

**«ДЕРМАТОЛОГИЯ ЖӘНЕ
ВЕНЕРОЛОГИЯ МӘСЕЛЕЛЕРІ»
ғылыми-практикалық журнал**

**«ВОПРОСЫ ДЕРМАТОЛОГИИ
И ВЕНЕРОЛОГИИ»
научно-практический журнал**

Рецензируемый
научно-практический журнал
Основан в 1999 году

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

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

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

Редакционная коллегия

Байсеркин Б.С. - доктор медицинских
наук (главный редактор)
Джусупгалиева М.Х. – кандидат
биологических наук (выпускающий
редактор, корректор)
Абишев А.Т. – кандидат медицинских
наук, зам. директора по научно-клиничес-
кой работе КНЦДИЗ
Есенгараева З.Б. – доктор медицинских
наук, профессор
Сайлауова К.С. – кандидат медицинских
наук, ассоциированный профессор, член
EADV
Оспанова С.А. – кандидат медицинских
наук, доцент, член EADV
Касымханова А.А. – кандидат медицинс-
ких наук, член научно-консультативного
совета VRFoundation (USA)
Айткулова В.Р. – кандидат медицинских
наук, доцент
Ахметова Ю.Б. - магистр медицинских
наук
Бримжанова М.Д. – доктор PhD
Ендибаева У.А. - магистр медицинских
наук
Суханбердиева З.М. - докторант PhD
КазНМУ имени С.Д. Асфендиярова

АДРЕС РЕДАКЦИИ:

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

СОДЕРЖАНИЕ

ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР

Ускембай С.К. Дифференциальная диагностика высыпаний слизистой полости рта (обзор литературы)	7
Сагидолдина Л.К., Толыбекова А.А., Амрина Л.К. Актуальные проблемы эпидемиологии, диагностики и лечения генитального герпеса (обзор литературы)	17

АКТУАЛЬНАЯ ТЕМА

Абишев А.Т. Анализ состояния дерматовенерологической службы Республики Казахстан по итогам 2020 года	21
Абишев А.Т., Джусупгалиева М.Х., Таубаева А.А., Тонконогова Н.В., Касенова О.В. Динамика заболеваемости болезнями кожи и подкожной клетчатки в Республике Казахстан в период с 2014-2020 гг.	29
Ганина Л.Ю., Сакупова Г.А. Эпидемиологическое слежение за распространенностью ВИЧ-инфекции среди лиц, употребляющих инъекционные наркотики РК в 2020 году	37
Кенжегалиева В.Т., Мантакова А.А., Цой В.В. Профилактика ВИЧ-инфекции в медицинских организациях Западно-Казахстанской области	46
Пиржанов С.М., Мырзахметов К.Т., Косаев Н.Т., Кыздарбеков Г.М. Ситуация с дерматовенерологией при КОВИД-19 в Кызылординском регионе	49
Айткулова В.Р., Аманжолова М.Т., Омарова Ж.К. Полиморфизм кожных проявлений при новой коронавирусной инфекции COVID-19, вызванной SARS-COV-2	52
Куанов Т.О., Баев А.И., Аймахашева П.Н., Илюпова Б.К. Терапия воспалительных заболеваний репродуктивной системы: профилактические подходы усовершенствования терапии	58
Ли Л.Г., Иржанова Д.Н., Раимкулова А.А., Байбулатова С.М. Результаты исследования терапевтической эффективности и безопасности противогрибковой мази Розео-фунгин-АС	66

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Исакова И.А., Айткулова В.Р., Галиева Д.М. Карциноидный папилломатоз кожи Готтрона	71
Ольховская Е.В. Клинический случай кольцевидной гранулемы	75
Клонюк А.П. Клинический случай фиксированной меланодермической токсикодермии	79
Галиева Д.М., Айткулова В.Р., Исакова И.А. Амилоидоз кожи	83
Нурушева Ж.Т. Клинический случай бактериальных инфекций с развитием септического процесса у ВИЧ-инфицированного пациента	87

ХРОНИКА СОБЫТИЙ	92
------------------------------	----

МАЗМҰНЫ

ӘДЕБИ ШОЛУ

С.К. Үскембай Ауыз қуысы шырышты бөртпелердің дифференциалды диагностикасы (әдеби шолу)	7
Л.К. Сағидолдина, А.А. Толыбекова, Л.К. Амрина Урогениталды ұшықтың эпидемиологиясы, диагностикасы және емінің өзекті мәселелері (әдеби шолу)	17

НӘТИЖЕЛІК ТАҚЫРЫБЫ

А.Т. Абишев 2020 жылдың қорытындысы бойынша Қазақстан Республикасының дерматовенерологиялық қызметінің жағдайын талдау	21
А.Т. Абишев, М.Х. Жүсіпғалиева, А.А.Таубаева, Н.В. Тонконогова, О.В. Касенова 2014-2020 жылдар кезеңінде Қазақстан Республикасында тері және тері асты клетчаткасы ауруларымен сырқаттанушылық динамикасы	29
Л.Ю. Ганина, Г.А. Сакупова 2020 жылғы ҚР инъекциялық есірткілерін тұтынатын адамдар арасында АИТВ-инфекциясының таралуын эпидемиологиялық қадағалау	37
В.Т. Кенжеғалиева, А.А. Мантакова, В.В. Цой Батыс Қазақстан облысының медициналық ұйымдарында АИТВ-инфекциясының алдын алу	46
С.М. Пиржанов, К.Т. Мырзахметов, Н.Т. Қосаев, Г.М. Қыздарбеков Қызылорда аймағында КОВИД-19 кезіндегі дерматовенерология жағдайы	49
В.Р. Айтқулова, М.Т. Аманжолова, Ж.К. Омарова SARS-COV-2 туындатқан COVID-19 жаңа коронавирустық инфекциясы кезіндегі тері көріністерінің полиморфизмі	52
Т.О. Қуанов, А.И. Баев, П.Н. Аймахашева, Б.К. Илюпова Репродуктивті жүйенің қабыну ауруларын емдеу: терапияны жетілдірудің профилактикалық тәсілдері	58
Л.Г. Ли, Д.Н. Ержанова, А.А. Раимкулова, С.М. Байбулатова Розеофунгин-АС антифунгалды жақпа майының емдік тиімділігі мен қауіпсіздігі зерттеу нәтижелері	66

КЛИНИКАЛЫҚ ЖАҒДАЙ

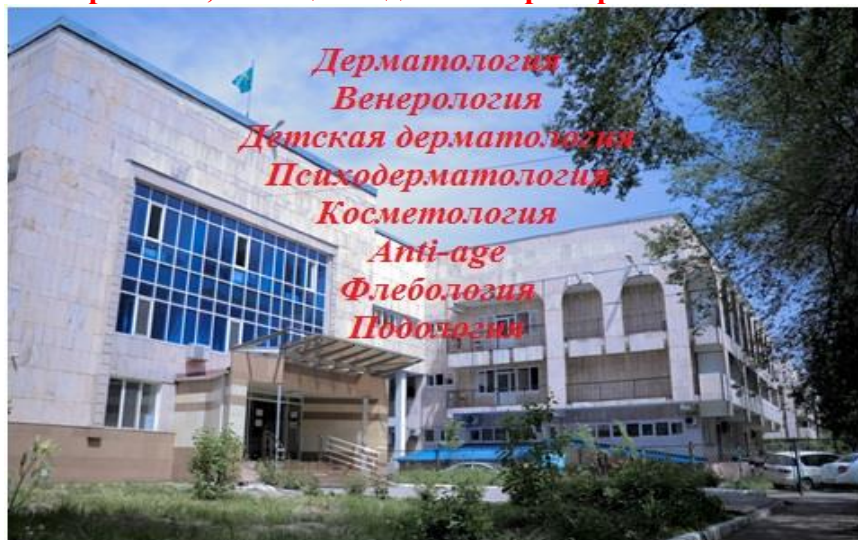
И.А. Исакова, В.Р. Айтқулова, Д.М. Галиева Терінің Готтрон карциноидты папилломатозы	71
Е.В. Ольховская Сақина тәрізді гранулеманың клиникалық жағдайы	75
А.П. Клонюк Бекітілген меланодермиялық токсикодермияның клиникалық жағдайы	79
Д.М. Галиева, В.Р. Айтқулова, И.А. Исакова Тері амилоидоз	83
Ж.Т. Нурушева АИТВ-инфекциясын жұқтырған науқастың бактериялық инфекциялар кезіндегі септикалық процессі дамыған клиникалық жағдайы	87

ОҚИҒАЛАР ХРОНИКАСЫ	92
---------------------------------	-----------

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

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

**Резидентура. 7R09112 – Дерматовенерология, в том числе детская.
7R09112 «Дерматовенерология, соның ішінде балаларға арналған»**



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



www.kncdiz.kz



Вечерний Алматы



НИКВИ Казахский



НИКВИ Казахский



НИКВИ Алматы

Наш девиз: Комфорт и эффективность!

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

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

(приемная), +7 (727) 397 42 23



+ 7 701 538 70 12



+ 7 701 740 78 16

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





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 **7R 09112 «Дерматовенерология, в том числе детская»** с широким выбором по каталогу «Элективных дисциплин», а также предусмотрены внешняя и внутренняя **академическая мобильность и членство** в «Совете молодых ученых».

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



**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА
ВЫСЫПАНИЙ СЛИЗИСТОЙ ПОЛОСТИ РТА
(ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)**

Ускембай С.К. - ассистент курса дерматовенерологии

НУО «Казахстанско-Российский Медицинский
Университет», г. Алматы
РЕСПУБЛИКА КАЗАХСТАН

Резюме

В практике врача дерматовенеролога встречается множество заболеваний, сопровождающихся высыпанием не только на кожных покровах, но и слизистых оболочках, и нам необходимо уметь распознавать и отличать одни заболевания от других. Это способствует правильной диагностике, выбору обоснованной терапии и проведению профилактических мероприятий. Основная задача данной статьи заключается в правильной дифференциальной диагностике патологических высыпаний в слизистой полости, так как существует множество нозологий, которые необходимо учитывать при правильной постановке диагноза. Высыпания могут быть связаны как с инфекционными заболеваниями как корь, скарлатина и т.д., также с заболеваниями из стоматологической практики. Диагностика этих заболеваний не представляет трудностей при сочетании поражения слизистой оболочки полости рта и кожи; трудности возникают при изолированном поражении слизистой оболочки полости рта.

Ключевые слова: многоформная экссудативная эритема, красный плоский лишай, хронический рецидивирующий герпетический стоматит, лейкоплакия, стоматит, дифференциальная диагностика.

Многоформная экссудативная эритема - полиэтиологическое рецидивирующее заболевание, характеризующееся поражением не только кожных покровов, но и слизистых оболочек, преимущественно полости рта. Тяжелые формы поражения слизистых оболочек при многоформной экссудативной эритеме часто обуславливают серьезные осложнения [1].

Эпидемиология

Многоформная эритема (МЭ) наблюдается у пациентов всех возрастов, но чаще – у подростков и молодых людей. Среди больных преобладают мужчины (соотношение мужчин и женщин составляет 3:2). Примерно в 30% случаев заболевание рецидивирует. В детском возрасте встречается нечасто (20% случаев).

Этиология

Причиной подавляющего большинства случаев МЭ является инфицирование вирусом простого герпеса (ВПГ). ВПГ-1 чаще является причиной, чем ВПГ-2, хотя неясно, являются ли высыпания МЭ специфической или неспецифической реакцией на вирус. Согласно современным представлениям, МЭ вызывается опосредованной Т-клетками цитолитической реакцией на фрагменты ДНК ВПЧ, присутствующие в кератиноцитах. Учитывая редкость развития МЭ как проявления ВПЧ и связь некоторых подтипов HLA с предрасположенностью к развитию высыпаний, предполагается наличие генетической предрасположенности к МЭ. Реже заболевание вызывается приемом лекарственных

препаратов, вакцинами и другими бактериальными или вирусными заболеваниями (в особенности гепатитом С) или, возможно, системной красной волчанкой (СКВ). МЭ, которая развивается у больных с СКВ, иногда называют синдромом Роуэлла [2].

Патогенез

Основной механизм патогенеза - III тип аллергической реакции - реакция Артюса. С позиции аллергологии многоформная экссудативная эритема (МЭЭ) - смешанная реакция с чертами гиперчувствительности немедленного и замедленного типа. Это опосредованное Т-клетками аутоиммунное заболевание, при котором аутоцитотоксические CD8⁺ Т-клетки запускают апоптоз базальных клеток эпителия полости рта. Раннее событие в механизме заболевания включает экспрессию кератиноцитарного антигена или демаскирование антигена, который может быть самопептидом или белком теплового шока, после этого Т-клетки (в основном CD8⁺ и некоторые CD4⁺ клетки) мигрируют в эпителий либо из-за случайной встречи антигена во время рутинного наблюдения, либо из-за опосредованной хемокинами миграции к базальным кератиноцитам. Эти мигрировавшие CD8⁺ клетки активируются непосредственно антигеном, связывающимся с основным комплексом гистосовместимости (МНС)-1 на кератиноците или через активированные CD4⁺ лимфоциты [3].

Клиника

Основные элементы поражения – субэпителиальный пузырь (в результате тромбоза капилляров подслизистого слоя, некроза, экссудации), а также многоформная эритема – анантема. Характерно острое начало с нарушением общего состояния, увеличение температуры тела до 38-40°C, ревматоидные боли. Через 1-2 дня высыпания на коже рук, предплечья (реже на шее и лице) в виде «кокард». На слизистой оболочке рта (СОР) на фоне гиперемии болезненные элементы, поражения в виде волдырей, пузырей с серозным или геморрагическим содержанием, которые быстро лопаются, образуются эрозии, часто сливающиеся, покрытые желтоватым налетом. Симптом Никольского отрицательный. Регионарные лимфоузлы болезненны и увеличены. Разрешение высыпаний происходит через 2-3 недели. Для инфекционной аллергии характерны рецидивы с сезонным характером (осень, весна). Для симптоматической аллергии характерен рецидив после применения лекарственных препаратов.

Инфекционно-аллергическая форма экссудативной эритемы обычно начинается остро, часто после переохлаждения. Температура тела повышается до 38-39°C, возникает головная боль, недомогание, часто боли в горле, мышцах, суставах. Спустя 1-2 дня на этом фоне появляются высыпания на коже, слизистой оболочке полости рта, красной кайме губ и изредка на гениталиях. Высыпания могут отмечаться только во рту.

Слизистая оболочка полости рта при многоформной экссудативной эритеме поражается почти у 1/3 больных, изолированное поражение слизистой оболочки полости рта наблюдается примерно у 5% больных. Тяжесть течения многоформной экссудативной эритемы в основном обусловлена поражением слизистой оболочки ротовой полости. Процесс во рту чаще локализуется на губах, дне полости рта, преддверии полости рта, на щеках и нёбе.

Гистологическое исследование: подэпителиальный пузырь, некроз эпителия, отёк, воспаление. Для классического типа многоформной экссудативной эритемы с поражением слизистых оболочек характерны изменения как в эпителиальном, так и в соединительнотканном слое. В одних случаях наблюдаются преимущественные изменения в эпителиальном слое в виде некроза, в других - изменения в соединительнотканном слое в виде резко выраженного отека с образованием пузырей. В слизистой оболочке образуются периваскулярные инфильтраты из мононуклеаров с примесью нейтрофильных и эозинофильных гранулоцитов. Может быть отек сосочкового слоя. В клетках шиповидного слоя - дистрофия, местами некротические изменения эпидермоцитов. В некоторых случаях клетки инфильтрата проникают в эпителиальный слой и могут образовывать внутриэпидермальные пузыри. В сосочковом слое - слабовыраженная инфильтрация вокруг поверхностных сосудов, участки

эпителия с явлениями некроза. Пораженные клетки вследствие лизиса их ядер сливаются в сплошную гомогенную массу [4].

Цитологическое исследование: картина острого неспецифического поражения. Цитологическая картина мазков-отпечатков или соскобов со дна эрозий соответствует острому неспецифическому воспалительному процессу. В большом количестве встречаются одиночные неизмененные сегментоядерные нейтрофилы или местами их скопления (при длительном сроке заболевания значительная часть их разрушается, отдельные сохраняют нормальный вид) и лимфоциты. У значительного большинства больных в соскобах определяется большое количество полибластов различных размеров и макрофагов (30-60%) в цитограмме, много эозинофилов [5].

Диагностические критерии

Жалобы: общая слабость, головная боль, недомогание, повышение температуры, боли в мышцах и суставах. Боли в горле и в полости рта.

Анамнез: при инфекционно-аллергической форме имеются очаги хронической инфекции в организме, указания на сезонность рецидивов. При токсико-аллергической форме имеются обязательные указания на прием лекарственных препаратов (сульфаниламиды, антибиотики). Течение заболевания рецидивирующее, провоцирующие факторы – переохлаждение, острые респираторные заболевания, обострение хронических заболеваний, прием лекарственных препаратов, погрешности питания.

Физикальное обследование: на красной кайме губ определяются геморрагические корки. На слизистой оболочке полости рта на фоне эритемы определяются резко болезненные эрозии, язвы, афты, субэпителиальные пузыри и волдыри. При истинном полиморфизме отмечается ложный мономорфизм (эрозирование всех элементов поражения). Симптом Никольского отрицательный. Регионарные лимфатические узлы увеличены, болезненны, не спаяны между собой и с окружающими тканями. Лабораторные исследования: общий клинический анализ крови, цитологические исследования (мазок-отпечаток), аллергические пробы.

Инструментальные исследования: нет [6].

Красный плоский лишай

Это воспалительное заболевание слизистых оболочек. Могут быть поражены кожа, слизистые оболочки полости рта и гениталий, кожа головы и ногти. Его развитие хроническое, с возможным злокачественным перерождением. Спонтанная ремиссия бывает редко. Хотя этиология красного плоского лишая полости рта до сих пор неясна, есть доказательства того, что это сложное иммунологическое заболевание, опосредованное цитотоксическими клетками, направленное против базиллярных кератиноцитов и приводящее к вакуолярной дегенерации и лизису базальных клеток. При длительных, атрофических и эрозивных формах лечение обычно направлено на облегчение боли и может включать иммунодепрессанты, особенно кортикостероид, циклоспорин для местного применения или такролимус, ретиноиды местного и системного действия. Однако использование этих препаратов может сопровождаться рядом побочных эффектов. По этой причине в настоящее время врачи сосредоточили свое внимание на новых биологических агентах, которые обеспечивают селективные иммунологические результаты с меньшими побочными эффектами, чем общие иммунодепрессанты.

Эпидемиология плоского лишая четко не определена. Основываясь на ограниченных данных, считается, что плоский лишай кожи встречается менее, чем у 1 процента населения. Плоский лишай кожи наиболее часто развивается в возрасте от 30 до 60 лет. Детский кожный плоский лишай встречается, но встречается редко. По-видимому, нет сильного пола или расовой предрасположенности к кожному плоскому лишаю [1,7,8].

Этиопатогенез. Хотя и считается, что оральный красный плоский лишай (ОКПЛ) является опосредованным Т-клетками аутоиммунным заболеванием, его причина остается неизвестной. Текущие данные свидетельствуют о том, что болезнь связана с изменением

клеточного иммунитета, вызванным эндогенными или экзогенными факторами, которые являются результатом измененной реакции на аутоантигены. Большинство активированных Т-клеток в воспалительном инфильтрате при ОКПЛ являются CD8+. Активированные Т-клетки воспалительного инфильтрата связаны с увеличением производства Th1 цитокинов (IL-1, IL-8, IL-10, IL-12, TNF- α), увеличивают экспрессию молекул межклеточной адгезии (ICAM-1) на клетках Лангерганса и макрофагов. Другие механизмы, которые также могут быть вовлечены в этиопатогенез заболевания, обусловлены дегрануляцией тучных клеток и активацией матричных металлопротеиназ. Более того, некоторые исследователи считают, что хроническое течение ОКПЛ можно отчасти объяснить недостаточностью механизмов иммуносупрессии при посредничестве трансформирующего фактора роста бета. Однако, причины, которые приводят к возникновению процесса еще не были полностью выяснены.

Отношения между ОКПЛ и вирусом гепатита С не является стабильным, так как распространенность этого вируса у пациентов варьирует в зависимости от исследований, начиная от 0% до более 60%, в зависимости от страны, где эти исследования проведены. Частота выявления инфекции HCV у пациентов с красным плоским лишаем (КПЛ) высока в Японии, Италии и Бразилии и низка в США, Франции, скандинавских странах, Великобритании и Германии. Причины разницы в распространенности инфекции HCV в различных географических районах не были четко объяснены, но это, как полагают, связано с различиями в социально-экономическом положении и с особенностями отбора субъектов (средний возраст и пол) в соответствующих странах. Несмотря на эту географическую неоднородность, в пользу гипотезы, что некоторые генетические изменения могут способствовать развитию ОКПЛ в подгруппе пациентов с гепатитом С, указывает повышенная частота HCV у пациентов с КПЛ. Недавний мета-анализ литературы привел к выводу, что HCV связан со статистически значимым риском для развития ОКПЛ, предполагая, что присутствие либо HCV или определенных типов КПЛ может быть использовано в качестве прогнозирующих маркеров друг с другом в определенных географических регионах. Таким образом, предполагается, что исследование нарушений печени или гепатита С у больных с ОКПЛ должно проводиться только у лиц с подозрительным клиническим и эпидемиологическим анамнезом. Связь с психологическими факторами варьирует в зависимости от авторов. Дискутируются 2 положения:

- 1) психические расстройства (тревога, депрессия) участвуют в генезисе болезни;
- 2) психические расстройства (тревога, депрессия) являются следствием хронических болевых поражений.

Клинические проявления: ОКПЛ проявляется в следующих формах: сетчатый, атрофический, папулезный, эрозивный, буллезный и эритематозный. Эти различные клинические проявления представляют вариации интенсивности и продолжительности заболевания. Эти различные формы могут сосуществовать одновременно, а преобладающая клиническая морфология может меняться с течением времени у одного и того же пациента. ОКПЛ часто двусторонний и симметричный, что отличает его от контактной лихеноидной реакции слизистой оболочки полости рта. Односторонние поражения ОКПЛ редки и нетипичны. Наиболее часто поражаются слизистая оболочка щек и десен, задняя часть языка, слизистая губ. Слизистая оболочка десен часто выглядит в форме "хронического десквамативного гингивита." ОКПЛ может появляться на местах травмы слизистой (кёрнеризация).

Преимущественно поражения при ОКПЛ представлены небольшими беловатыми опалесцирующими и ороговевшими (чешуйки сидят плотно и не снимаются шпатель-лем) папулами. Поражения могут иметь различные узоры. Поражения в задней части языка имеют тенденцию к большему ороговению, изолированности или образованию бляшек за счет специфических особенностей эпителия в этой части. В результате длительного существования такие высыпания склонны к атрофии. Депапиляция языка, вызванная атрофией, может привести к вкусовым изменениям с чувством жжения при контакте с некоторыми продуктами питания.

При эрозивной форме наблюдаются ярко-красные хорошо разграниченные эрозии, окруженные типичными папулами. Редко, при быстро прогрессирующем течении, могут возникать пузыри. Боль, как правило, интенсивная и может повлиять на качество жизни пациента.

Поражения идентичные тем, которые описаны выше, могут также появиться на красной кайме губ и, как правило, диффузно поражают эту область. Однако, они почти всегда не выходят за границу между красной каймой и кожей губ, в отличие от некоторых других хейлитов.

