблема психодерматологии"**

**1st Regional Conference of European
Society for Dermatology
and Psychiatry (ESDaP)**