У темнокожих лиц возможна остаточная пигментация слизистой (пигментный КПЛ). Повреждения в результате реакции, вызванной контактом слизистых оболочек с зубными протезами, содержащими металл неотличимы от идиопатического КПЛ, за исключением того, что они распределены на слизистой оболочке асимметрично, на участках слизистой, соприкасающихся с зубными протезами. Корреляции между степенью и тяжестью оральных и кожных поражений при КПЛ не наблюдается. Сопутствующие внеротовые высыпания в области головы, ногтей, конъюнктивы, пищевода, гортани, уретры, влагалища, вульвы и перианальной области могут привести к тяжелому дерматозу. Сочетание тяжелых форм орального и полового КПЛ было недавно выделено в «вульвовагинит-десневой синдром» ("vulvovaginal-gingivalsyndrome"). В отличие от кожного КПЛ, который в большинстве случаев протекает с краткосрочными обострениями и почти всегда хорошо поддается лечению или регрессирует после нескольких месяцев, ОКПЛ характеризуется хроническим длительным упорным течением и стойкостью к терапии.

Диагноз устанавливается на основании клинического и гистологического обследования. Гистопатологические проявления включают акантоз (при ороговевших поражениях), атрофию (при старых поражениях), отсутствие (эрозивное поражение) эпителия. Существует поверхностный лимфоцитарный воспалительный инфильтрат в месте соединения эпителия с собственной пластинкой. Материал для биопсии должен браться предпочтительно из ороговевших областей, чтобы избежать эрозии, поскольку они лишены эпителия, что делает трудным микроскопическое исследование. Прямая иммунофлюоресценция позволяет отличить ОКПЛ от других заболеваний слизистой с воспалительным компонентом, особенно от красной волчанки, полиморфной эритемы и лекарственной сыпи. Наиболее часто при ОКПЛ обнаруживается наличие отложений IgM и, реже, IgA и C3 в субэпителиальных слоях.

Дифференциальный диагноз: Зависит от морфологии поражений. Ретикулярные папулезные поражения следует дифференцировать с дискоидной красной волчанкой, кандидозом, *morsicatio buccarum* (дефекты слизистой из-за привычки грызть слизистую щек) и другими травматическими повреждениями, пятнами вторичного сифилиса, с лейкоплакией и зарождающимся плоскоклеточным раком. Эрозивный КПЛ следует дифференцировать от афт, пемфигоида слизистой оболочки, обыкновенной пузырчатки, реакции на лекарства, полиморфной эритемы и острых поражений красной волчанки. Дифференциальный диагноз пигментной формы делается с несколькими причинами слизистой пигментации [2,9].

Хронические стоматиты

Герпетический стоматит провоцирует вирус герпеса, который передается воздушно-капельным путем. Зачастую вспышки этой инфекции случаются весной и осенью. Это заболевание чрезвычайно распространено у детей в возрасте до трех лет, иммунная система которых еще не способна эффективно бороться с вирусами.

Точные причины рецидивирующего афтозного стоматита еще не исследованы. Врачи выделяют ряд факторов, которые могут спровоцировать заболевание. Прежде всего к ним относят аденовирусные инфекции, стафилококки, стрептококки. В анамнезе больных этой разновидностью хронического стоматита иногда обнаруживаются также аутоиммунные болезни (неспецифический язвенный колит, болезнь Крона, болезнь Бехчета), патологии эндокринной системы, расстройства ЖКТ (запоры, гастриты, дисбактериоз, диарея).

1. Причиной язвенно-некротического стоматита является заражение организма веретенообразной палочкой и спирохетой Венсана, которое возникает на фоне проблем с иммунитетом. У курильщиков стоматит возникает из-за регулярного раздражения слизистой рта никотином.

2. Кандидозный стоматит возникает из-за грибов рода кандиды. Активизация грибов происходит из-за следующих факторов: ВИЧ, проблемы с иммунитетом, сахарный диабет, беременность, игнорирование гигиены ротовой полости, длительный прием сильных антибиотиков.

3. Аллергический стоматит возникает из-за контакта слизистой с аллергеном, которым зачастую являются инструменты и медикаменты, используемыми во время стоматологических процедур.

4. Бактериальный стоматит вызывают патогенные бактерии (стрептококки и стафилококки), которые активизируются в полости рта из-за травмирования слизистой, гнойного воспаления десны, кариозных полостей в зубах, снижения иммунитета [1,10].

Хронический рецидивирующий герпетический стоматит

Как и острый герпетический стоматит, так и хронический рецидивирующий герпетический стоматит проходит 4 стадии заболевания и имеет три формы. Только отличие в том, что форма при хроническом рецидивирующем герпетическом стоматите определяется не количеством поражений (там до 5, до 25 или более 100), а кратностью раз возникновения в год.

Легкая форма хронического рецидивирующего герпетического стоматита характеризуется возникновением поражений 1-2 раза в 3 года;

Средняя форма хронического рецидивирующего герпетического стоматита характеризуется возникновением поражений 1-2 раза в год;

Тяжелая форма рецидивирующего герпетического стоматита характеризуется возникновением поражений 4 и более раз в год [2,11].

При хроническом рецидивирующем герпетическом стоматите выявляются единичные или групповые элементы поражения, чаще всего в виде мелких пузырьков, которые потом изъязвляются, образуя эрозии. Слизистая отечна и гиперемирована. При тяжелой степени хронического рецидивирующего герпетического стоматита добавляется ухудшение общего самочувствия пациента, головная боль, слабость, температура тела более 39 градусов.

Дифференциальная диагностика

Диффдиагностику герпетического стоматита проводят с хроническим афтозным стоматитом, с многоформной экссудативной эритемой, с вульгарной пузырчаткой.

Если сравнивать герпетический стоматит и хронический афтозный стоматит, то в обоих поражениях есть афты. Однако при афтозном стоматите они одиночны, округлы, покрыты белесоватым налетом и окружены венчиком гиперемии, нет катарального гингивита, лимфатические узлы не увеличены, и отсутствует повышенная температура тела.

Отличие между герпетическим стоматитом и экссудативной эритемой начинаются со времени года. Чаще всего эритема возникает в осенне-весеннее время и сразу начинается тяжело. То есть характерно тотальное поражение слизистой оболочки, гиперемия, отек. Эрозии и язвы крупные, массивные геморрагические корки на красной кайме губ, трещины. Страдает и общее состояние: температура тела больше 40 градусов, слабость, недомогание, множественные синюшные пятна (кокарды) на коже рук.

Отличие с вульгарной пузырчаткой в том, что при пузырчатке имеются эрозии малоблезненные, располагающиеся на визуально здоровой слизистой оболочке полости рта [3].

Лейкоплакия

Хроническое заболевание слизистой оболочки полости рта, в основе которого лежит нарушение процессов ороговения, связанное с длительным воздействием различных экзогенных факторов (механических, физических, химических и их сочетаний).

Этиология

Эндогенные факторы. Важная роль в возникновении и развитии лейкоплакии принадлежит заболеваниям желудочно-кишечного тракта (прогрессирующая ахилия, язвенная болезнь), которые ослабляют резистентность слизистой оболочки полости рта (СОПР) к внешним раздражителям и могут привести к нарушению усвоения витамина А, регулирующего процессы кератинизации. Нарушение обмена холестерина, поражение нервной системы, церебральный склероз, неврастения, гиповитаминозы, анемия, патология эндокринной системы, в частности сахарный диабет, высокий уровень свободного тестостерона в сыворотке крови – могут создавать фон для развития лейкоплакии. Не исключается врожденная или наследственная (дискератозы) предрасположенность к возникновению нарушений ороговения [12,13].

Экзогенные факторы

1. Химические раздражители: табачный дым, жевание табака, соприкосновение с бензином и продуктами его сгорания, в результате при сухой перегонки угля или каменноугольной смолы.
2. Влияние гальванизма при наличии протезов из разнородных металлов.
3. Метеорологические факторы при повреждении губ.
4. Механические факторы: назубные отложения, острые края кариозных зубов, неправильно изготовленные протезы и поставленные пломбы; патологический прикус.
5. Термические факторы – чрезмерное употребление острой, горячей пищи.

Эпидемиология

Общая распространенность лейкоплакии СОПР, по данным американских авторов, составляет 0,5-3,46%, а частота озлокачествления – 0,7-2,9%. Лейкоплакия СОПР чаще встречается в Индии и южных штатах Америки, где курение и другое использование табака и бетеля более распространено, чем в других местах. В общей структуре оказания медицинской помощи пациентам в стоматологических медицинских организациях лейкоплакия встречается в возрастной группе пациентов от 30 до 70 лет, преимущественно у мужчин (4,3% по сравнению с 1,9% у женщин), распространенность заболевания увеличивается с годами. На 100% случаев обращающихся с лейкоплакией рта приходится 5,6% предраковых состояний и 4,87% случаев раннего рака. На долю идиопатической лейкоплакии полости рта приходится 10% случаев, а на лейкоплакию, вызванную экзо- и эндогенными факторами - 90%. Слизистая оболочка щек поражается в 25% случаев, десневой край челюсти – в 20%, язык – в 10%, дно полости рта – в 10%; на другие области приходится остальная часть поражений [12,13].

Диагностика лейкоплакии: сбор анамнеза и жалоб; внешний осмотр и пальпация органов челюстно-лицевой области; пальпация СОПР полости рта; осмотр полости рта с помощью дополнительных инструментов; определение прикуса; определение индексов гигиены рта.

Сбор анамнеза. При сборе анамнеза жизни выясняют профессию пациента, профессиональные вредности, вредные привычки, характер питания, аллергологический анамнез, наследственность, перенесенные и сопутствующие заболевания. Отмечают наличие у пациентов соматических заболеваний. Уточняют, когда появились первые симптомы, лечился ли ранее (регулярно или от случая к случаю), выясняют характер проводимого лечения, его объем (со слов пациента), результат (стойкое улучшение, временное улучшение, без улучшения или ухудшение).

Визуальное исследование, внешний осмотр челюстно-лицевой области, осмотр рта с помощью дополнительных инструментов. При внешнем осмотре оценивают конфигурацию лица, выявляют наличие отека или других патологических изменений. Проводится пальпация лимфатических узлов головы и шеи бимануально и билатерально, сравнивая правую и левую половины лица и шеи, что позволяет получить информацию о наличии воспалительного, инфекционного или онкологического процесса. После внешнего осмотра приступают к осмотру полости рта.

Детально обследуют СОПР выявляют элементы поражения СОПР. Далее приступают к осмотру зубов, зубных рядов, определению прикуса, выявляют аномалии положения отдельных зубов, а также зубных рядов в целом, наличие трем, диастем. Обследованию подлежат все зубы. Начинают осмотр с правых верхних моляров и заканчивают правыми нижними молярами. Детально обследуют все поверхности каждого зуба. Зондом определяют плотность твердых тканей, оценивают текстуру и плотность поверхности, обращают внимание на наличие пятен и кариозных полостей. При зондировании обнаруженной кариозной полости обращают внимание на ее локализацию, величину, глубину, наличие размягченного дентина, болезненность или отсутствие болевой чувствительности при зондировании. Тщательно обследуют апроксимальные поверхности зубов. Проводят пальпацию, перкуссию, определение подвижности зубов, обследование тканей пародонта. При оценке уровня гигиены рта уточняют: когда и сколько раз чистит зубы, способ чистки, какие пасты и щетки использует, как часто их меняет, использует ли межзубные средства гигиены. Контроль качества чистки зубов проводят с помощью индексов гигиены (индекс Greene-Vermillion, индекс Silness-Loe). Индексы гигиены рта определяют до лечения и с целью контроля после обучения гигиене рта. Из дополнительных методов обследования используют гистологическое, люминесцентное исследование, оптическая когерентная томография (ОКТ) пораженной области. Люминесцентное исследование – голубое свечение участка поражения. Гистологическое исследование – явления паракератоза и гиперкератоза, слабо выраженный акантоз. ОКТ – изображение слоистое, дифференцируются два горизонтально ориентированных слоя. Нижний слой ярче верхнего; граница между слоями контрастная, ровная и непрерывная; верхняя граница изображения ровная; верхний слой неоднородный, соответствует многослойному плоскому эпителию; яркость выше, чем в норме, поверхность особенно яркая; высота увеличена по сравнению с нормой; нижний слой неоднородный, высокой яркости, соответствует соединительнотканной строме; глубина информативного изображения в большинстве областей более 1,5 мм.

Клиническая картина лейкоплакии зависит как от формы заболевания и вызывающего ее фактора, так и от локализации. Частая локализация: углы рта, щеки (передние отделы, по линии смыкания зубов), язык (спинка языка, боковые поверхности), губы, твердое и мягкое небо, дно полости рта. Клинически лейкоплакия имеет несколько форм, гистологически может характеризоваться различными нозологическими процессами – от доброкачественного гиперкератоза до инвазивной плоскоклеточной карциномы. Поэтому все иссеченные ткани обязательно должны быть направлены на патоморфологическое исследование, которое должно включать в себя гистологическое и иммуногистохимическое исследование.

Клинически процесс обычно начинается с предлейкоплакической стадии, которая характеризуется воспалением участка СОПР. Как правило, лейкоплакия начинается с помутнения СОПР, что типично для курильщиков. На красной кайме губ эту стадию наблюдают редко. После этого происходит ороговение, развивается так называемая плоская, или простая, форма лейкоплакии. Плоская лейкоплакия наблюдается наиболее часто и как правило, не вызывает субъективных ощущений и обычно обнаруживается при осмотре. У пациента может возникнуть чувство стянутости СОПР, жжения в области поражения, но чаще жалобы отсутствуют.

Основной ее клинический признак – значительно возвышающийся над уровнем СОПР и резко отличающийся от нее по цвету участок выраженного ороговения. Очаги гиперкератоза имеют яркий молочно-белый цвет.

Различают бляшечную и бородавчатую формы веррукозной лейкоплакии.

Бляшечная форма. Главным клиническим признаком является бляшка – перламутрово-белый или мелоподобный элемент, который возвышается над уровнем СОПР, имеет четкие зазубренные или размытые границы и шероховатую поверхность, напоминающую оmozолелость.

Наиболее частая локализация этой формы – слизистая оболочка языка. При пальпации – элементы поражения плотные, безболезненные, не спаяны с подлежащими участками

слизистой оболочки. Пациентов беспокоит шероховатость или выпячивание СОРП. Иногда при поражении на языке наблюдается нарушение вкуса. Пациенты жалуются на «стянутость» и шероховатость слизистой, жжение во рту и болезненность в полости рта во время приема острой пищи. Бородавчатая разновидность веррукозной лейкоплакии характеризуется плотными серовато-белыми бугристыми образованиями, которые не берутся в складку и возвышающимися на 2-3 мм над уровнем слизистой оболочки; она обладает большим потенциалом к озлокачествлению, чем бляшечная.

Ряд зарубежных и отечественных авторов отмечают, что именно веррукозная лейкоплакия в 70% случаев трансформируется в плоскоклеточный рак. Наиболее частая локализация: слизистая оболочка щек, углов рта, линия смыкания зубов – участки, наиболее подверженные травмированию [12,13].

Патогистологически наблюдается утолщение эпителия за счет гиперкератоза и акантоза. Очаги гиперкератоза чередуются с очагами паракератоза. В цитоплазме клеток зернистого слоя – увеличение количества кератогиалина. Эпителиальные тяжи проникают в подлежащую соединительную ткань. В собственной пластинке слизистой оболочки пораженных участков определяется воспалительный инфильтрат из лимфоидных клеток и плазмócитов.

Эрозивно-язвенная форма является обычно осложнением простой или веррукозной лейкоплакии и проявляется выраженной воспалительной реакцией с повреждением эпителия. На фоне отека и гиперемии слизистой обнаруживается очаг ороговения серого цвета, характерный для плоской и веррукозной лейкоплакии, и одиночная эрозия, реже – язва, которые имеют полигональную форму и покрыты фибриновым налетом. После удаления налета поверхность очага легко кровоточит. Эрозии и язвы трудно поддаются заживлению и часто рецидивируют. Субъективно пациенты отмечают резкую болезненность, усиливающуюся от действия всех видов раздражителей, особенно при приеме пищи.

Эрозивная форма лейкоплакии – самая злокачественная. Наиболее опасные в плане озлокачествления зоны СОПР: подъязычная область, боковая поверхность языка, мягкое небо. При эрозивной форме лейкоплакии появляются трещины и эрозии, которые неизбежно подвергаются механическому и термическому воздействию. Эрозии возникают как результат травмирования очагов лейкоплакии простой и веррукозной форм механическими и термическими факторами. Как правило, это наблюдается на слизистой оболочке языка, щек, красной каймы губ. При усилении ороговения, появлении инфильтрации в основании кровоточащей и незаживающей эрозии можно говорить об озлокачествлении процесса.

Гистологическое исследование: слизистая оболочка утолщена, расширены шиповидный слой и межклеточные пространства. Тяжи эпителия глубоко вдаются в толщину соединительнотканного слоя, разграничивая вытянутые, тонкие сосочки – акантоз. Эпителий местами разрыхлен; в местах потери эпителия формируются эрозии. Наблюдается хроническое воспаление в собственной пластинке слизистой оболочки, выражена межклеточная инфильтрация с примесью плазматических и мононуклеарных клеток. Лейкоплакия курильщиков Таппейнера (никотиновый стоматит, или никотиновый лейкокератоз неба) возникает у злостных курильщиков, особенно у тех, кто курит трубку. При этом на слизистой оболочке твердого, а иногда мягкого неба имеются явления нерезко выраженного паракератоза. Проявляется эта форма помутнением слизистой оболочки твердого и мягкого неба без четких границ перехода к физиологическому цвету слизистой оболочки, несколько уплотнена, с красными точками зияющих устьев выводных протоков слюнных желез. Пораженная слизистая серовато-белого цвета, складчатая. На таком фоне в задней части твердого неба выделяются мелкие красноватые узелки с точечным отверстием выводного протока слюнной железы в центре. Эта форма лейкоплакии легко обратима: после прекращения курения ороговение слизистой неба исчезает.

Патогистологически – увеличение количества слоев ороговевших клеток. В соединительнотканном слое выявляются элементы хронического воспаления. Мелкие слюнные

железы неба кистообразно утолщены. Диагноз устанавливается на основании клинической картины [2].

Литература

1. Булгакова А.И., Хисматуллина З.Р., Зацепина М.В., Кудрявцева Ю.А. О клиническом течении многоформной экссудативной эритемы полости рта.-2020.-25(1):71-74.
2. Mercedes E. Gonzalez, MD, University of Miami Miller School of Medicine.
3. Многоформная эритема.-2017 <https://www.msdmanuals.com/ru/>
4. Сообщество студентов Кировской ГМА «Учеба» Кафедры - учебные материалы» Дерматовенерология» Многоформная экссудативная эритема
5. <https://infopedia.su/4x2e23.html>
6. Клинический протокол диагностики и лечения (Протокол №9). Многоформная экссудативная эритема. Одобрено Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от «16» августа 2016 года.
7. Sonia Gupta Manveen Jawanda Oral Lichen Planus: An Update on Etiology, Pathogenesis, Clinical Presentation, Diagnosis and Management // Indian Journal of Dermatology.-May 2015.-60(3):222.
8. Nico I M, Fernandes J, Loureno S. Oral lichen planus.-2011;791;633-635.
9. Попова В.Н. Хронический стоматит.-2019-05-14, <https://www.medcentrservis.ru/>
10. Колесов А.А. Стоматология детского возраста. Лекционный материал.-М.: Медицина, 1991.
11. Шидловская Н. Герпетический Стоматит. Этиология. Патогенез. Клиника.-30.04.2018.
12. Гончарик П.В. Лейкоплакия слизистой оболочки полости рта // П.В. Гончарик, Р.Н. Супруновский, Г.Д. Панасюк.-Гомель: ГУ «РНПЦ РМиЭЧ», 2019.-27 с.
13. Petti, S. Pooled estimate of world leukoplakia prevalence: a systematic review / S. Petti // Oral Oncology.-2003.-Vol.39(8).-P.770-780.

Summary

In the practice of a dermatovenerologist, there are many diseases accompanied by a rash not only on the skin but also on the mucous membranes, and we need to be able to recognize and distinguish some diseases from others. This contributes to the correct diagnosis, the choice of reasonable therapy, and the implementation of preventive measures. The main objective of this article is the correct differentiation of diagnosis of pathological rashes in the mucous cavity since many nosologies must be taken into account when making the correct diagnosis. Rashes can be associated with both infectious diseases like measles, scarlet fever, etc., as well as diseases in dental practice. Diagnosis of these diseases is not difficult when combined with lesions of the oral mucosa and skin; difficulties arise with isolated lesions of the oral mucosa.

Keywords: exudative erythema multiforme, lichen planus, Chronic recurrent herpetic stomatitis, leukoplakia, stomatitis, differential diagnosis.

Түйіндеме

Дерматовенерологтың тәжірибесінде теріде ғана емес, сонымен қатар шырышты қабаттарда да бөртпелермен бірге жүретін көптеген аурулар кездеседі және біз бір дертті басқа дерттерден ажырата білуіміз керек. Бұл дұрыс диагноз қоюға, сәйкесінше келетін терапияны таңдауға және алдын-алу шараларын жүзеге асыруға ықпал етеді. Бұл мақаланың негізгі мақсаты - шырышты қуыстағы патологиялық бөртпелердің дұрыс дифференциалды диагностикасы, өйткені дұрыс диагноз қою кезінде нозологияны ескеру қажет. Бөртпелер қызылша, скарлатина және т.б. сияқты жұқпалы аурулармен, сондай-ақ стоматологиялық аурулармен байланысты болуы мүмкін. Ауыз қуысының шырышты қабаты мен терісінің

зақымдалуымен үйлескенде бұл аурулардың диагностикасы қиындық туғызбайды; ауыз қуысының шырышты қабығының оқшауланған зақымдалуымен қиындықтар туындайды.

Түйінді сөздер: экссудативті эритема, көп формалы эритема, лихен планусы, Созылмалы қайталанатын герпетикалық стоматит, лейкоплакия, стоматит, дифференциалды диагностика.

УДК 616-018.1-095:618.1



**УРОГЕНИТАЛДЫ ҰШЫҚТЫҢ
ЭПИДЕМИОЛОГИЯСЫ, ДИАГНОСТИКАСЫ ЖӘНЕ
ЕМІНІҢ ӨЗЕКТІ МӘСЕЛЕЛЕРІ
(ӘДЕБИ ШОЛУ)**

**Л.К. Сағидолдина - дерматовенерология
кафедрасының оқытушысы, м.ғ.к., доцент;
А.А. Толыбекова, Л.К. Амрина**

Қазақстан-Ресей медицина университеті, Алматы қ.
ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ

Түйіндеме

Жыныстық жолмен жұғатын вирустық инфекциялар кейінгі кезде кеңінен етек алуда. Олардың адам ағзасына келтіретін зардабы орасан зор. Мақалада осы салада ізденіс жүргізген ғалымдардың клиникалық эпидемиологиялық тұрғыда жүргізген зерттеулерінен мәліметтер алынған.

Түйінді сөздер: вирусология, гениталды ұшық, репликация, алгоритм диагностикасы, жиынтықты ем.

Вирусология саласында жүргізілген көптеген зерттеулерге қарамастан, герпесвирус-тық инфекция мәселесі өзектілігін жоғалтқан жоқ, керісінше әр саладағы мамандарды осы мәселені зерттеуге өз үлестерін қосуға итермелейді. Жыныстық жолмен жұғатын вирустық инфекциялар арасында гениталды ұшық жиі кездесетін аурудың бірі. Мамандардың бірыңғай пікірі жоқтығынан диагностика, науқастарды жүргізу тактикасы, стандартталған тест жүйесі сұрақтары, сондай-ақ дәрігерлердің бұл аурудың кейбір клиникалық көріністері және немен аяқталатындығы жөнінде толық мағлұматы болмағандықтан, гениталды ұшықты бақылауға көнбейтін инфекциялар қатарына жатқызады [1]. Алынған мәліметтер көптеген деректермен дәлелденген, онда әр түрлі лабораторияларда қойылған ПТР нәтижелерінің сәйкес келмейтіндігі көрсетілген [2,3]. Бұл ПТР тест жүйесінің әртүрлі сезімталдығымен түсіндіріледі, ол қолданған праймер-лерге және ДНК амплификация циклының соңына тәуелді. Осы мәліметтерді ескере отыра, клиникалық лабораторияларда қолданылатын тест жүйесін стандарттайтын әдістерді енгізу қажеттігі туындайды [4]. Гениталды ұшықтың вирусы адам ағзасының барлық мүшелері мен тіндеріне, шырышты қабыққа, тері жабындысына, ішкі ағзаларға тропты [5,6]. О.И. Киселев және В.И. Покровский [7] зерттеуі бойынша вирустық инфекциямен шақырылған өзгерістер, келесі процестердің нәтижесі болып табылады: өмірге қажетті ағзалардың қызметінің бұзылуы; виремия («вирустық жүктеме» жалпы токсикозбен сәйкес келеді); науқастың жалпы жағдайының ауырлығы, қызбаның пайда болуы, инфекциялық процесстің сипаты, ағымы және соңы, сондай-ақ

бактериалық инфекцияның қосарлануы және асқынудың туындауы иммундық жүйе жұмысымен тығыз байланысты.

Аралас инфекцияда бактериалды флора вирустың репродукциясын күшейтеді, ал жүйелі процесстер вирустың организмге жасушалық және моллекулярлық деңгейдегі әсері болып табылады. Гениталды ұшықтың клиникалық көрінісі иммунжетіспеушілік жағдайда, қосарласқан вирус- вирустық жұқпада [1], бактериалды -вирусты зақымдануда өзгеруі мүмкін [5,8]. Бұл жағдайда клиникалық көрінісі өзгеріп, нақты диагнозды дер кезінде қою қиындайды және вирусқа қарсы дәрі дәрмектер дер кезінде тағайындалмайды. Кез келген мамандықтағы дәрігер вирустық патологияны өзінің күнделікті жұмысында жиі кездестіреді. Оларға вирустық емес аурулармен жиі салыстырмалы диагноз жүргізуге тура келеді (мерез, қотыр, пемфигус, Бехчет ауруы, жұмсақ шанкр т.б.).

Гениталды ұшық және мерез теріде, жыныс мүшелерінің шырышты қабығында, ауыз қуысында, жиі эрозия және жара түзілумен байқалатын аурулар. Кубанова А.А. мәліметі бойынша вульваның эрозивті жаралы ауруларының жиілігі барлық вульваның патологиясы бар науқастардың 53,0% құрайды [1]. Гениталды ұшықтың атипті көрінісі эрозивті жаралы бөртпелермен байқалады [1]. Әдебиетте несепжыныс жолының шырышты қабығы лимфотропты Эпштейн Бар вирусымен зақымдануы, жыныс мүшелерінде эрозивті-жаралы бөртпенің пайда болуымен, гениталды ұшықтың клиникалық көрінісіне өте ұқсас көрінетін кейбір мәліметтер бар [9,4,7]. Кубанова А.А. зерттеуінде вульваның жедел жарасы диагнозы қойылған науқасты тексергенде, лабораториялық зерттеуде ұшық вирусымен қатар Эпштейн Бар вирусы анықталған клиникалық оқиға сипатталған. Бұл науқаста герпесвирусты инфекцияның бар екеніне күмән тумағанда, клиникалық, диагностикалық лабораториялық зерттеу әдістері кезегімен толық қолданылып, эрозивті жараның этиологиясын толық анықтаумен аяқталады және ары қарай науқасты жүргізу стратегиясын және емінің тактикасын анықтауға мүмкіндік туады [8,9].

Герпесвирусты инфекцияның симптомсыз (субклиникалық) ағымы науқастың жыныстық серігіне ауруды жұқтыру қаупін тудырады. Герпесвирусты инфекцияның репликациясы процессінде жыныс жасушаларын зақымдап, сперматогенезді бұзады, соңында генетикалық аппараттың бұзылуына әкеледі. Сондай-ақ вирустың ДНК-сы генетикалық аппараттың гаметінің құрамына тіркелуі мүмкін [10]. Герпесвирусты инфекцияның субклиникалық түріне және клиникасы атипті көрініс бергенде диагноз қою үшін тек лабораториялық әдіске жүгіну қажет [3].

Кенеттен түсік тастау және уақытына жетпей босану, эмбрио және органогенездің бұзылуы, нәрестенің туа біткен патологияның этиологиясында басты рөлді Herpesviridae туыстығына жатқызады. Эпштейн Бар вирусын, жай ұшық вирустарының 1 және 2 түрімен, цитомегаловируспен бірге жиі TORCH-инфекция қоздырғыштарының қатарына жатқызады. Эксперимент мәліметтері негізінде плацентаның, эмбрионның трансплацентарлы және ұрықтың зақымдалуы жүктіліктің кез келген мерзімінде байқалатындығы анықталған [9]. Әйел ағзасының иммунокомпетенттігінің жетіспеушілігі ұрықтың жатырішілік зақымдануының бірдебір себебі болып табылады. Белгілі герпесвирустардың арасында аса қауіп төндіретіні цитомегаловирус және жай ұшық вирустарының 1 және 2 түрі. Тәжірибеде акушерлік гинекологиялық патологияда Эпштейн Бар созылмалы вирусқ инфекциясының рөлі туралы ақпарат өте аз, сондықтан дәрігерлердің басым көпшілігінде герпесвирустарды инфекциялық мононуклеозбен ассоциациялау жиі кездеседі.

2016 жылы Киев қаласында әр түрлі жатырішілік патологиясы бар 126 нәрестенің қанына ПТР мониторингі жүргізілгенде инфицирленген балалар саны 23% құрады. Жатырішілік патологияның дамуында этиологиясының басым бөлігін герпесвирустың вертикалды жолмен берілуі 89,7% құрады, соның ішінде Эпштейн Бар вирусы 62,1% , жай ұшық вирусы тек 6,9% [9].

А.М. Охотников және оның соавт. [6] мәліметі бойынша, кездесу жиілігі бойынша екінші орын туа біткен цитомегаловирустық инфекцияның еншісіне тиеді. Цитомегалия вирусының вертикалды жолмен берілуі табиғатта бұл вирустың папуляциясының сақталуының тек

жалғыз ғана жолы болып саналады. Оның негізгі берілу жолы трансплацентарлы. Соныменен қатар, вирустың интранаталды және ана сүтімен берілу қаупі жоғары. Әдеби мәліметтер бойынша, цитомегалия вирусының әйелдерде жүктілік кезінде цервиканалды каналда 3-28%, ал емізетін әйелдердің сүтінде 10-50% кездесетіндігі айтылған.

Вертикалды жұғу жолы герпесвирустардың басқа тобына да тән. Жай ұшық, желшешек немесе белдемелі ұшық вирусы вертикалды жолмен анасынан баласына постнаталды анасының сүті арқылы, жарақаттанған шышышты қабық және тері арқылы, сондайақ интранаталды егер анасының жыныс жолында ұшықтың клиникалық көрінісі болған болса. Жай ұшық вирусының 1 және 2 түрін нәресте зәрінің тұнбасындағы жасушадан туғаннан кейін алғашқы күнінде анықталуы инфекцияның антенаталды жұққандығын көрсетеді. Вирустың бір түрі зәр тұнбасындағы жасушада қатарынан 2-3 рет анықталуы тексерушінің ағзасында бұл вирустың үздіксіз персистенциясын ғана емес, иесінің ағзасында бұл вирустың үздіксіз репродукциясы және қанына үнемі түсіп және зәріменен бөлініп тұруы. Педиатрия ғылыми зерттеу институты мәліметі бойынша әртүрлі вирустық инфекцияның анықталу жиілігі түсік тастаған әйелдердің 60% цитомегаловирус құрайды, 57,5% жай ұшық вирустары, түсік тастаған әйелдердің анамниезінде 40,6% цитомегаловирус және 26,6% жай ұшық вирустары.

Қазіргі кезде қатерлі ісіктің этиологиясын зерттеу бойынша халықаралық агентстваның эксперттері адамға онкогенді әсері бар герпесвирустардың келесі түрлері қарастырылады:

1. Эпштейн Бар вирусы бір қатар қатерлі ісіктің дамуына қатысады. Эпштейн Бар вирусының ерекшелігі жасушаларды бұзбайды, зақымдаған лимфоциттердің пролиферациясын жылдамдату арқылы өсін және апоптозды потенциялы жасушалардың ара қатынасын өзгертеді [9]. Бұл феномен лимфопролиферативті ауруларда іске асады деп ойлауға болады.

2. Адам герпесвирусының 8 түрі. Қазіргі кезде бұл вирустың Капоши саркомасының пайда болу этиологиясында рөлі бар екендігін дәлелдеген [11], соныменен қатар дене қуыстарының лимфомасы, Кастельман ауыруының этиологиясында да. Адам герпесвирусының 8 түрінің геномында бір қатар гендердің өнімі жасуша ақуызымен (жасушаның көбейуін және тіршілігін реттейтін) құрылымы жағынан жоғары дәрежеде ұқсас; ол олардың белсенділігінің жоғарылауы ісіктің дамуына әкеліп соқтырады.

Герпесвирустардың жалпы қасиеті, олардың иесінің жасушасында латентті түрде сақталуы. Вирустың латентті түрде болуы олардың иммундық бақылаудан тысқары қалуына және персистентті инфекцияны орнықтырады. Соныменен қатар латентті инфекция жасуша трансформациясында және қатерлі ісіктің дамуында шешуші рөл атқарады.

2017 жылдардың ортасында Эпштейн Бар вирусымен адам папилома вирусы қосарласа кездескенде несеп-жыныс жолдарының патологиясындағы рөлі туралы жаңа мәліметтер пайда болды. Voog E. соавторларымен вульва лейкоплакиасы диагнозы қойылған әйелдерге зерттеу жүргізген. Бұл әйелдерде ПТР әдісі арқылы адам папилома вирусы 17% жағдайда, Эпштейн Бар вирусы ДНКсы 48,0% анықталған. Жатыр мойнын тексерген кезде Эпштейн Бар вирусы 38,0%, ал адам папилома вирусы 33,0% анықталған. Авторлардың айтуы бойынша бұл мәліметтер Эпштейн Бар вирусының онкогенді әсерінің барлығының айғағы.

Бұл мәліметтер қорыта келгенде герпесвирустық инфекцияның кеңінен етек алуы тұрғындар арасында замануы клинико-эпидемиологиялық тұрғыда зерттеуді талап ететіндігінің айғағы.

Қайталамалы ұшықтың рецивинің алдын-алу және емдеу қазіргі кезде этиотропты және иммунотропты әсері бар дәрілерді қолдану болып табылады [1]. Герпесвирустық инфекцияның қазіргі кездегі химиотерапиясы вирустың жеке буындарының репродукциясын іріктеу арқылы ғана тежейді, ал макроорганизм жасушасына әсер етпейді [2]. Герпесвирустық инфекцияның жиі жиі қайталануы патогенетикалық емнің қажеттігін тудырады [12]. Вирустық инфекцияда тағайындалатын жиынтықты ем науқастарда емнің клиникалық тиімділігін жоғарытылады. Осыған байланысты науқастарға жаңа емдеу әдісін

ациклический нуклеозид және жаңа иммуномодуляцияға бағытталған заттарды енгізу қажеттігі туындайды [6].

Бірақ ациклический нуклеозидтердің жалпы кемшілігі ағзадан вирусты толық элиминация жасай алмауы. Соныменен қатар, осы топтағы дәрілерге төзімділік дамуы мүмкін.

Герпесвирустық инфекциясы бар науқастарды емдеудің кейбір қиындықтары ауру патогенезінің кейбір механизмдерін түсінбеу, ағым варианттарын білмеу, сондай-ақ дәрілердің қымбаттығы.

Көптеген авторлардың ойы бойынша, дәрігердің алгоритм диагностикасы және емі вирустық инфекциясы бар науқасты емдеуде келесі кезеңдерді қамту керек:

- Жалпы және арнайы вирусқа қарсы иммунитет көрсеткіштерін зерттеу арқылы иммунитет бұзылысын анықтау;

- Патогенетикалық иммундық ем иммуномодуляторлардың көмегімен анықталған иммунитет бұзылысын түзету мақсатында;

- Жүргізілген иммундық емнен кейін ем тиімділігін анықтау үшін қайта иммунологиялық тестілеу жүргізу;

Соныменен иммунологиялық критерилерді (иммундық статустың көрсеткіштерінің қалыпқа келуі) емнің тиімділігін бағалау үшін қолдану қажет.

Созылмалы және қайталамалы вирустық инфекциясы бар науқастардың емінде пациентті жүргізу тактикасына зор көңіл бөлу, науқаспен өзара сенімді психологиялық қатынас тудыру, оптималды дәрілік заттарды және емдеу үлгісін таңдау, кейінен диспансерлік бақылау жүргізу, науқасқа иммунореабилитация және психотерапиялық қолдау көрсету.

Соныменен герпесвирустық инфекциясы бар науқастарға жиынтықты ем тағайын-дауда, әсіресе созылмалы және қайталамалы ағымында стратегиялық бағыт орынды және дәлелді. Химиялық құрылысы және әсер ету механизмі әртүрлі дәрілерді қиыстыра қолдану оладың антивирустық тиімділігін күшейтеді [6,12]. Соныменен қатар, әсер ету механизмі әр түрлі дәрілерді үйлестіре қолдану (ациклический нуклеозидтерді интерферонмен, интерферон индукторларымен, иммуномодуляторлармен, антиоксиданттармен, жүйелі энзимдік еммен, вакцинамен) ингибиторрезистентті вирустардың мутанттарының пайда болуы ықтималдылығын төмендетеді немесе пайда болуына жол бермейді.

Әдебиеттер

1. Кубанова А.А. Герпетическая инфекция: особенности течения, диагностика // Вестник дерматологии.-2015.-№3.-С.10-16.

2. Гладько О.В. Оптимизация терапии рецидивирующего генитального герпеса // Автореф. дис. к.м.н. - Санкт-Петербург.-2015.-с.22.

3. Чигвинцева Е.А. и др. Лабораторная идентификация различных типов семейства Herpesviridae и алгоритмы диагностического обследования при генитальном герпесе: Пособие для врачей. - Екатеринбург.-2015.-С. 28.

4. Молочков А.В. Этиопатогенез, подходы к диагностике и лечению саркомы Капоши идиопатического и иммуносупрессивного типов // Герпес. Приложение к Российскому журналу кожных и венерических болезней.-2016.-№2.-С.33-36.

5. Кузовкова Т.В. Клинико-иммунологическая характеристика больных генитальным герпесом клинической и субклинической формами. (Вопросы терапии, профилактики рецидивов) // Автореф. дис. к.м.н. - Екатеринбург.-2000.-с.22.

6. Охотников А.М., Агейкин А.В., Лозовская Л.С. Значение внутриутробной вирусной инфекции в органной патологии детей грудного возраста // Вестник дерматологии.-2014.-№3.-С.14-19.

7. Киселев О.И., Покровский В.В., Юрин О.Г. Практическое руководство.-М: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ.-2015.-С. 91.

8. Самгин М.А., Халдин А.А. Простой герпес (Дерматологические аспекты).-М. МЕДпресс-информ.-2017.-С.160.

9. Марков И.С. и др. РС-мониторинг основных TORCH-инфекций в патологии новорожденных в г. Киеве.-2012.-№2.-С.122-129.
10. Жулимова Н.Л., Бочкарев Ю.М., Чигвинцева Е.А., Сурганова В.И. Острая язва вульвы // Клиническая дерматология и венерология.-2016.-№1.-С.33-35.
11. Наби-Заде К.Т. Генитальный герпес // Инфекции, передаваемые половым путем.-2017.-№5.-С.28-30.
12. Буданов П.В. Проблемы терапии рецидивирующего герпеса // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии.-2014.-Т.3.-№4.-С.94-97.

Резюме

В последние годы вирусные инфекции, передающиеся половым путем, становятся все более распространенными. Их последствия на организм человека огромны. В статье взяты данные из клинических эпидемиологических исследований ученых, проводивших исследования в этой области.

Ключевые слова: вирусология, генитальный герпес, репликация, алгоритм диагностики, комплексное лечение.

Summary

In recent years, sexually transmitted viral infections have become increasingly common. Their effects on the human body are enormous. The article takes data from clinical epidemiological studies of scientists who conducted research in this area.

Keywords: virology, genital herpes, replication, diagnostic algorithm, complex treatment.

УДК 061.6-312.6



АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН ПО ИТОГАМ 2020 ГОДА

**Абишев А.Т. – зам. директора
по научно-клинической работе**

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

Резюме

В статье проанализированы ресурсы и результаты деятельности медицинских организаций дерматовенерологического профиля Республики Казахстан за 2020 год и заболеваемость болезнями кожи и подкожной клетчатки, а также инфекциями, передающимися половым путем.

Ключевые слова: заболеваемость, инфекции, передающиеся половым путем, болезни кожи и подкожной клетчатки, коечный фонд, работа койки.

Основными медицинскими организациями, оказывающими специализированную помощь пациентам дерматовенерологического профиля в Республике Казахстан, являются учреждения государственной службы, представленные 10 диспансерами различного уровня (9 областных КВД и 1 КВД в городе республиканского значения – г. Алматы) и 7 (Павлодарская, Акмолинская, Северо-Казахстанская, Костанайская, Карагандинская, г. Нур-Султан, г. Экибастуз) отделениями дерматовенерологии при многопрофильных больницах.

Вопросы дерматологии и венерологии, №1-2/2021

Процесс реорганизации начался с 2017 года. Павлодарская область и г. Экибастуз одни из первых, которые были переведены в состав многопрофильной больницы в конце 2017 года. В начале 2018 года Акмолинский ОКВД перешел в состав многопрофильной больницы, в конце 2018 года – СКО, в начале 2019 года – Костанайский и 4 квартале 2019 года - Карагандинский ОКВД и Центр дерматологии и профилактики ИППП г. Нур-Султан.

На данный момент процедуру реорганизации проходит ОКВД Восточно-Казахстанской области и ГКВД г. Семей.

Обеспеченность населения врачами-дерматовенерологами в 2020 году соответствует уровню 2019 года, и на начало 2021 года составила 0,3 на 10 тыс. населения. В сравнении с предыдущими годами, до 2018 года этот показатель был относительно стабилен и был равен 0,4, с 2018 года отмечается снижение и на начало 2019 года республиканский показатель обеспеченности составил 0,3. Стоит отметить широкий разброс показателя в зависимости от региона: по полученным данным самая низкая обеспеченность зарегистрирована в г. Шымкент - 0,1, выше среднереспубликанского показателя обеспеченность врачами отмечается в Западно-Казахстанской области – 0,7 на 10 тыс. населения (рисунок 1).

В дерматовенерологических учреждениях Республики Казахстан по отчетным данным на начало 2021 года официально числятся 549 врачей, из них 133 специалиста в сельских местностях. Имеют высшую категорию 193 городских и 34 сельских врачей, первую категорию - 100 городских и 42 сельских врачей, вторую категорию - 25 городских и 10 сельских врачей.

Общий коечный фонд за период с 2016 года был сокращен на 20,2% и на конец 2019 года составлял - 899 круглосуточных и 366 коек дневного стационара.

В 2020 году отмечено незначительное (7,2%) увеличение коечного фонда за счет круглосуточных коек и к концу 2020 года был представлен 969 круглосуточными и 361 койками дневного стационара. В целом по Республике коечный фонд в 2020 году по профилю дерматовенерология составил 1330 коек. Аналогичные показатели в 2019 году составляли 1265: 899 круглосуточных и 366 (стационарозамещающая помощь) коек дневного стационара (рисунок 2).

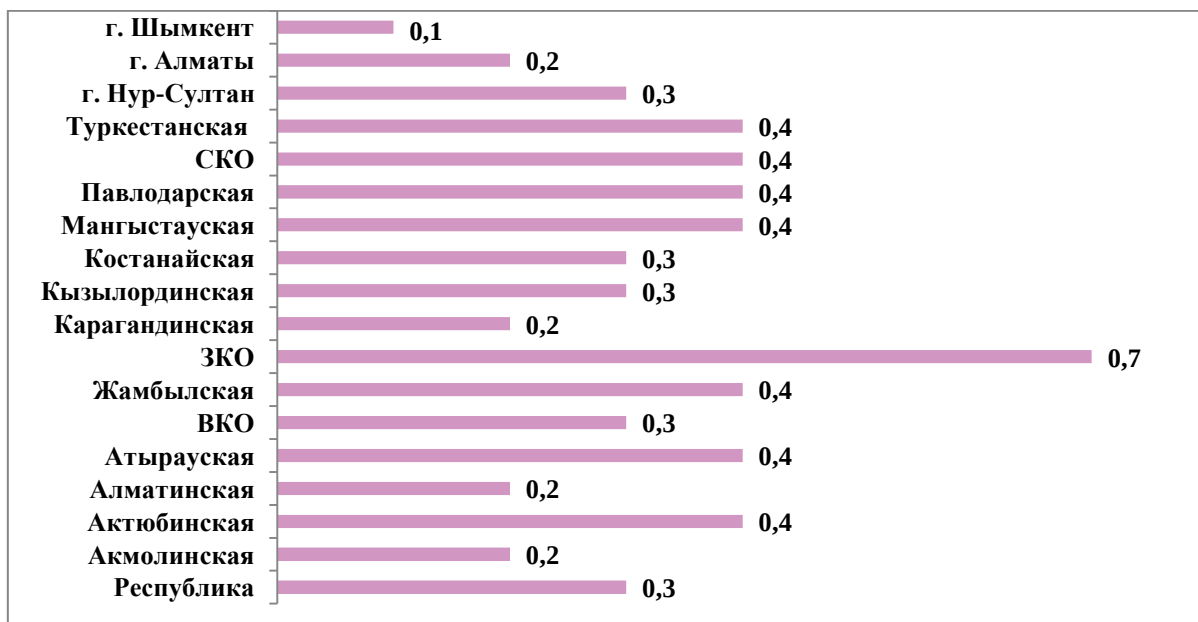


Рисунок 1 – Обеспеченность врачами-дерматовенерологами на 10 тыс. населения в РК в 2020 году

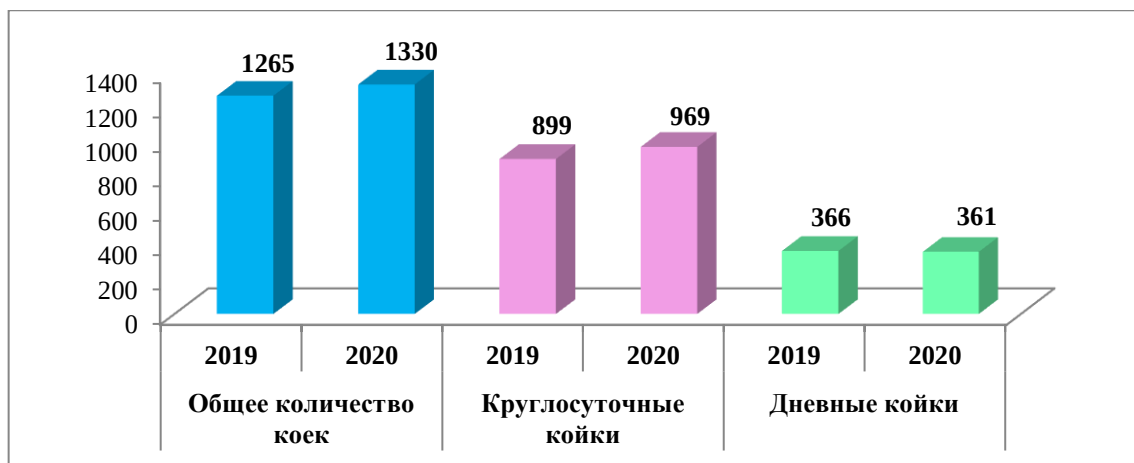


Рисунок 2 – Состояние коечного фонда дерматовенерологического профиля в РК в 2020 году

В 2020 году во всех медицинских учреждениях дерматовенерологического профиля государственного сектора пролечено 15719 больных на круглосуточной койке; проведено койко-дней – 192156. Работа койки составила 210,5 дней; оборот койки 17,1 дней; среднее пребывание 12,3 дня; степень использования койки составила 61,9%. В дневном стационаре пролечен 13613 пациент, проведено койко-дней – 97820, средняя длительность пребывания составила 7,2 дня.

Общая заболеваемость населения

В Казахстане в структуре кожной патологии наибольший удельный вес среди официально регистрируемых дерматозов (по данным 2020 года) приходится на дерматофитии – 51,0, далее в порядке убывания следуют атопический дерматит – 42,1, псориаз – 30,1, экзема – 28,4, витилиго – 6,5, чесотка – 3,8, красный плоский лишай – 2,0, ихтиоз – 1,7 (рисунок 3).

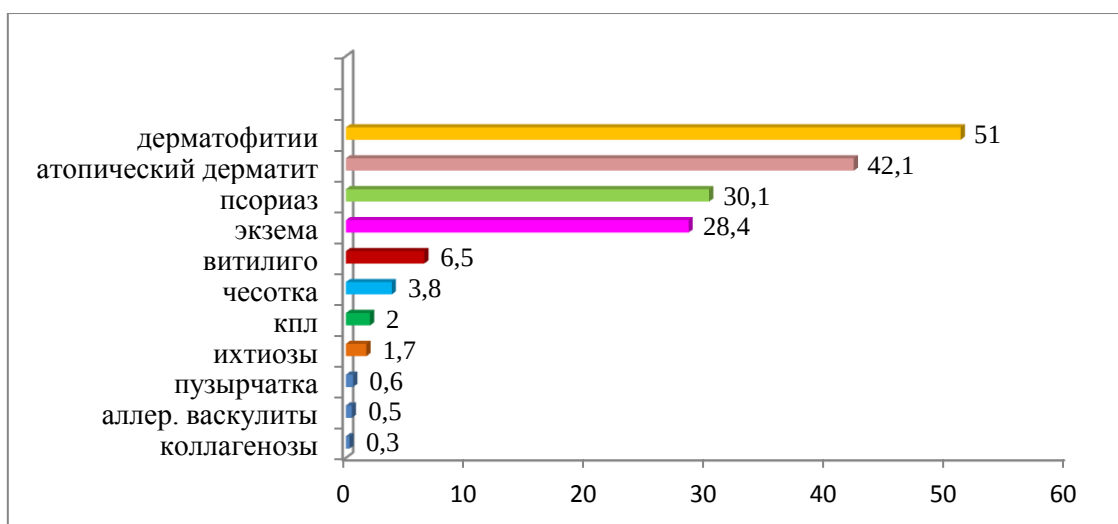


Рисунок 3 - Структура кожной патологии по состоянию на 2020 год (интенсивный показатель на 100 тыс. населения)

В динамике, в 2020 году по сравнению с показателями 2019 года отмечается снижение заболеваемости всеми вышеуказанными заболеваниями кожи на 11,7% (разница между абсолютными цифрами), более значительное снижение заболеваемостью пузырьчаткой - в 2,8

раз; КПЛ - в 1,5 раза; ихтиозом - в 1,3 раза; витилиго - в 1,1 раза; Незначительное снижение наблюдалось при дерматофитии (с 58,3 на 100 тыс. населения в 2019 году до 51,0 - в 2020 году), псориазе (с 38,3 в 2019 году до 30,1 - в 2020) и атопическом дерматите - с 42,7 в 2019 году до 42,1 - в 2020).

Общее число больных ИППП в последние годы имеет тенденцию к медленному снижению. По данным официальной регистрации в 2020 году их число составило 27875 (149,6 на 100 тыс. общего населения) случаев против 31227 (169,8 на 100 тыс. общего населения) – в 2019 году. В динамике за указанный промежуток времени отмечается снижение заболеваемости ИППП на 10,7% (разница между абсолютными цифрами).

В общей структуре заболеваемости ИППП первое место занимает урогенитальная микоплазменная инфекция: 33,9 на 100 тыс. населения (в 2019 году показатель составил 42,4), отмечается снижение на 20,0%; второе место – кандидоз: 25,8 на 100 тыс. населения (в 2019 году – 27,1 на 100 тыс. населения), снижение на 4,8%; третье место – бактериальный вагиноз, вызванный *G.vaginalis*: 21,0 на 100 тыс. населения. Следует отметить увеличение заболеваемости гарднереллезом в 2020 году, по сравнению с 2019 годом – 19,1 на 100 тыс. населения), отмечается увеличение показателя в 2020 году на 9,0% (рисунок 4).

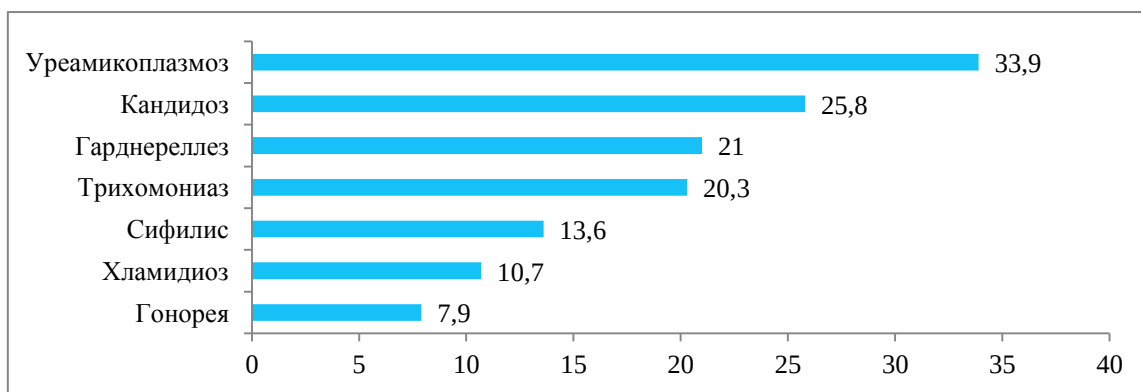


Рисунок 4 - Структура заболеваемости ИППП по состоянию на 2020 год (интенсивный показатель на 100 тыс. населения)

Наряду со снижением заболеваемости основными ИППП, кандидозом, необходимо напротив, отметить увеличение заболеваемости в 2020 году вирусными инфекциями – генитальной герпетической инфекцией (преимущественно ВПГ-2 тип) с 1,6 на 100 тыс. общего населения в 2019 году до 2,0 в 2020 году (абсолютное число в 2019 году 292 против 373 в 2020 году); аногенитальной вирусной инфекцией (преимущественно - ВПЧ, 6 и 11 типы) – с 6,0 на 100 тыс. населения в 2019 году до 14,5 (в 2,4 раза) в 2020 (абсолютное число в 2019 году 1107 против 2694 в 2020 году).

Сифилис

В 2020 году в сравнении с 2019 годом в Республике Казахстан отмечается снижение заболеваемости сифилисом от 18,9 до 13,6 на 100 тыс. общего населения или на 28,0% (948 случаев). По уровню показателя заболеваемости сифилисом первое место занимает Западно-Казахстанская область – 27,9 на 100 тыс. населения, при этом отмечен прирост уровня заболеваемости по сравнению с 2019 годом (27,6 на 100 тыс. населения), прирост составил 1,7%), Кызылординская область - 23,1 (2019 году - 28,2, снижение показателя на 18,1%), Актюбинская область - 20,1 (в сравнении с 22,9 в 2019 году, снижение на 12,2%), г.Нур-Султан – 22,0 (в 2019 году – 23,9, снижение показателя на 7,9%, Восточно-Казахстанская область – 17,1 (в 2019 году - 23,2, снижение показателя на 26,3%. Прирост уровня показателя заболеваемости сифилисом отмечается и в Павлодарской области (18,1 – в 2020 году, в 2019 году – 10,9, рост составил – 65,9%). Снижение (за исключением Павлодарской и Западно-

Вопросы дерматологии и венерологии, №1-2/2021

Казахстанской областей) заболеваемости отмечено почти во всех регионах, среди них более значительное в Жамбылской области – 77,2%, г. Шымкент -53,4%, Акмолинской области – 41,4%, Атырауской – 38,9%, Мангистауской – 38,3%, г. Алматы – 36,5%, Карагандинской области – 35,0%, Туркестанской области – 34,8%, Алматинской и Восточно-Казахстанской областях – 31,6% и 26,9, соответственно (рисунок 5).

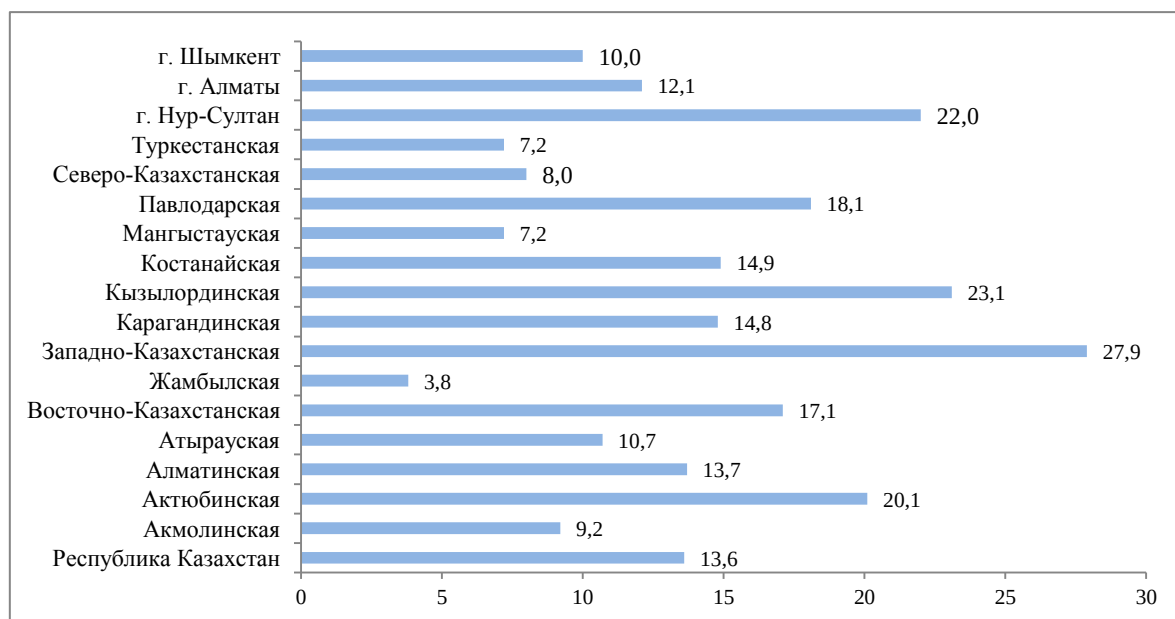


Рисунок 5 - Заболеваемость сифилисом в разрезе регионов в 2020 году

Таблица 1 - Структура сифилиса

Формы	2019	2020
Врожденный	7	9
Первичный	305	227
Вторичный	783	540
Скрытый	2369	1748

За отчетный период наблюдается незначительное возрастание доли первичного и снижение вторичного сифилиса – 25,6% и 31,0%, соответственно – разница между абсолютными числами, однако, основная доля в структуре сифилиса по-прежнему приходится на скрытые формы (таблица 1).

Таблица 2 - Половозрастные особенности заболеваемости сифилисом

Период	абс. число	0-14 лет		15-17 лет		18-44 лет		всего	
		м	ж	м	ж	м	ж	м	ж
2019	3484	8	21	2	19	1472	1498	1782	1702
2020	2536	10	19	3	10	1027	1156	1233	1303

Высокая заболеваемость сифилисом приходится на больных в возрасте от 18 до 44 лет, доля женщин составляет 45,6% от общего числа заболевших. Среди детей от 0-14 лет в 2020 году зарегистрировано 29 случаев заболеваемости сифилисом (таблица 2).

В 2020 году сифилитическая инфекция была выявлена у 407 беременных. Аналогичный показатель в 2019 году составил 478 случаев (снижение на 14,9% в 2020 году).

Вопросы дерматологии и венерологии, №1-2/2021

За описываемый период на территории Республики было зарегистрировано 9 случаев врожденного сифилиса, в сравнении с показателями 2019 года (7 случаев) – увеличение на 22,2%. По регионам, случаи врожденного сифилиса зарегистрированы в Алматинской и Атырауской областях - по 2 случая и по 1 случаю – в Западно-Казахстанской, Карагандинской, Мангистауской, Павлодарской областях и г. Алматы.

Гонорея

В 2020 году зарегистрировано 1467 случаев заражения гонореей или 7,9 на 100 тыс. населения (в 2019 году было выявлено 1950 больных гонореей или 10,6 на 100 тыс. населения, т.е. отмечается снижение на 25,5% или 483 случая).

По уровню показателя заболеваемости гонореей первое место занимает Павлодарская область – 50,4 на 100 тыс. населения (в 2019 году – 47,6, снижение показателя на 5,6%), Северо-Казахстанская область – 19,0 на 100 тыс. населения (в 2019 году – 9,4, рост показателя на 50,5%), Восточно-Казахстанская – 18,0 на 100 тыс. населения (в 2019 году – 19,4, снижение показателя на 7,2%), Актюбинская – 16,9 на 100 тыс. населения (в 2019 году – 17,6, снижение на 3,9%), Западно-Казахстанская – 9,3 на 100 тыс. населения (в 2019 году – 14,1, снижение на 34,0%) областях.

Во всех остальных регионах отмечается снижение показателей заболеваемости гонореей (рисунок 6).

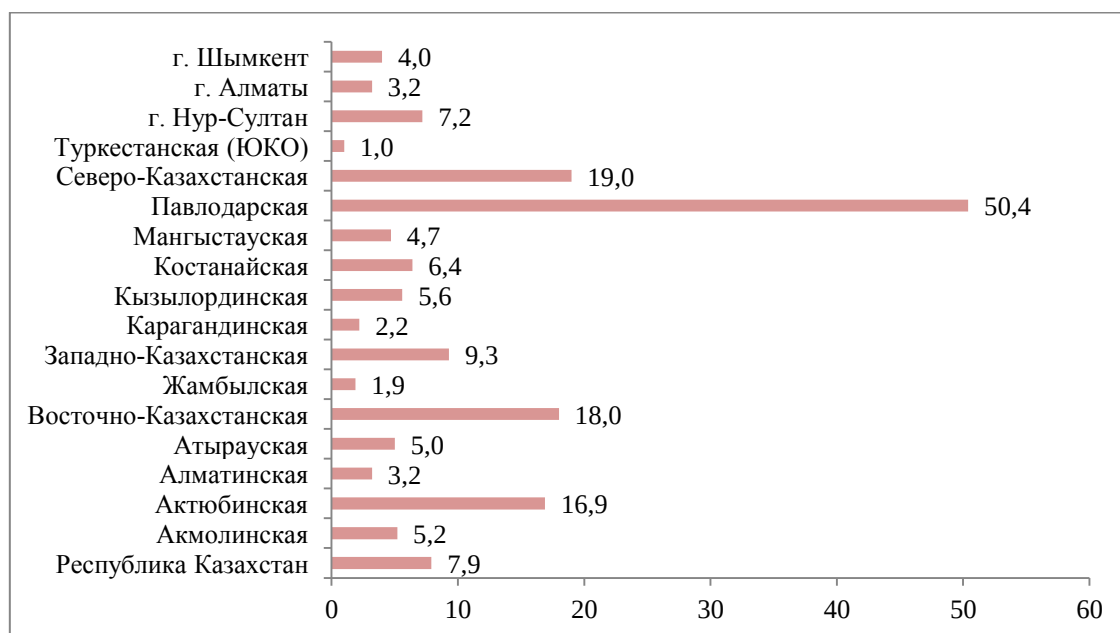


Рисунок 6 - Заболеваемость гонореей в разрезе регионов в 2020 году

Пик заболеваемости гонореей приходится на половозрелый, трудоспособный возраст от 18-44 лет (93,9%), причем мужчины (78,1%) более, чем в 3,5 раза болеют чаще, чем женщины (21,9%) (таблица 3).

Таблица 3 - Половозрастные особенности заболеваемости гонореей

Период	абс. число	0-14 лет		15-17 лет		18-44 лет		45 и старше		всего	
		м	ж	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж
2019	1950	1	5	12	8	1327	501	62	34	1402	548
2020	1467	0	3	11	5	1076	302	52	18	1139	328

Хламидиоз

В 2020 году, по сравнению с 2019 годом, отмечается снижение заболеваемости хламидиозом от 13,6 до 10,7 на 100 тысяч населения или на 21,3% (517 случаев).

По уровню показателя заболеваемости хламидиозом первое место занимает г.Нур-Султан - 40,5 на 100 тыс. населения (в 2019 году – 34,2, рост на 15,6%), Павлодарская область - 29,8 (в 2019 году – 35,5, снижение на 16,1%), Восточно-Казахстанская область - 21,5 (в 2019 году – 29,6, снижение на 27,4%) (рисунок 7).

По уровню прироста показателя заболеваемости хламидиозом увеличение зарегистрировано в Западно-Казахстанской – 52,9% области и г. Алматы – 39,2%. Значительное снижение отмечено в Туркестанской области – 93,8%, г.Шымкент – 82,6%, Кызылординской области – 72,2%, Жамбылской области – 64,1%.

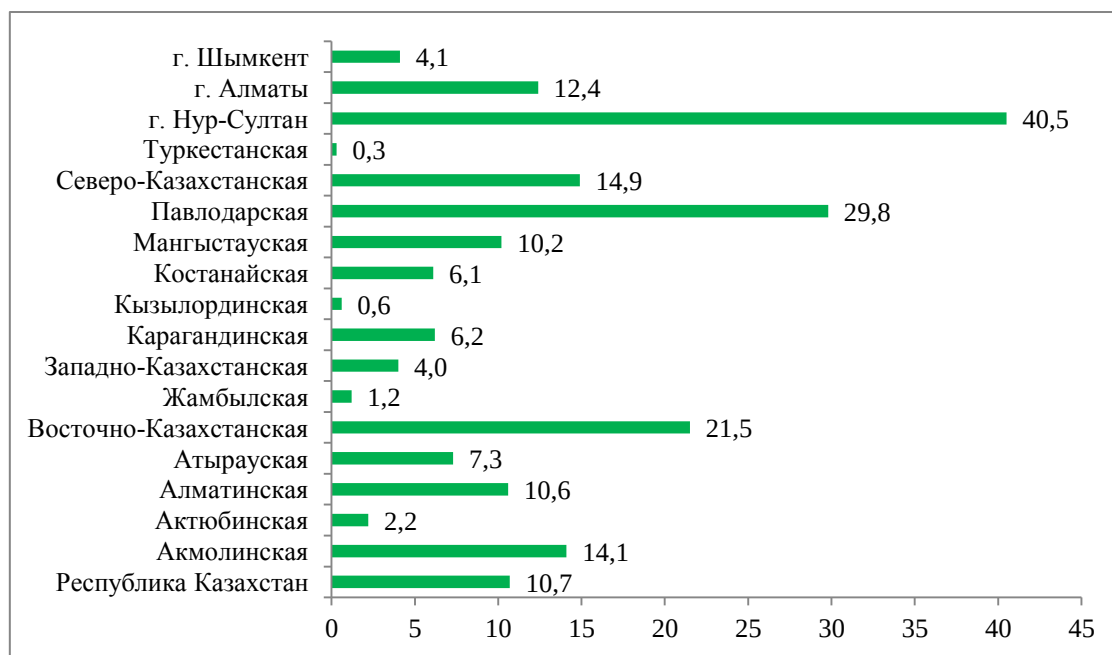


Рисунок 7 - Заболеваемость хламидиозом в разрезе регионов в 2020 году

Таблица 4 - Половозрастные особенности заболеваемости хламидиозом

Период	абс.число	0-14 лет		15-17 лет		18-44 лет		45 и старше		всего	
		м	ж	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж
2019	2506	0	1	1	11	1000	1368	57	68	1058	1448
2020	1989	0	0	3	5	672	1224	52	33	727	1262

Среди детей в 2020 году не выявлено ни одного случая заражения хламидиозом в сравнении с 2019 годом – 1 случай хламидиоза среди девочек. Среди подростков 8 случаев, что на 33,3% меньше, чем в 2019 году; девушки болеют более, чем в 1,6 раз чаще юношей (таблица 4).

Трихомониаз

В 2020 году зарегистрировано 3781 случаев заболеваемости трихомониазом, интенсивный показатель составляет 20,3 на 100 тыс. населения, в сравнении с 2019 годом - 5571 случаев, интенсивный показатель 30,3. Снижение в целом по Республике на 32,1%.

По уровню показателя заболеваемости трихомониазом первое место занимают Кызылординская область - 77,4 на 100 тыс. населения (в 2019 году – 124,1, снижение показателя на 37,6%), Северо-Казахстанская - 67,4 (в 2019 году – 98,3, снижение на 31,4%),

Вопросы дерматологии и венерологии, №1-2/2021

Актюбинская – 60,2 (в 2019 году – 61,5, снижение на 2,1%), Алматинская - 31,0 (в 2019 году – 46,6, снижение на 33,5%) (рисунок 8).

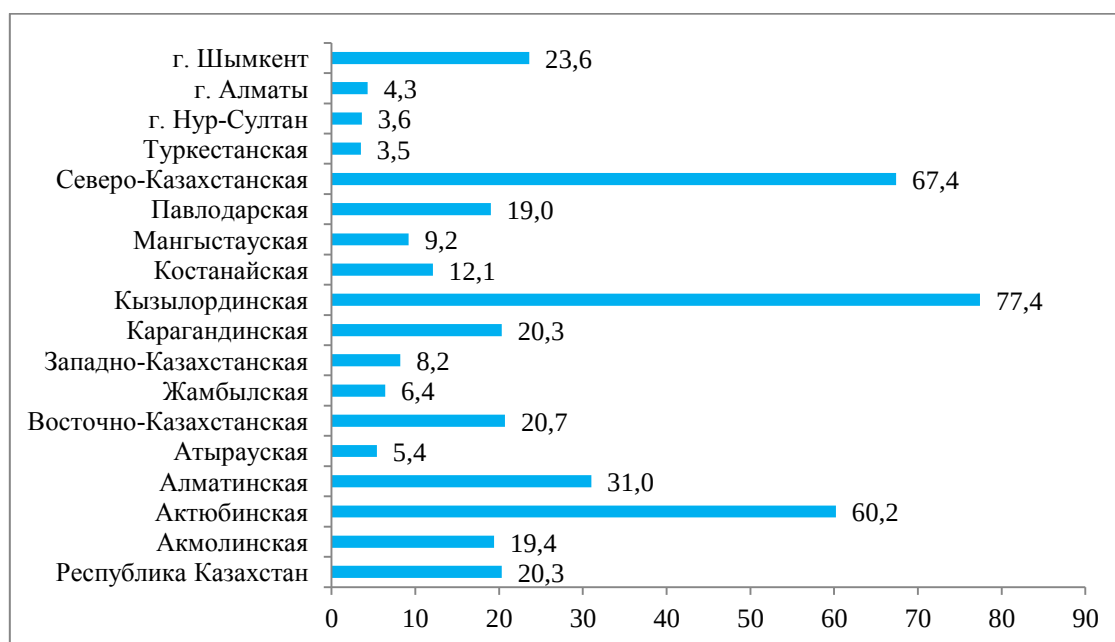


Рисунок 8 - Заболеваемость трихомониазом в разрезе регионов в 2020 году

Снижение заболеваемости трихомониазом отмечается по всем регионам: в Туркестанской области снижено до 58,7%, Жамбылской области – 52,3%, г.Шымкент – 49,1%, Западно-Казахстанской – 48,1%, Карагандинской – 47,5%, Кызылординской – 36,9%, Костанайской – 34,8%, Алматинской – 32,8%, Северо-Казахстанской – 32,1%, Акмолинской – 30,6%, Восточно-Казахстанской – 27,4%. Рост отмечен в г.Алматы – на 167,7%.

Таблица 5 - Половозрастные особенности заболеваемости трихомониазом

Период	абс.число	0-14 лет		15-17 лет		18-44 лет		45 и старше		всего	
		м	ж	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж
2019	5571	1	6	9	14	2170	2729	162	480	2342	3229
2020	3781	0	2	9	10	1636	1737	100	287	1745	2036

Среди детей в 2020 году выявлено 2 случая заражения трихомониазом (оба случая среди девочек) в сравнении с 2019 годом – 7 случаев (1 – среди мальчиков, 6 – среди девочек) – на 71,4% меньше. Среди подростков 19 случаев, что на 17,4% меньше, чем в 2019 году (таблица 5).

Заключение

Проведенный анализ основных показателей дерматовенерологической службы Республики Казахстан свидетельствует о том, что мероприятия по профилактике ИППП и хронических кожных болезней реализуются в соответствии с Государственной Программой развития здравоохранения Республики Казахстан на 2020-2025 годы.

Анализируя статистические показатели заболеваемости ИППП и кожными болезнями за 2020 год в сравнении с показателями 2019 года, несмотря на некоторое снижение показателей, следует отметить, что в Республике сохраняется напряженная эпидемиологическая ситуация.

Түйіндеме

Мақалада Қазақстан Республикасының дерматовенерологиялық профилді медициналық ұйымдардың ресурстары мен жұмысы, тері және тері май қабатының, жыныс жолымен жұғатын аурулардың 2020 жылғы қортындылары талданған.

Түйінді сөздер: аурушаңдық, жыныстық жолмен берілетін инфекциялар, тері және тері май қабатының аурулары, төсек қоры, төсектің жұмысы.

Resume

The article analyzes the resources and performance of dermatovenereological medical organizations in the Republic of Kazakhstan for 2020 and the incidence of skin and subcutaneous tissue diseases, as well as sexually transmitted infections.

Key words: morbidity, sexually transmitted infections, diseases of the skin and subcutaneous tissue, bed stock, bed work.

УДК 614.2



**ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ БОЛЕЗНЯМИ
КОЖИ И ПОДКОЖНОЙ КЛЕТЧАТКИ В РЕСПУБЛИКЕ
КАЗАХСТАН В ПЕРИОД С 2014-2020 гг.**

**Абишев А.Т. – зам. директора по научно-клинической
работе;
Джусупғалиева М.Х., Таубаева А.А., Тонконогова Н.В.,
Касенова О.В.**

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

Резюме

В статье приведен анализ динамики заболеваемости населения Республики Казахстан болезнями кожи и подкожной клетчатки в целом, а также по отдельным нозологиям (псориаз, атопический дерматит), за период 2014-2020 гг. Анализ показателей заболеваемости приведен также в разрезе регионов РК и возрастных групп населения.

Ключевые слова: заболеваемость болезнями кожи и подкожной клетчатки, заболеваемость атопическим дерматитом и псориазом, статистическая информация.

Политика Правительства Республики Казахстан в настоящее время направлена на повышение качества жизни граждан, которое гарантируется в том числе за счет обеспечения современного здравоохранения.

В связи с этим были разработаны и введены в действие Кодекс Республики Казахстан от 7 июля 2020 года №360-VI ЗРК «О здоровье народа и системе здравоохранения», Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан на 2020-2025 годы, утвержденная Правительством Республики Казахстан от 26 декабря 2019 года № 982.

Одним из основных направлений развития здравоохранения является повышение доступности и качества специализированной медицинской помощи.

Кожные заболевания, или дерматозы - это большой ряд приобретенных или наследственных заболеваний. В Международной классификации болезней 10-го пересмотра они относятся к классу «Болезни кожи и подкожной клетчатки». По своей значимости и

распространенности дерматозы занимают 5-е место среди всех учитываемых нозологий. Среди всех кожных патологий выделяется группа так называемых хронических, тяжелых дерматозов, к ним относятся атопический дерматит, псориаз, экзема и ряд других дерматозов.

Основными учреждениями, оказывающими специализированную помощь пациентам дерматовенерологического профиля в Республике Казахстан, являются учреждения государственной службы, представленные 10 диспансерами различного уровня (9 областных КВД и 1 КВД в городе республиканского значения - Алматы) и 7 (Павлодарская, Акмолинская, Северо-Казахстанская, Костанайская, Карагандинская, г.Нур-Султан и г.Экибастуз) отделениями дерматовенерологии при многопрофильных больницах.

Соответственно, население Республики Казахстан получает медицинскую помощь по профилю дерматовенерология в специализированных медицинских организациях - кожно-венерологических диспансерах и отделениях дерматовенерологии при многопрофильных больницах.

Организация их работы осуществляется в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 23 октября 2015 года №821 «Об утверждении Стандарта организации оказания дерматовенерологической помощи в Республике Казахстан» и Приказом Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 23 мая 2011 года №312 «Об утверждении Положения об организациях, оказывающих дерматовенерологическую помощь».

В 2020 году в Республике Казахстан было зарегистрировано 31125 случаев впервые зарегистрированных заболеваний кожи и подкожной клетчатки, в расчете на 100 тыс. населения, их интенсивный показатель составил - 167,1.

Из общего числа зарегистрированных заболеваний кожи и подкожной клетчатки на долю хронических рецидивирующих дерматозов приходится 67,2% (20909 случаев; 112,2 на 100 тыс. общего населения); на долю инфекционных (грибковые заболевания, чесотка) заболеваний - 32,8% (10216 случаев; 54,8 на 100 тыс.).

На долю детей 0-17 лет из общего числа впервые зарегистрированных хронических рецидивирующих неинфекционных дерматозов приходится 35,7%, из них на детей 0-14 лет - 30,2%, 15-17 лет - 5,5%.

Уровень заболеваемости болезнями кожи и подкожной клетчатки среди детей 0-14 лет за указанный период времени составил - 117,5, среди подростков 15-17 лет - 156,8 и среди взрослого населения - 107,3 на 100 тыс. соответствующего населения.

Ретроспективный анализ общей дерматологической заболеваемости среди всего населения РК показал, что в период с 2014 и до 2016 года регистрировалось медленное увеличение данных показателей, однако, в 2017 году произошло резкое снижение уровня заболеваемости и в 2018 году вновь наблюдается подъем, который сохраняется и в 2019 году, в 2020 году вновь наблюдается резкое снижение – достигнув уровня чуть больше 2017 года (рисунок 1). Как видно из диаграммы за анализируемый период (2014-2020 гг.) пик дерматологической заболеваемости приходится на 2019 год, интенсивный показатель которой составил 186,7 на 100 тыс. общего населения, что на 15,1% больше уровня 2014 года (разница между абсолютными числами) и на 9,9% больше такового показателя 2020 года.

Несмотря на снижение уровня общей дерматологической заболеваемости в 2020 году, можно констатировать, что она остается достаточно высокой. Наиболее сложное положение с заболеваемостью кожной патологией и ее распространенностью отмечается в детских возрастных категориях 0-17 лет, особенно среди подростков 15-17 лет.

Так, как было сказано, несмотря на снижение заболеваемости в 2020 году по сравнению с 2014 годом, уровень заболеваемости кожи и подкожной клетчатки среди взрослого населения повысился на 5,1%, и особого внимания заслуживает возрастная группа детей 0-14 лет - уровень заболеваемости в данной группе на 22,3% выше показателя 2014 года, интенсивный показатель более 1,2 раза (117,5 – в 2020 году против 91,3 – в 2014 году). Среди подростков 15-17 лет интенсивный показатель заболеваемости в 2020 году снизился по

сравнению с 2014 годом от 168,3 на 100 тыс. населения соответствующего возраста до 156,8 в 2020 году (таблица 1).

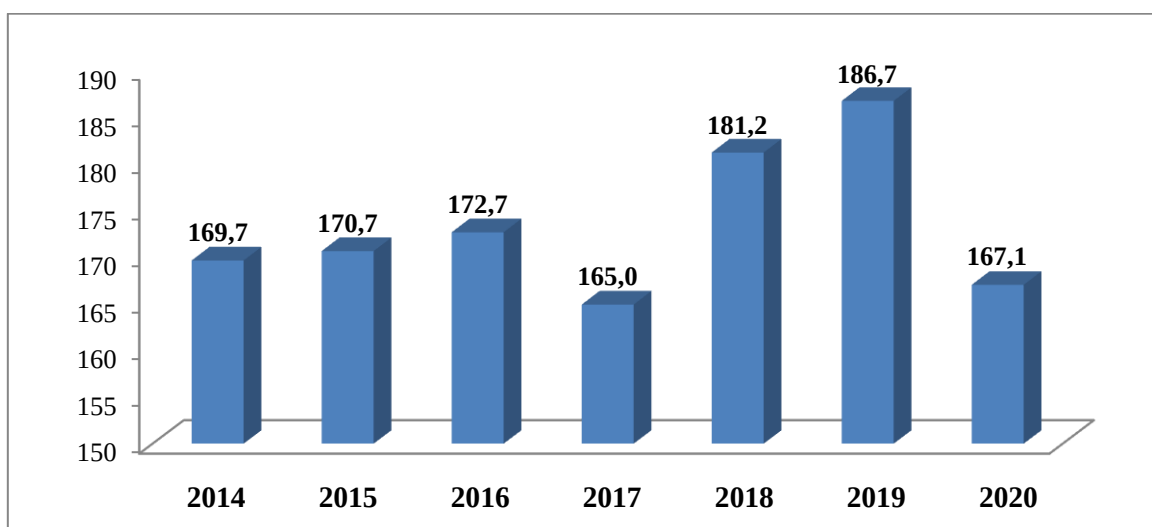


Рисунок 1 – Динамика общей дерматологической заболеваемости населения РК в период 2014-2020 годы (на 100 тыс. населения)

Таблица 1 – Заболеваемость болезнями кожи и подкожной клетчатки в РК в разрезе возрастных категорий в 2014 и 2020 гг.

Показатель	Взрослые		Дети 0-14 лет		Подростки 15-17 лет	
	2014	2020	2014	2020	2014	2020
Заболеваемость (на 100 тыс. населения)	101,8	107,3	91,3	117,5	168,3	156,8
% изменения		+5,1		+22,3		-6,8

Неоднозначные климатические условия, концентрация промышленных предприятий и ряд других условий, влияющих на заболеваемость болезнями кожи и подкожной клетчатки, определяют различные ее уровни распространенности в регионах РК.

Из общего числа болезней кожи и подкожной клетчатки подлежат статистическому учету в формах регионального статистического наблюдения следующие нозологические формы: атопический дерматит, псориаз, ихтиоз, красный плоский лишай, пузырчатка, витилиго. Наиболее часто встречающейся патологией во всех возрастных категориях является атопический дерматит.

Атопический дерматит

В 2020 году заболеваемость атопического дерматита среди всего населения Республики Казахстан составила – 42,1 на 100 тыс. человек. На протяжении периода 2014–2020 гг. прослеживается волнообразная тенденция уровня заболеваемости со снижением в 2015 году (от 27,9 – в 2014 году до 25,4 – в 2015 году), вновь увеличением в 2016 году – до 27,1 и снижением до 23,9 – в 2017 году и до 2019 года – стабильное увеличение (28,8 на 100 тыс. населения – в 2018 году и 42,4 – в 2019 году). В 2020 году отмечена тенденция к незначительному снижению показателя заболеваемости по сравнению с показателем 2019 года (от 42,4 – в 2019 году до 42,1 – в 2020) (рисунок 2).

Самые высокие показатели уровня заболеваемости атопическим дерматитом наблюдаются среди детей. В 2020 году 53,2% всех вновь зарегистрированных заболеваний атопическим дерматитом приходилось на детей в возрасте 0-17 лет, их число составило 4170.

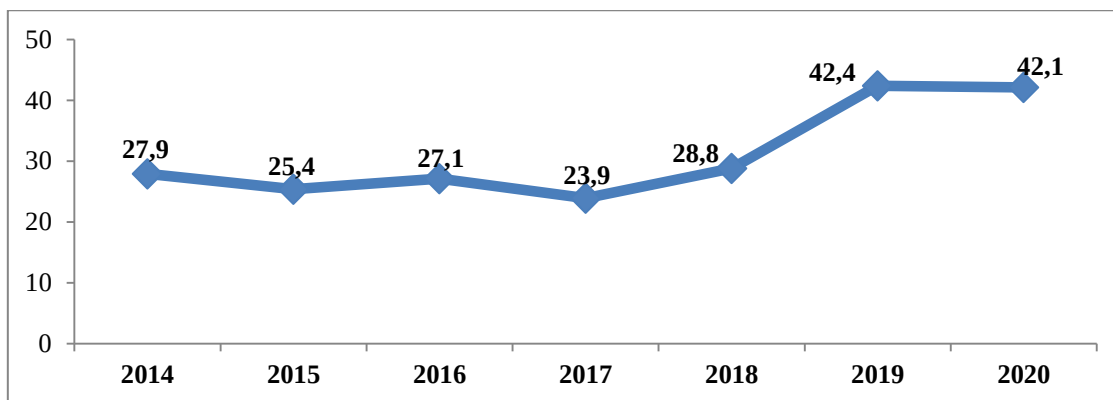


Рисунок 2 – Динамика заболеваемости atopическим дерматитом в Республике Казахстан (все население) в 2014-2020 гг. на 100 тыс. населения

37,9% зарегистрированных среди детей 0-17 лет заболеваний atopическим дерматитом приходится на детей в возрасте 0–4 лет, а интенсивный показатель заболеваемости atopического дерматита среди детей этого возраста составляет 80,5 на 100 тыс. соответствующего населения (рисунок 3).

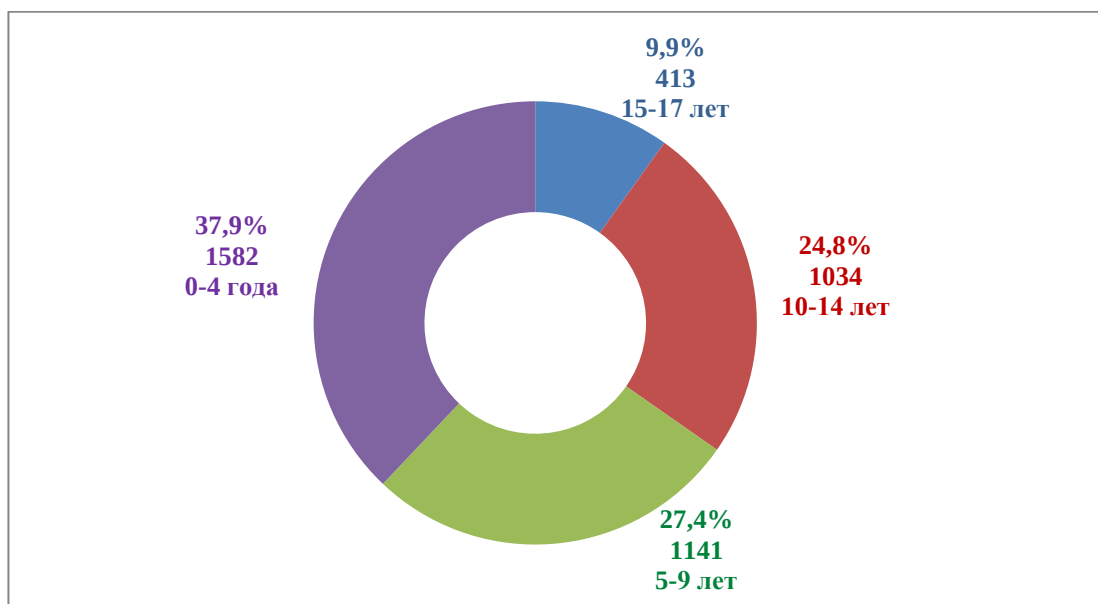


Рисунок 3 – Структура числа случаев atopического дерматита среди детей в возрасте 0-17 лет в 2020 году

Далее следует возрастная группа детей от 10-14 лет, где интенсивный показатель заболеваемости в 2020 году составил 66,9 на 100 тыс. детей соответствующего возраста (1034 впервые выявленных случаев). Число зарегистрированных случаев atopического дерматита среди детей 5-9 лет в 2020 году составило 1141, интенсивный показатель заболеваемости – 61,2 на 100 тыс. населения соответствующего возраста, и в подростковой группе 15-17 лет - 413 случаев atopического дерматита, интенсивный показатель – 56,0 на 100 тыс. подростков.

Таким образом, самый высокий уровень заболеваемости atopическим дерматитом в 2020 году наблюдается у детей 0-17 лет, по сравнению со взрослыми (18 лет и >), по численности населения последняя в 2 раза превышает численность детей – заболеваемость выше у детей более, чем в 2,3 раза, интенсивный показатель заболеваемости 68,2 против 29,3 – в группе

Вопросы дерматологии и венерологии, №1-2/2021

взрослых от 18 лет и >, в процентном отношении от заболеваемости атопическим дерматитом общего населения в 2020 году - 53,2% и 46,8%, соответственно.

В возрастном аспекте по годам (2014-2020 гг.) самый высокий уровень заболеваемости отмечен также у детей 0-17 лет, заболеваемость более, чем в 1,3 раза выше в 2020 году по сравнению с показателем 2014 года (68,2 – в 2020 году против 51,5 – в 2014) (рисунок 4).

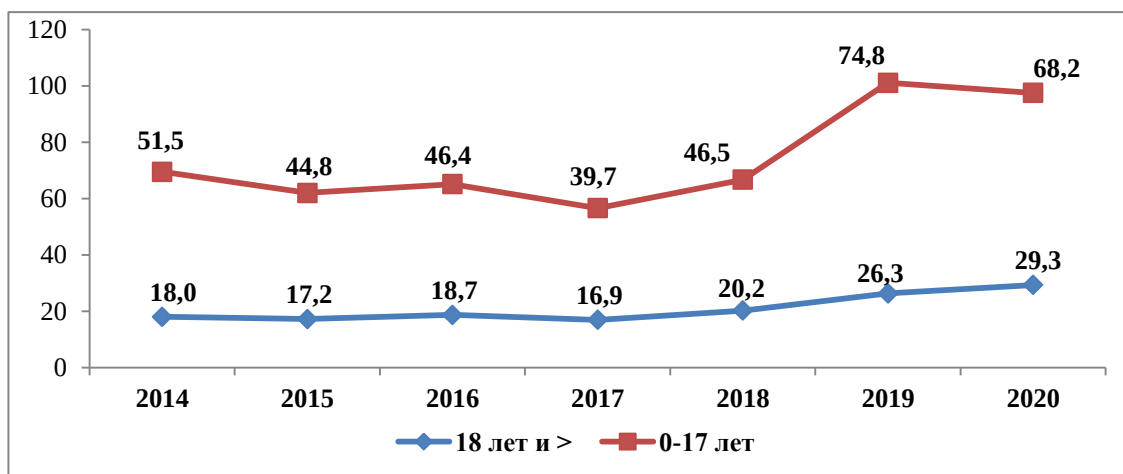


Рисунок 4 - Динамика заболеваемости атопического дерматита среди взрослого (18 лет и >) и детского (0-17 лет) населения РК за период 2014-2020 гг.

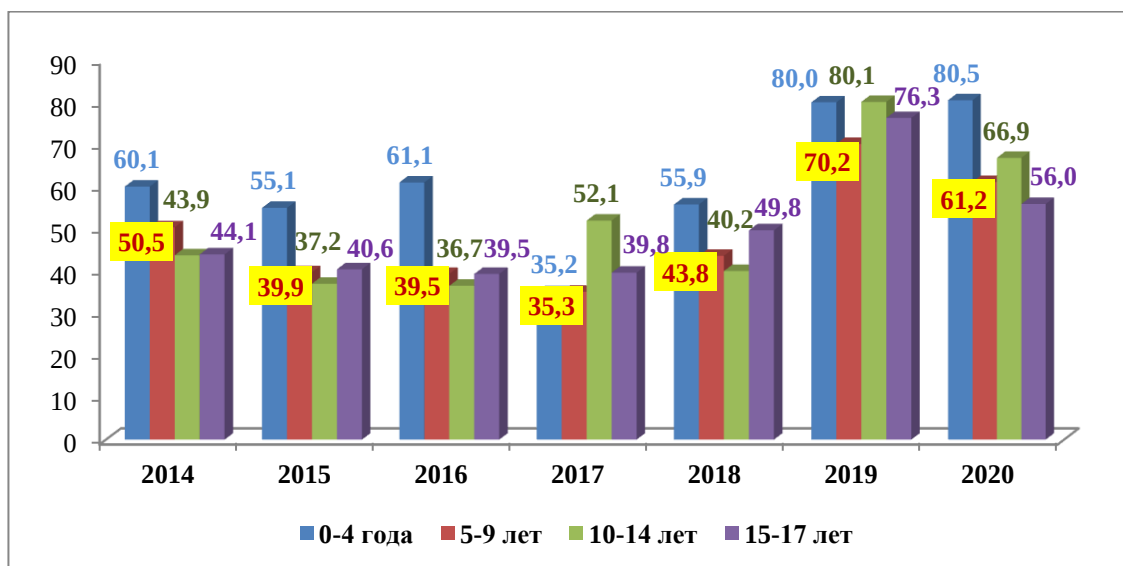


Рисунок 5 - Динамика заболеваемости атопического дерматита среди возрастных групп детского населения РК за период 2014-2020 гг.

Как показано на рисунке, самый высокий уровень заболеваемости во всех анализируемых годах приходится на самую младшую возрастную группу детей - от 0-4 лет (пик заболеваемости в 2020 году – 80,5 на 100 тыс. населения детей от 0-4 лет), затем следует возрастная группа детей от 5-9 лет (пик заболеваемости в 2019 году – 70,2 на 100 тыс. детей от 5-9 лет), в старших возрастных группах детей: с 2014-2015 гг. – заболеваемость выше в подростковой группе 15-17 лет по сравнению в группе детей от 10-14 лет; в 2017 году отмечено резкое возрастание заболеваемости в группе детей 10-14 лет (52,1 против 39,8 – у подростков 15-17 лет) и в 2018 - снижение в группе 10-14 лет и возрастание у подростков, и в последние (2019-2020) годы заболеваемость стабильно выше в группе детей 10-14 лет по

сравнению с заболеваемостью у подростков 15-17 лет (80,1 и 76,3; 66,9 и 56,0 на 100 тыс. детей и подростков соответствующего возраста).

Максимальные показатели заболеваемости атопического дерматита среди всего населения Республики Казахстан в 2020 году, превышающие общереспубликанский уровень (42,1 на 100 тыс. общего населения) зарегистрированы в городе Алматы (64,3), Восточно-Казахстанской (59,0), Туркестанской (53,4) и Актюбинской (50,9) областях, а самый высокий уровень заболеваемости, превышающий общереспубликанский показатель более, чем в 5,3 раза отмечен в г.Шымкент – 224,9 на 100 тыс. общего населения.

Самые низкие показатели заболеваемости атопическим дерматитом отмечены в Мангистауской (1,1 на 100 тыс. общего населения), Жамбылской (1,5), Кызылординской (3,2), городе Нур-Султан (5,8), Акмолинской (9,1) и Атырауской (11,0) областях. Также ниже общереспубликанского показателя заболеваемости отмечены интенсивные показатели в Северо-Казахстанской (18,2), Костанайской (18,4), Западно-Казахстанской (22,8), Алматинской (22,9), Павлодарской (34,3) и Карагандинской (39,9) областях.

Псориаз

Заболеваемость псориазом общего населения в 2020 году в Республике Казахстан составила – 30,1 на 100 тыс. человек. За анализируемый период 2014-2020 гг. заболеваемость псориазом имеет тенденцию к медленному снижению – с 31,4 на 100 тыс. населения в 2014 году до 30,1 – в 2020. Самый высокий уровень заболеваемости отмечен в 2019 году – его интенсивный показатель составил 38,3 на 100 тыс. (рисунок 6).

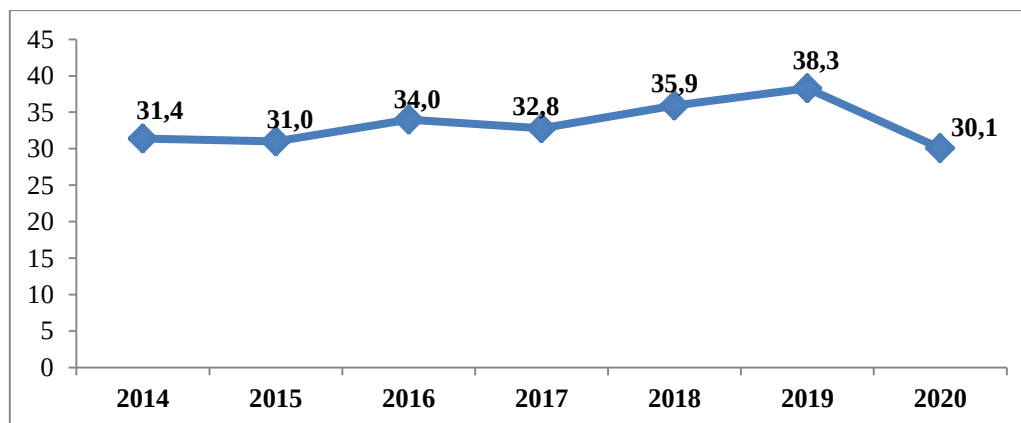


Рисунок 6 – Динамика заболеваемости псориазом общего населения в Республике Казахстан в 2014-2020 гг. на 100 тыс. населения

Как видно из диаграммы динамика заболеваемости псориазом на всем протяжении анализируемого периода характеризуется медленным незначительным то снижением, то увеличением заболеваемости, со значительным подъемом в 2018 (35,9 на 100 тыс. населения) и 2019 (38,3) годах и вновь снижением в 2020 году (30,1).

В 2020 году самый высокий показатель заболеваемости псориазом наблюдался среди подростков 15-17 лет, интенсивный показатель составил – 45,7 на 100 тыс. подростков, затем следует возрастная группа от 18 лет и > – 36,7 на 100 тыс. взрослого населения, далее дети от 10-14 лет – 27,7 на 100 тыс. населения соответствующей группы, в группе детей 5-9 лет показатель заболеваемости 10,9 и самой младшей детской группе 0-4 года – 2,4 (рисунок 7).

Число впервые зарегистрированных случаев псориаза среди детей 0-17 лет в 2020 году составило - 1016, что составляет 18,1% от заболеваемости общего населения. 42,0% из них приходится на детей в возрасте 10-14 лет (427 вновь выявленных случаев), 33,2% - подростков 15-17 лет (337 вновь выявленных случаев, 20,1% - детей 5-9 лет (204 вновь

выявленных случая) и 4,7% - самую младшую возрастную группу 0-4 года (48 впервые выявленных случаев).

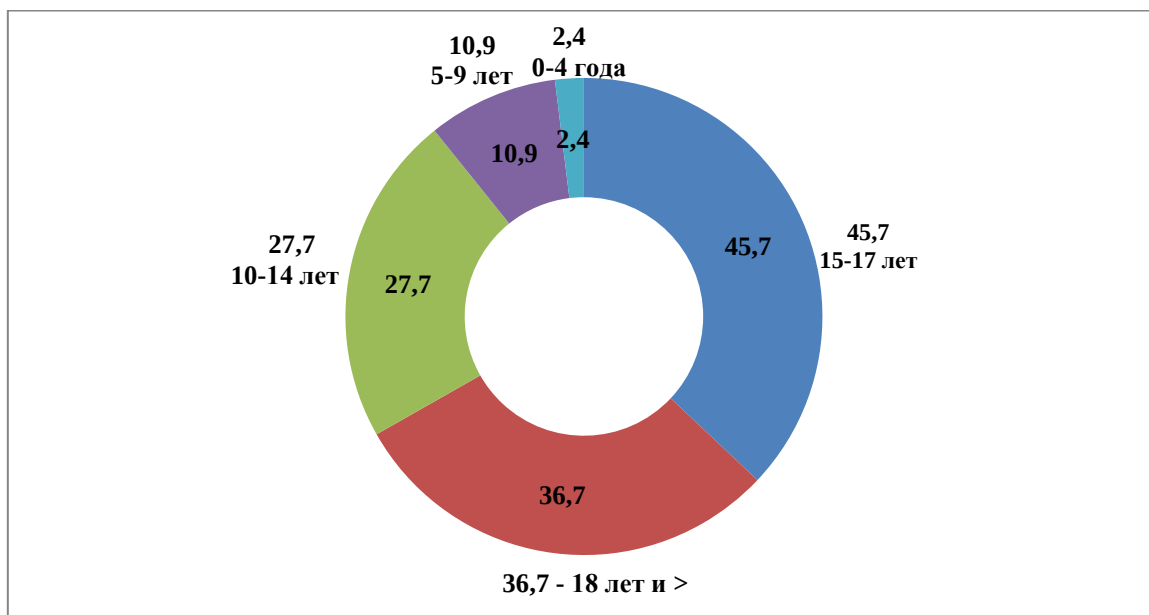


Рисунок 7 – Структура заболеваемости псориазом в различных возрастных группах РК в 2020 году

Таким образом, самый высокий уровень заболеваемости псориазом в 2020 году наблюдается у подростков 15-17 лет по сравнению со взрослыми (18 лет и >), численность населения взрослых почти в 1,7 раз превосходит численность подростков – заболеваемость выше у подростков более, чем в 1,2 раза, интенсивный показатель заболеваемости 45,7 против 36,7 – в группе взрослых от 18 лет и >.

В возрастном аспекте по годам (2014-2020 гг.) самый высокий уровень заболеваемости псориазом отмечен также у подростков 15-17 лет, пик заболеваемости у подростков наблюдался в 2019 году – 112,7 на 100 тыс. соответствующего населения. В 2020 году уровень заболеваемости показал снижение по сравнению с показателем 2014 года (45,7 – в 2020 году против 52,9 – в 2014) (рисунок 8).

Как было сказано выше, самый высокий уровень заболеваемости во всех анализируемых годах (за исключением 2016 года) приходится на подростковую группу 15-17 лет, затем следует возрастная группа взрослых 18 лет и >, самый высокий уровень заболеваемости которых зарегистрирован в 2018-2019 годы, интенсивный показатель заболеваемости 43,4 и 43,5 соответственно и снижение заболеваемости в 2020 году по сравнению с показателем 2014 года (с 37,2 в 2014 году до 36,7 – в 2020), затем идет детская возрастная группа 10-14 лет, самый высокий уровень заболеваемости для этой группы отмечен в 2017 году – 34,7 на 100 тыс. численности детей данной возрастной группы, следует отметить, что в 2020 году по сравнению с 2014 годом отмечается значительное снижение заболеваемости псориазом в этой группе – с 34,0 в 2014 году до 27,7 – в 2020 году. В группе детей 5-9 лет самый высокий уровень заболеваемости наблюдался в 2017 году, интенсивный показатель составил – 16,2 на 100 тыс. детского населения указанной группы, в 2020 году также отмечено снижение заболеваемости по сравнению с показателем 2014 года (с 13,8 в 2014 году до 10,9 – в 2020). Самая младшая возрастная группа детей 0-4 года – заболеваемость выше (3,2 на 100 тыс. детей данной возрастной группы) в 2018 году, чем в другие сравниваемые годы, однако, в 2020 году интенсивный показатель заболеваемости псориазом выше, чем в 2014 году (2,4 против 1,6 – в 2014 году).

Максимальные показатели заболеваемости псориазом среди всего населения Республики Казахстан в 2020 году, превышающие общереспубликанский уровень (30,1 на 100 тыс. общего населения) зарегистрированы в Туркестанской (39,6) области и городах Нур-Султан

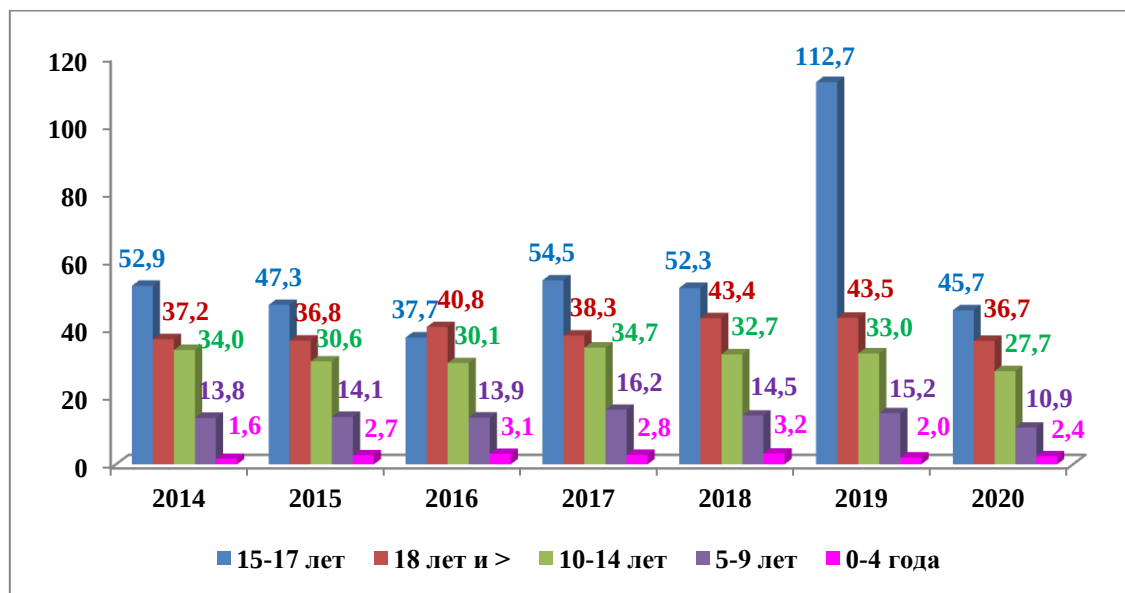


Рисунок 8 - Динамика заболеваемости псориазом среди различных возрастных групп населения РК за период 2014-2020 гг.

(33,2) и Шымкент (33,2), а самые высокие показатели, значительно превышающие общереспубликанский показатель в 2020 году зарегистрированы в Западно-Казахстанской (88,1 на 100 тыс. общего населения), Павлодарской (45,2), Актюбинской (44,2), Восточно-Казахстанской (42,3) и Карагандинской (42,3) областях.

Самые низкие показатели заболеваемости псориазом – гораздо ниже общереспубликанского показателя отмечены в Акмолинской (5,3 на 100 тыс. общего населения), Мангистауской (5,4), Жамбылской (8,8) и Алматинской (10,1) областях. И в 5 регионах РК – Атырауской, Северо-Казахстанской, городе Алматы, Костанайской и Кызылординской областях, интенсивные показатели заболеваемости псориаза показали также значения ниже общереспубликанского – 20,6; 21,0; 26,1; 28,8 и 29,1 на 100 тыс. общего населения, соответственно.

Таким образом, анализируя статистические показатели заболеваемости болезнями кожи и подкожной клетчатки в РК необходимо отметить наблюдаемую тенденцию к незначительному снижению хронических рецидивирующих кожных болезней (псориаза, атопического дерматита, КПЛ, ихтиоза, витилиго, пузырчатки) в 2020 году.

Несмотря на снижение заболеваемости общего населения, настораживает высокая заболеваемость среди населения детских возрастных групп.

Түйіндеме

Мақалада 2014-2020 жылдар кезеңінде Қазақстан Республикасы халқының тері және тері асты клетчаткалары ауруларымен, сондай-ақ жекелеген нозологиялар (псориаз, атопиялық дерматит) бойынша сырқаттанушылық динамикасына талдау жүргізілді. Сырқаттанушылық көрсеткіштерін талдау ҚР өңірлері мен халықтың жас топтары бойынша да жүргізілді.

Түйінді сөздер: тері және тері асты клетчаткасы аурулары, атопиялық дерматит және псориаз аурулары, статистикалық ақпарат.

Resume

The article analyzes the dynamics of morbidity of the population of the Republic of Kazakhstan with diseases of the skin and subcutaneous tissue in general, as well as by individual nosologies (psoriasis, atopic dermatitis), for the period 2014-2020. The analysis of morbidity indicators was also carried out in the context of the regions of the Republic of Kazakhstan and age groups of the population.

Key words: incidence of skin and subcutaneous tissue diseases, incidence of atopic dermatitis and psoriasis, statistical information.

УДК 614



**ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ СЛЕЖЕНИЕ ЗА
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬЮ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СРЕДИ
ЛИЦ, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ ИНЪЕКЦИОННЫЕ
НАРКОТИКИ РК В 2020 ГОДУ**

**Ганина Л.Ю. – заведующая отделом эпидемиологического
мониторинга; Сакупова Г.А.**

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

Резюме

В данном обзоре представлены обобщенные результаты биоповеденческих исследований, проведенных среди людей, употребляющих инъекционные наркотики (далее ЛУИН) в РК в 2020 году. Дозорный эпидемиологический надзор (далее ДЭН) является единственным источником данных о распространенности ВИЧ-инфекции в популяции ЛУИН, моделях поведения и факторах риска в отношении инфицирования ВИЧ, роли этой группы в развитии эпидемического процесса. Данные исследований необходимы для расчета оценочного количества ключевой группы, оценки эффективности программ профилактики и подготовки новых рекомендаций.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, люди, употребляющие инъекционные наркотики, парентеральный путь передачи, распространенность, психоактивные вещества, люди, живущие с ВИЧ, ключевая группа, инфекции, передаваемые половым путем.

Актуальность

Инъекционное употребление наркотиков – движущая сила казахстанской эпидемии. 47% людей, живущих с ВИЧ (далее ЛЖВ) инфицировались ВИЧ при инъекционном употреблении наркотиков. Распространенность ВИЧ-инфекции среди ЛУИН составила 8,3%, что существенно выше, чем в других ключевых группах населения (СР - 1,4%, МСМ – 6,5%, осужденных – 4,1%). В последнее время в Казахстане, как и в других странах Центральной Азии, модели употребления психоактивных веществ меняются в сторону сочетанного употребления нескольких видов наркотиков и новых синтетических ПАВ (синтетические катиноны, соль, скорость). Существует большой потенциал передачи ВИЧ половым путем от группы ЛУИН их половым партнерам. Для того чтобы оценить роль группы ЛУИН в развитии эпидемиологического процесса и эффективность программ контроля и профилактики, 1 раз в 2 года в Казахстане проводятся биоповеденческие исследования (ДЭН) в этой ключевой группе.

Цель: сбор информации, направленной на изучение динамики, факторов распространения ВИЧ-инфекции среди ЛУИН в сочетании с поведенческими факторами

риска для последующей корректировки проводимых профилактических мероприятий. Оценка распространенности ВИЧ, ВГС и сифилиса в популяции ЛУИН. Мониторинг тенденций и факторов, способствующих распространению ВИЧ-инфекции в Казахстане.

Материалы и методы:

В исследование включались люди старше 18 лет, употребляющие инъекционные наркотики в течение любого времени за последний год. Тип выборки – RDS (выборка, построенная самими респондентами). Согласно этому методу один респондент может привлечь в исследование не более трех участников из этой ключевой группы.

Стандартная методика исследования включает интервьюирование ЛУИН после получения устного информированного согласия и связанное анонимное тестирование на ВИЧ, ВГС, сифилис с проведением до и послетестового консультирования каждому респонденту. Участники получали результаты тестирования по индивидуальному коду. Анкета состоит из нескольких блоков: социально-демографические характеристики, инъекционное поведение, половое поведение, наличие и поиск лечения при наличии симптомов ИППП, уровень информированности, тестирование на ВИЧ-инфекцию, охват профилактическими программами.

Исследования проводили эпидемиологи территориальных центров по профилактике и борьбе со СПИД в 23-х сайтах, включая города республиканского значения, областные центры и 6 городов областного подчинения. Размер выборки – 4761 респондент.

Ввод данных осуществлялся в вопросник, размещенный на планшетном компьютере, с которого информация выгружается в электронную систему е-ДЭН (онлайн система для сбора, хранения, анализа и обработки данных, получаемых в ходе эпидемиологического слежения за распространенностью ВИЧ-инфекции в ключевых группах населения).

Статистический анализ данных проводился в компьютерных программах «EPI INFO», RDS-Analyst. Применение RDS-Analyst позволило получить «взвешенные» показатели, характеризующие эпидемиологическую ситуацию в популяции ЛУИН в каждом сайте.

Серологический этап

Забор крови производился методом сухой капиллярной капли на фильтровальные тест карты. Сухая капля крови тестируется на ВИЧ, вирусный гепатит С, сифилис. Определение случая ВИЧ, гепатит С, сифилис (положительный результат скринингового ИФА теста, подтвержденный экспертным ИФА тестом).

Результаты:

В исследовании приняли участие 4761 ЛУИН из 17 регионов страны. Возрастной диапазон респондентов составил 18-67 лет. Доля респондентов ЛУИН в возрасте до 25 лет составила – 6,7%. Наблюдается увеличение участников в возрасте до 25 лет по сравнению с раундом ДЭН 2018 года (с 191 до 320 ЛУИН). Увеличилась доля женщин ЛУИН (с 13,7% в 2018 году до 15,9% в 2020 году). Соотношение мужчин и женщин, принявших участие в исследовании, составило 5,0:1,0 (мужчин 84,1%, женщин 15,9%).

По национальному составу в популяции ЛУИН преобладают представители русской (46,3%) и казахской (35,8%) национальностей. Наибольший процент составляют ЛУИН со средним или средне-специальным образованием (81,6%). Увеличилась доля работающих ЛУИН с 62% до 63,4% и медиана дохода с 60000 до 70000 тенге.

Инъекционное поведение

Стаж употребления инъекционных наркотиков варьирует от 1 месяца до 51 года, в среднем – 12 лет (среди мужчин - 12,3; среди женщин - 11,3), медиана - 10 лет.

Из 4761 ЛУИН указали на употребление мака («семечки», или «варка») 65,8% (3137), синтетических наркотиков - 40,7% (1937), героина - 40% (1910), дезоморфина («крокодил») - 2,2% (106), «ханки» («таяна») - 8,7% (415), других видов наркотиков - 6,5% (311); без ответа на вопрос по виду употребляемых наркотиков - 0,04% (2) ЛУИН.

По сравнению с 2018 годом в 1,3 раза увеличился процент ЛУИН (с 14,6% в 2018 году до 18,7% в 2020 году), употребляющих инъекционные наркотики совместно с половыми партнерами и в 1,1 раза с незнакомым человеком (с 18,2% в 2018 году до 19% в 2020 году)

Вопросы дерматологии и венерологии, №1-2/2021

(таблица 1). Совместное наркопотребление является наиболее рискованным фактором в отношении заражения ВИЧ-инфекцией, особенно в случайной группе с незнакомыми ЛУИН.

Таблица 1 - Сравнительная характеристика наркопотребления за последние 12 месяцев 2018-2020 гг.

Употребление ИН	2018 год	Доверительный интервал	2020 год	Доверительный интервал
со знакомыми ЛУИН	88,5% (3809)	87,5% - 89,4%	85,1% (4050)	84,03% -86,05%
с незнакомыми	18,2% (783)	17,08% -19,38%	19% (906)	17,9% -20,1%
с половыми партнерами	14,6% (628)	13,57% -15,68%	18,7% (891)	17,6% - 19,8%
индивидуально	70,2% (3021)	68,8% - 71,5%	81,1% (3862)	79,9%-82,2%

В 2020 году показатель применения безопасных практик во время последнего употребления инъекционных наркотиков увеличился с 52,6% до 62,2% (до 25 лет - 60,1%, старше 25 лет – 62,4%), варьирует от 3% - в г. Аксу Павлодарской области до 99% - в г. Атырау. Распространенность безопасного употребления инъекционных наркотиков среди мужчин ЛУИН - 62,2%, среди женщин ЛУИН - 62,3%.

На использование чужих шприцев за последние 30 дней указали 324 ЛУИН (7,6%). Число наркопотребителей, с которыми приходилось совместно пользоваться нестерильным инструментарием варьирует от 1 до 10 человек (среднее - 2,2, медиана -2).

Сообщили о возможности всегда получать или покупать новые шприцы за последние 12 месяцев - 90,3% ЛУИН (4300 из 4761); не имели такой возможности - 7,4% (357); не помнят - 1,6%, не ответили на этот вопрос - 0,6%. Полученные данные указывают на высокую доступность стерильных шприцев для ЛУИН, при этом, около 10% ЛУИН практиковали рискованное инъекционное поведение в отношении заражения ВИЧ и ВГС. Риски заражения преимущественно связаны с использованием общего шприца, раствора наркотика из общей посуды и с использованием общей воды для промывания использованных шприцев. Из тех ЛУИН, кто не имел возможности покупать шприцы - 7,4% (357), указали на нехватку денег 67,5% (241 от 357), при этом не обратились за их бесплатным получением в пункты доверия.

37,6% ЛУИН сообщили, что состояли на наркологическом учете в ЦПЗ (1788 от 4761), в т.ч. на территории дозорного сайта - 98,5%.

Сексуальные отношения повышенного риска

Имели половые контакты за последние 12 месяцев 3905 ЛУИН, из них с постоянными партнерами - 72,7% (2840 из 3905). Использовали презерватив при последнем половом контакте с постоянными партнерами только 42% ЛУИН (1195 из 2840). На инъекционное наркопотребление последнего полового партнера указали 26% ЛУИН (739 из 2840), на его ВИЧ-позитивный статус -2,9% (81), не знали ВИЧ статус партнера - 8,2% респондентов (232).

49% ЛУИН имели непостоянных половых партнеров (1914 из 3905), количество которых варьирует от 1 до 100, среднее значение -31,3, медиана -20, у большинства респондентов было 2 партнера - 26,2% (565 из 1914) за последние 12 месяцев. Использовали презервативы при последнем половом контакте с непостоянными партнерами -82,2% (1574 из 1914).

7,3% ЛУИН (285 из 3905) имели коммерческих партнеров. Использовали презервативы при последнем половом контакте с коммерческими партнерами 94% респондентов (268 из 285) (таблица 2).

В 2020 году средневзвешенный показатель безопасных практик полового поведения составил 57,2% (до 25 лет - 61,9%, старше 25 лет - 56,8%) и варьирует от 17,4% - в Атырау до 91,8% - в Темиртау. Распространенность безопасного полового поведения среди мужчин составила - 58,3%, среди женщин - 52%. По сравнению с 2018 годом увеличение с 51,8% до 57,2%.

Таблица 2 - Процент ЛУИН, использовавших презерватив при последнем половом контакте 2018-2020 гг.

Возраст	с постоянными партнерами		с случайными партнерами		с коммерческими партнерами	
	2018	2020	2018	2020	2018	2020
До 25 лет	54,3%	49,9%	90,1%	83,8%	100%	92,3%
25 лет и старше	42,1%	42%	78,9%	82,1%	95,1%	94,3%
Все возрастные группы	42,6%	42%	79,5%	82,2%	95,6%	94%

Профилактические программы

Доля ЛУИН с симптомами ИППП, получивших услуги по диагностике, лечению и консультированию в медицинских организациях

Доля ЛУИН, указавших на наличие симптомов ИППП за последние 6 месяцев, составила 8% (380 из 4761), из них до 25 лет - 6,3% (24), старше 25 лет - 93,7% (356), мужчины - 66,8% (257), женщины - 33,2% (126).

Среди ЛУИН, имевших симптомы ИППП, получили положительный результат теста на антитела к сифилису - 6,8% (26), на ВИЧ - 7,6% (29), на гепатит С - 53,9% (205).

Обратились за лечением ИППП в медицинские организации 75,3% ЛУИН (286 из 380), 12,9% лечились самостоятельно (49), 11,6% - без лечения (44) и 0,3% - не ответили на этот вопрос (1). Показатель обращаемости ЛУИН за лечением ИППП в медицинские организации вырос с 72,6% в 2018 году до 75,3% в 2020 году.

Из 286 обратившихся за лечением ИППП посетили: кожнодиспансер - 6,9 % ЛУИН (20), дружественный кабинет - 67,6% (194), частного врача - 12,5% (36), знакомого медработника - 6,3% (18), уролога/гинеколога - 6,3% (18). Данное исследование показывает необходимость работы дружественных кабинетов для ключевых групп населения.

Уровень информированности ЛУИН о путях передачи и мерах профилактики ВИЧ-инфекции

Уровень знаний ЛУИН определялся как доля лиц, правильно указавших верные способы профилактики и отвергших основные неверные представления о передаче ВИЧ-инфекции. Уровень знаний у ЛУИН составил 55% по РК и варьирует от 1,5% - в г. Шымкент до 96,9% - в г. Темиртау (рисунок 1). ЛУИН моложе 25 лет менее информированы - 36,8%, чем ЛУИН старше 25 лет - 56,3%; информированность мужчин - 54,8%, женщин - 56,1%.

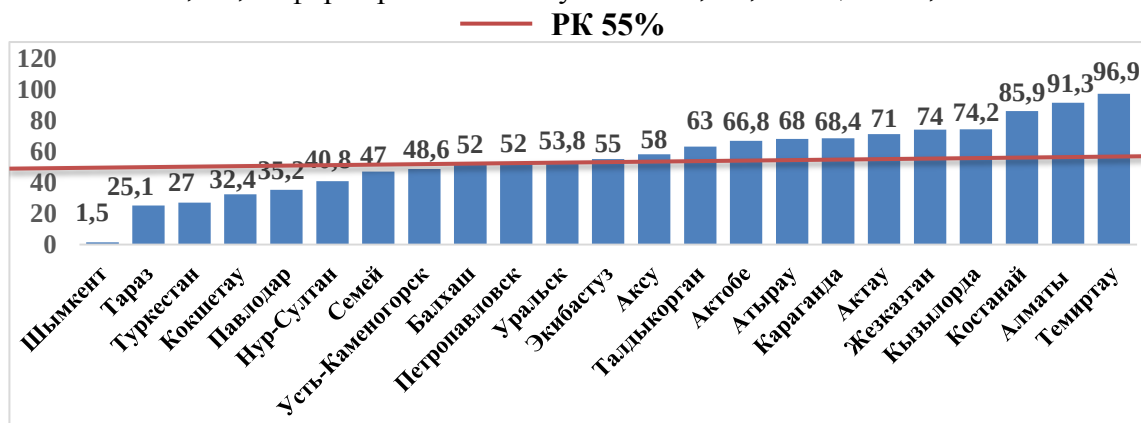


Рисунок 1 - Уровень информированности ЛУИН о путях передачи и мерах профилактики ВИЧ по регионам, 2020 год, (N=4761)

По сравнению с 2018 годом, информированность данной группы по вопросам ВИЧ-инфекции возросла в 1,6 раза (с 37,6% до 55%) за счет реализации программ «снижения вреда» и повышения охвата ЛУИН профилактическими мероприятиями.

Охват ЛУИН профилактическими программами

Охват ЛУИН профилактическими программами (получили одноразовые шприцы, презервативы и информацию по профилактике ВИЧ-инфекции за последние 3 месяца) в среднем по РК составил 63,1% (до 25 лет - 51,6%, старше 25 лет - 63,9%), показатель варьирует от наименьшего 11,2% - в Жамбылской области до максимального 97,3% - в Костанайской (рисунок 2). Более значимо этот показатель различается в зависимости от пола: охват мужчин - 61,5%, женщин - 71,2%. Наибольший охват проф. программами мужчин - в Костаное (97,3%), наименьший - в Таразе (10,3%); наибольший охват профилактическими программами женщин - в Туркестане и Балхаше (100%), наименьший - в Актобе (13,8%).

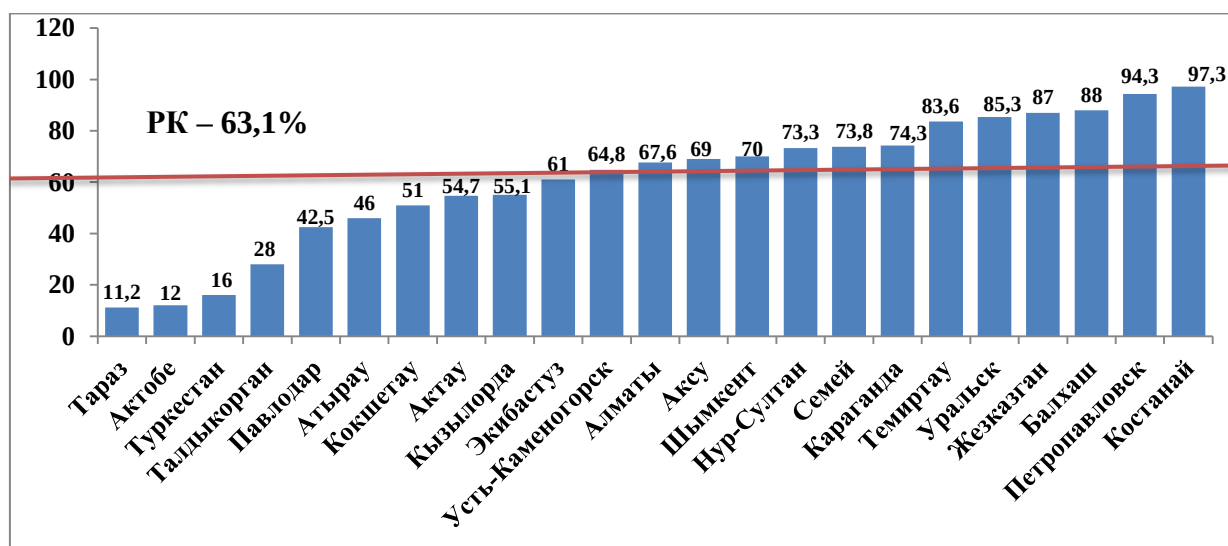


Рисунок 2 - Охват ЛУИН профилактическими программами по регионам, 2020 год, (N=4761)

Охват ВИЧ-инфицированных ЛУИН антиретровирусной терапией и добровольным тестированием на ВИЧ

Охват антиретровирусной терапией (далее - АРТ) ЛЖВ ЛУИН в 2020 году составил 49,5% (211), моложе 25 лет - 8% (2), старше 25 лет - 52,1% (209), женщин - 57,1% (40), мужчин - 47,5% (171) (рисунок 3).

В Акмолинской и Атырауской областях отмечается 100% охват АРТ ВИЧ-инфицированных ЛУИН, участвующих в исследовании, в Кызылординской и Туркестанской области - 0% ЛУИН, принимающих АРВ терапию.

По результатам серологических исследований было установлено, что из числа ЛУИН, получивших положительные результаты на антитела к ВИЧ - 47,1% ВИЧ-инфицированных ЛУИН не знали о своем положительном ВИЧ статусе до участия в ДЭН (192 из 403).

Тестирование на ВИЧ-инфекцию за последние 12 месяцев проходили 3552 ЛУИН, что составляет 74,6% (4761).

Из них, сдавали кровь на ВИЧ в наркодиспансере - 24,5%, в ОГЦ СПИД - 46,3%, в пунктах доверия - 46,6%, в дружественном кабинете - 10,4%, в других медицинских организациях - 11,9%, в местах лишения свободы - 1,5%, другие варианты ответа были у 0,7% опрошенных. Это подтверждает доступность услуг по тестированию на ВИЧ, предоставляемых в ОГЦ СПИД, куда в основном обращаются ЛУИН для обследования.

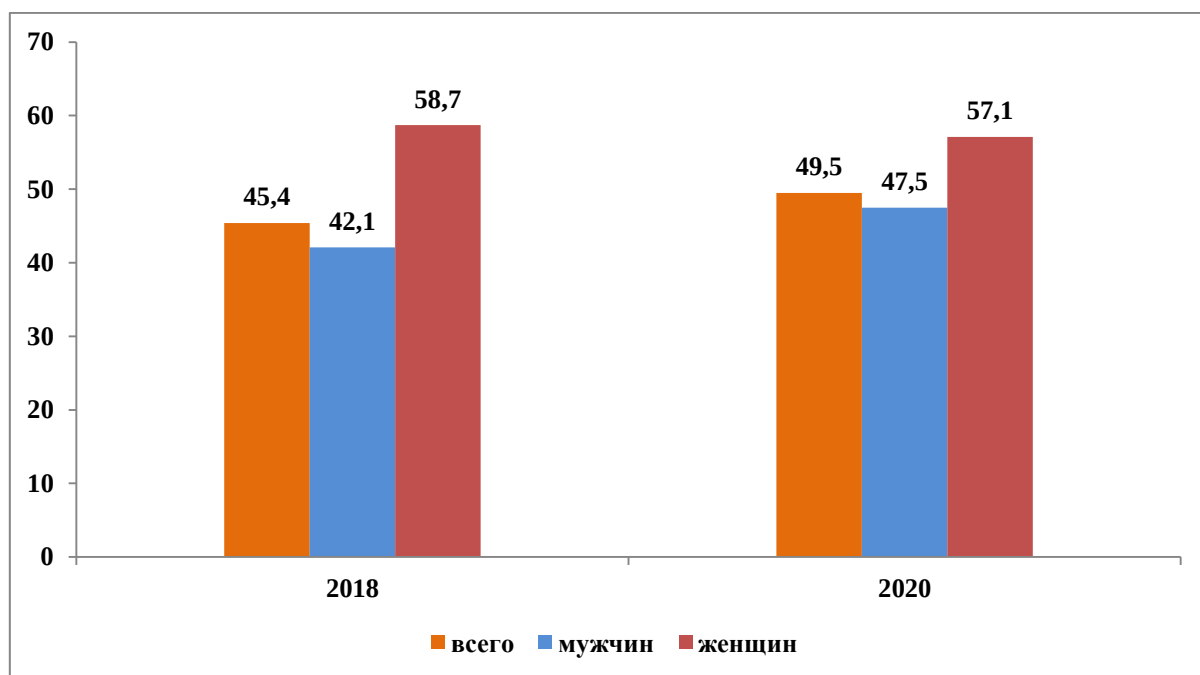


Рисунок 3 - Сравнительный охват АРТ ЛЖВ/ЛУИН (2018-2020 гг.)

По результатам анкетирования, процент ЛУИН, знающих свой ВИЧ-статус, составил 77,9% (2018 г. - 74,7%). Знание своего ВИЧ статуса среди женщин выше - 81,5%, чем мужчин - 77,2% (таблица 3).

Серологические показатели

Распространенность ВИЧ-инфекции в популяции ЛУИН статистически значимо не изменилась в 2018 году - 7,9% (ДИ: 7.9-9.69), в 2020 году - 8,3% (ДИ: 7.87-9.49).

Распространенность антител к ВГС в популяции ЛУИН увеличилась с 52,9% в 2018 году до 57,1 % в 2020 году, вероятно за счет все более широкого распространения новых дизайнерских наркотиков (синтетика) и в целом за счет изменения наркоситуации.

Таблица 3 - Процент ЛУИН, знающих результат своего обследования на ВИЧ за 12 месяцев в сравнении (2018-2020 гг.)

Возраст	% ЛУИН, которые знают о своем ВИЧ-статусе			
	2018		2020	
	мужчин	женщин	мужчин	женщин
До 25 лет	68	93,3	85,2	82,2
25 лет и старше	74,4	78,1	76,7	81,5
Всего по полу	74,1	78,5	77,2	81,5
Все возрастные группы	74,7		77,9	

Распространенность антител к сифилису снизилась с 9,2% до 8%. Распространенность антител к ВИЧ, ВГС и сифилису по полу и возрастным группам приведена в таблице 4.

Распространенность ВИЧ среди женщин, употребляющих инъекционные наркотики, снизилась в сравнении с 2018 годом с 15,5% до 8,5%.

Наблюдается рост распространенности антител к ВГС среди ЛУИН старше 25 лет (с 54,5% в 2018 году до 57,5% в 2020 году).

Вопросы дерматологии и венерологии, №1-2/2021

Таблица 4 - Распространенность ВИЧ-инфекции, ВГС и сифилиса по полу и в возрастных группах (ЛУИН моложе 25 лет и старше 25 лет), ДЭН 2020 г.

Возраст	ВИЧ-инфекция		ВГС		Сифилис	
	2018	2020	2018	2020	2018	2020
До 25 лет	5,7	3,6	24,1	23,8	5,5	5,2
25 лет и старше	8	8,3	54,5	57,5	8,6	7,9
Все возрастные группы	7,9	8,3	52,9	57,1	9,2	8
мужчины	6,4	7,9	53,1	55,9	7,8	6,6
женщины	15,5	8,5	51,4	48,9	11,9	14,1

Снизилась распространенность антител к сифилису среди ЛУИН мужчин с 7,8% до 6,6%, и выросла среди ЛУИН женщин - с 11,9% до 14,1%.

Показатель распространенности ВИЧ различается на дозорных сайтах: варьирует от минимальной распространенности в г. Жезказган - 0,3% до максимальной распространённости в г. Усть-Каменогорске - 18,4% (рисунок 4). Среди женщин ЛУИН и мужчин ЛУИН максимальная распространенность также в Усть-Каменогорске: среди женщин - 17,2%, среди мужчин - 21,1%.

В 2020 году максимальная распространенность ВГС была в Актобе (90,1% при распространенности ВИЧ - 1,7%), минимальная - в Талдыкоргане (30,4% при распространенности ВИЧ - 4,3%).

Максимальная распространенность антител к сифилису в г.Нур-Султан (17%), минимальная в г. Шымкент (2,3%). Распространенность сифилиса среди мужчин составила в 2020 году 7,3%, среди женщин - 14,8%. Наибольшая разница по сифилису среди мужчин и женщин отмечается в г. Алматы и г. Нур-Султан. Наряду с парентеральным путем заражения, среди ЛУИН в силу особенностей поведения, имеются условия для реализации, наряду с парентеральным, полового пути передачи ВИЧ.

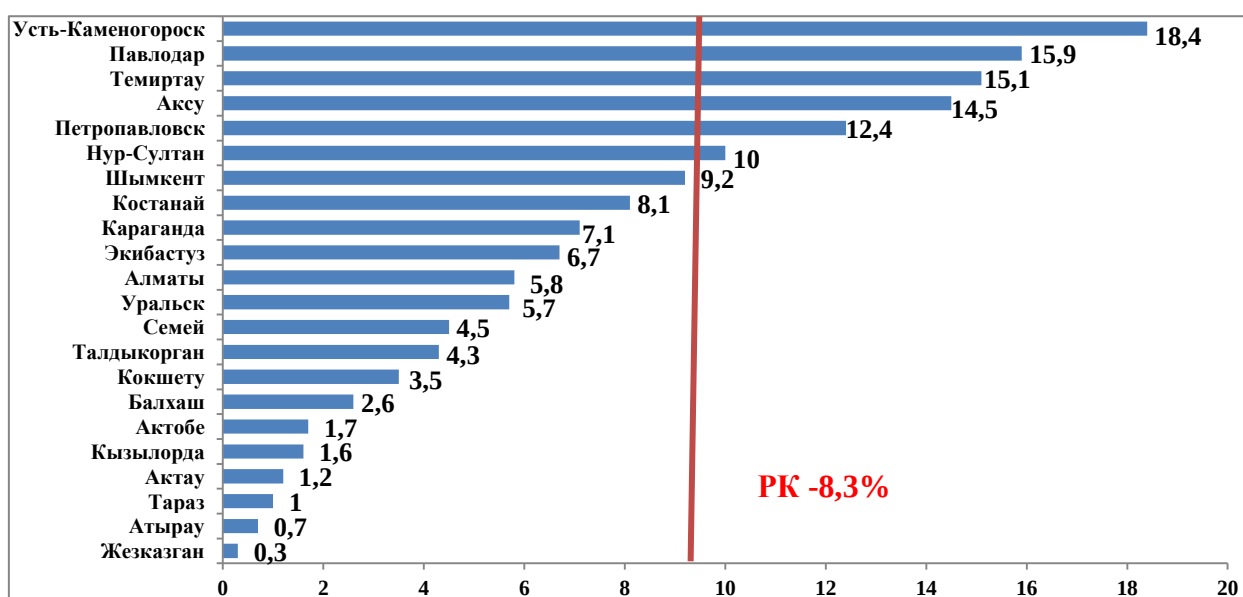


Рисунок 4 - Распространенность ВИЧ-инфекции среди ЛУИН по сайтам Казахстана, ДЭН, 2020 г.

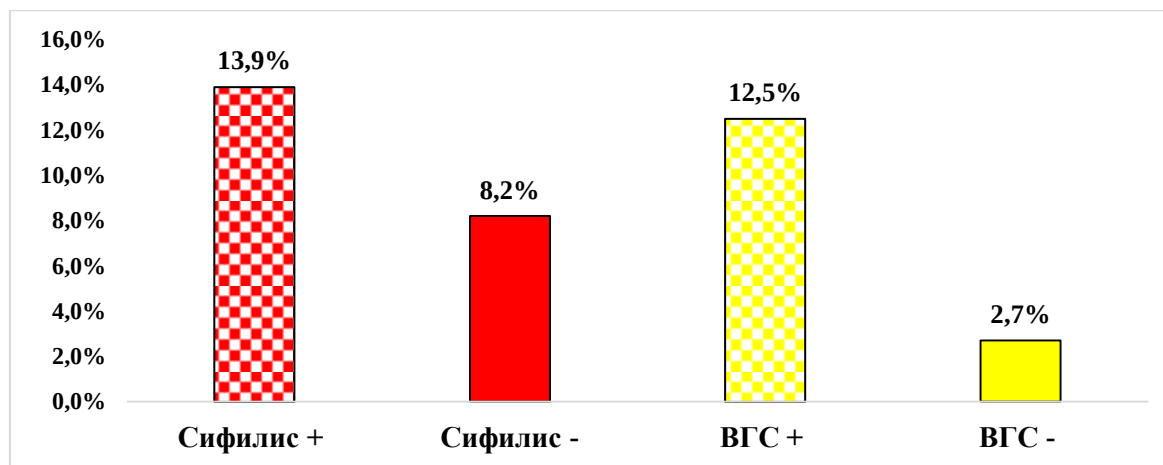


Рисунок 5 - Распространенность ВИЧ-инфекции среди лиц, инфицированных и не инфицированных гепатитом С и сифилисом, ДЭН, 2020 г.

Анализ результатов исследования показал, что распространенность ВИЧ-инфекции среди ЛУИН, инфицированных сифилисом, на 5,7% выше, чем среди ЛУИН, у кого не обнаружены антитела к сифилису. Аналогично распространенность ВИЧ-инфекции выше среди ЛУИН, инфицированных ВГС (12,5%), чем среди ЛУИН, у кого тест на ВГС отрицательный (2,7%) (рисунок 5).

Заключение

- Эпидемия удержана на концентрированной стадии.
- Увеличилась доля ЛУИН, охваченных программами профилактики ВИЧ (с 63,1% до 52,5%) и знающих о своем ВИЧ статусе (с 74,7% до 77,9%).
- Информированность ЛУИН по вопросам о ВИЧ-инфекции возросла за счет обращений в пункты доверия - в 1,5 раза (с 56,4% до 61,5%), интернета (с 53% до 64,5%), медицинских работников (с 56,4% до 65,2%) и аутрич работников (с 45,9% до 57,2%) в 1,3 раза в сравнении с 2018 годом.
- Полученные данные указывают на высокую доступность стерильных шприцев для ЛУИН (>90%), при этом часть из них практикует рискованное поведение.
- Обращаемость ЛУИН в пункты доверия для получения новых шприцев за последние 12 месяцев - 52,8%;
- Среди медицинских организаций наибольшая обращаемость ЛУИН при наличии симптомов ИППП в дружественные кабинеты - 67,6%;
- АРТ получали 49,5% ВИЧ-инфицированных ЛУИН, так как остальные не проходили обследование ранее и не знали свой ВИЧ статус.

Вместе с тем:

- В результате рискованного инъекционного поведения произошло увеличение распространенности ВГС в популяции ЛУИН в 2020 году (57,1%), в 2018 году (52,9%), что связано с изменением наркоситуации и появлением новых синтетических наркотиков с большой частотой их употребления.
- Сохраняется достаточно высокий уровень распространенности опасных практик инъекционного поведения и низкий уровень использования презервативов при половых контактах с постоянными партнерами. На использование презервативов с постоянными партнерами указали 42% ЛУИН, с непостоянными (случайными) - 82,2%, с коммерческими - 94%.
- Безопасную практику употребления наркотиков и безопасное половое поведение (не пользовались общим инструментарием или шприцем и использовали презервативы при

Вопросы дерматологии и венерологии, №1-2/2021

последнем половом контакте) приняли только 51,4% ЛУИН - в 2018 году и 52,4 % ЛУИН - в 2020 году.

- Программы снижения вреда для ЛУИН продолжают оставаться чрезвычайно актуальными в РК, так как почти каждый пятый ЛУИН (19%) употребляет инъекционные наркотики в случайной группе, либо с незнакомым человеком. Доля ЛУИН, указавших на использование стерильного инъекционного инструментария за весь последний месяц - 42,5%, при последней инъекции - 62,2%.

- Один ВИЧ-инфицированный наркопотребитель одномоментно может заразить от 1 до 10 человек, с которыми приходилось совместно пользоваться нестерильным инструментарием.

- По сравнению с 2018 годом в 1,3 раза увеличился процент ЛУИН, употребляющих инъекционные наркотики совместно с половыми партнерами (с 14,6% в 2018 году до 18,7% в 2020 году).

- Модели употребления психоактивных веществ меняются в сторону сочетанного употребления нескольких видов наркотиков и новых синтетических ПАВ (синтетические катиноны, соль, скорость). Наиболее часто употребляемые наркотики - мак (65,8%), героин - (40%) и синтетика (40,7%). Мак наиболее распространен среди ЛУИН в Аксу, Актобе, Балхаш, Семей, Жезказган, ЗКО, героин в городах Тараз - 98,8% и Кызылорда - 97,7%. Наибольшее употребление синтетики отмечается в Туркестане - 98% и Петропавловске - 63%.

- Существует большой потенциал передачи ВИЧ половым путем от группы ЛУИН к их половым партнерам, так как 47,1% ЛУИН (192 из 403) на момент исследования не знали о своем положительном ВИЧ статусе. Распространены половые отношения с случайными (49%) и коммерческими партнерами (7,3%).

- Не все ЛУИН обращаются за лечением в медицинские организации при наличии симптомов ИППП. Обратились за лечением ИППП только 75,3% ЛУИН, имевших симптомы ИППП.

- Информированность ЛУИН по вопросам ВИЧ увеличилась, но составила всего 55%, что требует дальнейшей информационной работы.

Рекомендации

- Поскольку по данным официальной статистики увеличивается количество зарегистрированных ЛЖВ, инфицированных половым путем, необходимо пропагандировать использование презервативов со всеми половыми партнерами и регулярное обследование ЛУИН на выявление ВИЧ-инфекции.

- Необходимо внедрение индексного тестирования контактных с ЛЖВ.

- Необходимо повысить охват проф. программами ЛУИН во всех регионах более 60% от оценочной численности популяции ЛУИН (86300).

- Необходимо обеспечить реализацию программ снижения вреда, предоставление услуг по тестированию на ВИЧ на условиях приемлемых для ЛУИН (экспресс диагностика в неправительственных организациях, пунктах доверия, дружественных кабинетах, самотестирование, анонимное обследование).

Түйіндеме

Бұл шолуда 2020 жылғы ҚР-да инъекциялық есірткіні қолданатын адамдар (бұдан әрі - ИЕҚА) арасында жүргізілген биомінез-құлық зерттеулердің жалпыланған нәтижелері келтірілген. Шолғыншы эпидемиологиялық қадағалау (бұдан әрі – ШЭҚ) ИЕҚА популяциясында АИТВ инфекциясының таралуы, АИТВ жұқтыруға қатысты мінез-құлық үлгілері мен қауіп факторлары, осы топтың эпидемиялық процестің дамуындағы рөлі туралы деректердің жалғыз көзі болып табылады. Бұл зерттеулер негізгі топтың бағалау санын есептеу, алдын-алу бағдарламаларының тиімділігін бағалау және жаңа ұсыныстар дайындау үшін қажет.

Түйінді сөздер: АИТВ-инфекциясы, инъекциялық есірткіні қолданатын адамдар, парентеральды берілу жолы, таралуы, психоактивті заттар, АИТВ-мен өмір сүретін адамдар, негізгі топ, жыныстық жолмен берілетін инфекциялар.

Resume

This review presents the generalized results of bio-behavioral studies conducted among people who inject drugs (hereinafter referred to as PWID) in the Republic of Kazakhstan in 2020. Sentinel epidemiological surveillance (hereinafter referred to as SES) is the only source of data on the prevalence of HIV-infection in the population of PWID, behavioral patterns and risk factors for HIV-infection, and the role of this group in the development of the epidemic process. The research data is needed to calculate the estimated number of the key group, evaluate the effectiveness of prevention programs, and prepare new recommendations.

Key words: HIV-infection, people who inject drugs, parenteral route of transmission, prevalence, psychoactive substances, people living with HIV, key group, sexually transmitted infections.

УДК 616.9



ПРОФИЛАКТИКА ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ ЗАПАДНО- КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ

**Кенжегалиева В.Т. – заведующая ОМО;
Мантакова А.А, Цой В.В.**

ГКП на ПХВ «Областной центр по профилактике и борьбе
со СПИД» Управления здравоохранения акимата Западно-
Казахстанской области, г. Уральск
РЕСПУБЛИКА КАЗАХСТАН

Резюме

В статье приведены статистические данные эпидемиологической ситуации по ВИЧ-инфекции в области. Проведен анализ аварийных ситуаций, с указанием основных причин возникновения и характеристики аварийных ситуаций.

Ключевые слова: аварийная ситуация, факторы повышающие риск заражения, постконтактная профилактика.

Проблема ВИЧ инфекции для Западно-Казахстанской области является одной из актуальных. Область входит в состав регионов РК со средним уровнем распространенности ВИЧ-инфекции.

Удержание распространенности в возрастной группе от 15 до 49 лет составляет - 0,14%.

В области с нарастающим итогом на 31.12.2020 года выявлено 787 ВИЧ-инфицированных граждан РК, показатель на 100 тысяч населения -119,8.

За 2020 год зарегистрировано - 96 случаев среди граждан РК (в 2019 году - 69), рост заболеваемости на 27 случаев. Среди выявленных случаев доля мужчин составила 68,7%, увеличилась на 20 случаев (с 46 случаев до 66), среди женщин увеличилась на 7 случаев (с 23

случаев до 30) в сравнении с 2019 годом. Выявление ВИЧ-инфекции преобладает среди жителей областного центра - 92,7%.

Особенностью эпидситуации 2020 года является рост парентерального пути заражения ВИЧ-инфекцией, который наметился со второго полугодия 2019 года с появлением синтетических наркотиков на территории области. Удельный вес парентерального пути в 2020 году составил 48,9%, против 26,1% в 2019 году.

Складывающаяся эпидемиологическая ситуация по ВИЧ-инфекции, на территории ЗКО приводит к увеличению риска профессионального заражения данной инфекцией медицинских работников при не соблюдении правил профилактики возникновения аварийных ситуаций.

С увеличением роста заболеваемости отмечается тенденция к росту числа госпитализаций ВИЧ-инфицированных как в стационары общего профиля, так и в стационары специфического направления (ОПТД, ОЦПЗ, родильные дома) и обращений ВИЧ-инфицированного населения в ПМСП. При этом увеличивается частота профессиональных контактов медицинских работников с потенциальными источниками заражения, что увеличивает риск аварийных ситуаций при проведении различных процедур, видов работ медицинскими работниками.

В медицинских организациях (МО) возможны аварийные ситуации, сопровождающиеся попаданием крови и биологических жидкостей пациента на кожу и слизистые оболочки медицинского персонала. В этих случаях не исключается реализация искусственного (искусственного) механизма передачи вируса от пациента к медицинскому работнику, возникающего при оказании медицинской помощи ВИЧ-инфицированным пациентам.

Цель работы: на примере медицинских организаций области изучить частоту и причины аварийных ситуаций, при обслуживании пациентов, являющиеся потенциальными источниками заражения.

Материалы и методы: Нами был проведен анализ и частота аварийных ситуаций, имеющих место в МО г. Уральска за 2019-2020 гг. на основании учетной формы «Журнал аварийных ситуаций» и по данным отчетов госпитальных эпидемиологов МО.

Аварийная ситуация – это попадание крови и других биологических жидкостей на кожу, слизистые оболочки медицинского работника, а также при травматизации их при выполнении медицинских манипуляций (укол, порез и др.).

Аварийная ситуация регистрируется в журнале профессионального контакта с потенциально инфицированным материалом и проведенных при этом мероприятий (дата, время, описание выполняемой манипуляции, подробные сведения о контакте, сведения о пациенте, с которым произошел контакт, подробные сведения о консультировании, постконтактной АРВ профилактике, данные об обследовании и вакцинации на вирусные гепатиты и диспансерном наблюдении).

На каждый случай аварийной ситуации при обслуживании ВИЧ-инфицированных в ЛПО, согласно приказа 39 от 22 июля 2015 года «Об утверждении методических рекомендаций по вопросам ВИЧ-инфекции для эпидемиологов медицинских организаций», составляется «Отчет о профессиональном контакте с потенциально инфицированным материалом», проводится эпидрасследование с выяснением причины травмы.

Результаты и обсуждение

За последние 2 года в МО Западно-Казахстанской области зарегистрирована 41 аварийная ситуация. По данным журнала аварийных ситуаций, наиболее часто риску заражения ВИЧ при исполнении профессиональных обязанностей подвергаются медицинские сестры - 48,7%, то есть половина всех случаев травматизации приходится на данную группу.

На долю врачей пришлось 34,1%, от общего числа пострадавших медработников, среди пострадавших в аварийных ситуациях врачей большинство составляют хирурги - 78,5%, на долю анестезиологов, стоматологов, гинекологов приходится по 7,1%. Из пострадавших

медсестер: 41,1% являются медсестрами приемного и хирургического отделения, на палатных, участковых медсестер приходится - 58,8%.

Риск заражения при профессиональном контакте зависит от формы контакта и количества опасного материала. При ранении острым инструментом риск заражения составляет в среднем около 0,23%. Риск заражения при контакте со слизистыми составляет в среднем около 0,09%. Факторами, повышающими риск заражения, является глубокое (внутримышечное) повреждение, ранение, при котором загрязненный инструмент попадает в кровеносный сосуд, ранение полой иглой, высокий уровень вирусной нагрузки у пациента - вероятного источника заражения.

По области наибольший процент (41,4%) аварий среди всех категорий медработников составили уколы иглами, на порезы инструментарием пришлось - 36,5%, попадание крови на слизистые оболочки, кожные покровы составило - 21,9%.

Основной из установленных причин возникновения аварийных ситуаций было несоблюдение, игнорирование правилами техники безопасности при работе с острыми инструментами и с отработанными изделиями медицинского назначения, неиспользование средств индивидуальной защиты при проведении инвазивных процедур, неосторожное обращение с медицинскими отходами.

Нестандартные ситуации произошли: при выполнении внутривенных инъекций - 3 случая (7,3%), при выполнении внутримышечных инъекций - 2 (4,8%), при работе с использованными (одноразовыми) шприцами - 14 (34,1%), при проведении операций - 9 (13%), забрызгивание слизистой глаз 9 (21,9%), при проведении биопсии - 1 случай (2,4%), стоматологические вмешательства - 3 (7,3%).

В качестве необходимых мер проводится работа по информированию медицинского персонала основным мерам профилактики ВИЧ-инфекции, семинары по профилактике непредвиденных ситуаций и несчастных случаев в МО, руководителем назначается ответственное лицо (госпитальный эпидемиолог), осуществляющий инструктаж и контроль за проведением мероприятий, направленных на предупреждение инфицирования ВИЧ и вирусными гепатитами с парентеральным путем передачи.

В медицинских организациях, в которых существует профессиональный риск заражения ВИЧ, имеется запас антиретровирусных препаратов и экспресс-тестов для проведения постконтактной профилактики с круглосуточной доступностью.

Областной центр СПИД оказывает консультативную помощь медицинским организациям по вопросам постконтактной профилактики.

Таким образом, сложившаяся на сегодня картина по регистрации аварийных ситуаций свидетельствует о наличии высокой вероятности заражения парентеральными инфекциями в условиях МО. Причинами аварийных ситуаций является несоблюдение мер профилактики медицинскими работниками (неиспользование или отсутствие средств индивидуальной защиты (очки, контейнеры для снятия игл), одевание колпачка на иглу шприца и т.д.) в МО области.

Для предупреждения возникновения аварийных ситуаций при работе с биологическими субстратами или при выполнении манипуляций необходимо выполнять требования приказа №39 от 22.07.2015 года «Об утверждении методических рекомендаций по вопросам ВИЧ-инфекции для эпидемиологов медицинских организаций», согласующиеся с общепринятыми мерами профилактики.

Литература

1. Ладная Н.Н., Нарсия Р.С., Юрин О.Г., Козырина Н.В., Буравцова Е.В. Постконтактная профилактика заражения ВИЧ-инфекцией // Пособие для медицинских работников.-М.-2009.-40 с.

2. Приказ ГКП на ПХВ «Республиканский центр по профилактике борьбе со СПИД» №39 от 22.07.2015 года «Об утверждении методических рекомендаций по вопросам ВИЧ-инфекции для эпидемиологов медицинских организаций».

3. Приказ МЗ РК «Об утверждении правил обязательного конфиденциального медицинского обследования на наличие ВИЧ-инфекции».

Түйіндеме

Мақалада облыста АИТВ инфекциясы бойынша эпидемиологиялық жағдайдың статистикалық деректері келтірілген. Авариялық жағдайлардың пайда болуының негізгі себептері мен сипаттамаларын көрсете отырып, авариялық жағдайларға талдау жүргізілді.

Түйінді сөздер: төтенше жағдай, инфекция қаупін арттыратын факторлар, науқаспен байланыстан кейінгі алдын-алу.

Resume

The article presents statistical data on the epidemiological situation of HIV infection in the region. The analysis of emergency situations is carried out, indicating the main causes of occurrence and characteristics of emergency situations.

Key words: emergency situation, factors that increase the risk of infection, post-exposure prophylaxis.



СИТУАЦИЯ В ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ ПРИ КОВИД-19 В КЫЗЫЛОРДИНСКОМ РЕГИОНЕ

**Пиржанов С.М. - врач-дерматовенеролог
высшей категории;
Мырзахметов К.Т., Косаев Н.Т., Кыздарбеков Г.М.**

КГП на ПХВ «Кызылординский областной кожно-
венерологический диспансер» УЗ Кызылординской
области, г. Кызылорда
РЕСПУБЛИКА КАЗАХСТАН

Резюме

Описываемое в данной статье, о течении дерматовенерологических заболеваний в условиях КОВИД-19, касается Кызылординского региона. Проведен сравнительный анализ, уровня заболеваемости за два года, 2019-2020 гг. Представлен предположительный прогноз, а вместе с тем пути решения в борьбе с дерматовенерологическими заболеваниями.

Ключевые слова: КОВИД-19, сифилис, дерматофития, чесотка.

Актуальность

Как мы видим, появившийся на нашей планете КОВИД-19 изменил многое, причём изменения коснулись практически всех сфер нашей жизни, в том числе и течения многих дерматовенерологических заболеваний. Казалось бы, появилась очередная инфекция, о которой мы неоднократно читали и слышали. Причём особой настороженности, как таковой и не было, но все события, прошедшие за последний год, связанные с КОВИД-19, заставляют нас задуматься об обратном.

Эпидемиология

Все практические врачи прекрасно знают о природе происхождения дерматовенерологических заболеваний, наряду с дерматозами, как мы знаем, существуют и болезни

инфекционного характера. В связи с этим, становится интересным течение дерматовенерологических заболеваний, в условиях КОВИД-19.

Проведённые ниже исследования, отображают лишь Кызылординский регион, не отражая ситуацию в целом, по стране. Понятно, что пандемия складывалась не везде одинаково, соответственно, в каждом регионе, возможны свои характерные особенности, о которых хотелось бы услышать.

Новизна

Резкое снижение венерологических заболеваний и увеличение заразных форм кожных болезней.

Согласно статистическим данным, в период за 2019-2020 гг., по заболеваемости венерическими и заразными кожными болезнями, по Кызылординской области, имеется характерная тенденция (таблица 1).

Таблица 1 – Число выявленных случаев венерических и заразных кожных болезней за 2019-2020 гг.

Нозологии	2019	2020	+рост / -снижение	%
Сифилис	224	186	-38	-16,90
Дерматофития	209	282	+73	+25,80
Чесотка	35	72	+37	+51,30
Гонорея	73	45	-28	-38,30
Хламидиоз	18	5	-13	-72,20
Трихомониаз	986	622	-364	-36,90
Аногенитальные бородавки	37	15	-22	-59,40

В период распространения КОВИД-19, наблюдается снижение венерологических заболеваний, но в то же время отмечается рост заразных форм кожных заболеваний. С чем это связано? Снижение венерологических заболеваний, на наш взгляд, связано в первую очередь, с введёнными в регионе карантинных мер (ограничение движения людей, запрет на посещение банных комплексов, ночных клубов, самоизоляция, и т.д.) и наоборот введённые карантинные меры, (онлайн учёба и т.д.) в связи со вспышкой КОВИД-19, способствовала росту и появлению осложненных форм кожных заболеваний (дерматофития, чесотка). Согласно проведённым исследованиям, в 67% случаев наблюдалась поздняя обращаемость при заразных формах кожных заболеваний, т.е., у родителей отсутствовала настороженность в отношении кожной патологии у своих детей, к тому же этому способствует безрецептурная продажа лекарственных средств. Поэтому, если раньше при посещении учебного заведения ребёнок осматривался медицинским работником, то в условиях онлайн учёбы, это стало невозможным.

Хотелось бы дополнить, что приведённые данные в вышеуказанной таблице, отражают действительное количество, т.к., в регионе практически отсутствует частная практика в области дерматовенерологии, чего не скажешь о других регионах (существует жёсткий контроль за деятельностью в области венерологии со стороны местных властей - ОКВД, где строго контролируется Вассерманизация, при этом ведётся разбор каждого случая дерматовенерологических заболеваний).

Безусловно, спрогнозировать дальнейшее течение распространения дерматовенерологических заболеваний, в условиях КОВИД-19, практически невозможно, но, учитывая текущее состояние динамики роста уровня заболеваемости КОВИД-19, на наш взгляд, это будет способствовать дальнейшему распространению заразных форм кожных заболеваний. В связи с этим, учитывая высокую контагиозность, а также длительность лечения, допустим (В35 Дерматофития волосистой части головы, средний срок лечения 20-25 дней, лечение проходит в большинстве случаев, в условиях стационара), считаю необходимым ужесточить перечень мероприятий, направленных на борьбу с дерматовенерологическими

заболеваниями. Безусловно, помимо лечения заразных форм дерматовенерологических болезней, существует, целый комплекс противоэпидемических мероприятий, без которых, казалось бы, невозможно остановить инфекцию. В большинстве случаев, вышеуказанные мероприятия способствуют ограничению распространения заболеваний. Но не все пациенты соглашаются на столь длительное пребывание в стационаре, что очень часто способствует появлению осложнённых форм. Думаем, настало время разработать и внедрить механизмы для принудительного лечения дерматовенерологических пациентов. Зачастую свой отказ, допустим при сифилисе, пациенты мотивируют тем, что у них отсутствуют какие-либо признаки данного заболевания (скрытый ранний сифилис). Основным показателем деятельности венерологической службы, как мы знаем, на протяжении длительного времени, является нахождение источников заболевания. Согласно современным реалиям дня, контакты между партнёрами, осуществляются посредством интернета, а именно социальных сетей (переписка и т.д.), при этом зачастую партнёры не знают настоящих имён, фамилий, мест проживания партнёров. Лишь знают номер сотового телефона. В связи с этим, для точного установления источника заболевания, предлагаем сделать следующее. В последнее время, что не может радовать, упорядочилась деятельность мобильных операторов, где как мы знаем, каждый клиент мобильной связи проходит идентификацию. Предлагаем на законодательном уровне решить вопрос, о разрешении на выдачу данных клиента сотового оператора (предполагаемого источника заболевания), выданных заразившемся пациентом, с установившимся диагнозом, путём запроса дерматовенерологических служб к сотовому оператору. Данная практика, на наш взгляд, будет способствовать значительному уменьшению уровня заболеваемости.

Второй наболевший вопрос, касается деятельности частных клиник. Практически все пациенты, с заразными формами дерматовенерологических заболеваний, да бы не афишировать свои проблемы, первично обращаются в частные клиники. В погоне за длинным рублём, пациентам назначают несоответствующее лечение, тем самым усугубляя и без того ситуацию. Наличие моратория на проверку малого и среднего бизнеса ограничивает проверку деятельности этих клиник, в связи с этим предлагаем также на законодательном уровне, ввести подотчётность частных клиник.

В связи с тем, что наш регион, относится к «жёлтой зоне», соответственно, было разрешено с первого марта 2021 года посещение детьми учебных заведений, теперь нами ожидается рост заразных форм кожных заболеваний, т.к. дети будут осматриваться медицинскими работниками учебных заведений.

Также вызывает особую настороженность активизация лейшманиоза, в нехарактерных районах нашей области (см. журнал «Вопросы дерматологии и венерологии, №3-4 2020 г.).

Заключение

Небывалая сложившаяся ситуация вокруг COVID-19, и вместе с тем введенные карантинные меры: создание локдаунов, полное ограничение движения людей между регионами, запрет на проведение различных мероприятий и т.д., способствовали значительному уменьшению распространения COVID-19, соответственно, как мы, дерматовенерологи наблюдаем, произошло резкое снижение венерологических и резкое увеличение заразных форм кожных заболеваний. В связи с этим возникает резонный вопрос - как снизить количество заразных форм кожных заболеваний? Какие меры необходимы для предупреждения распространения их?

Түйіндеме

Осы мақалада сипатталған COVID-19 жағдайында дерматовенерологиялық аурулардың барысы Қызылорда облысына қатысты. 2019-2020 жж. екі жыл ішінде сырқаттанушылық деңгейіне салыстырмалы талдау жүргізілді. Дерматовенерологиялық аурулармен күресте болжамды болжам, сонымен бірге шешу жолдары ұсынылды.

Түйінді сөздер: COVID-19, мерез, дерматофития, қышыма.

Resume

Described in this article, about the course of dermatovenereological diseases, in the conditions of COVID-19, concerns the Kyzylorda region. A comparative analysis of the incidence rate for two years, 2019-2020. The proposed prognosis, and at the same time solutions, in the fight against dermatovenereological diseases are presented.

Key words: COVID-19, syphilis, dermatophytia, scabies.

УДК 616.5:616.92



**ПОЛИМОРФИЗМ КОЖНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПРИ
НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-
19, ВЫЗВАННОЙ SARS-COV-2**

**Айткулова В.Р. - к.м.н., дерматовенеролог высшей
категории, ассистент кафедры персонализированной
медицины и педиатрии;
Аманжолова М.Т., Омарова Ж.К.**

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

Резюме

В связи с продолжающейся пандемией COVID-19 в клинической симптоматике болезни появляются новые симптомы полиорганного поражения, включая поражения кожного покрова. Клинические симптомы COVID-19, характеризующиеся поражением кожи, могут быть первыми симптомами заболевания.

Ключевые слова: дистресс-синдром, SARS-CoV-2, кожные ангииты, папуло-сквамозная сыпь и розовый лишай, сходство с сыпью при красной волчанке, токсикодермии, искусственное поражение кожи.

Первые сведения о новой коронавирусной инфекции появились в декабре 2019 года, когда заболевание было диагностировано у населения КНР (г. Ухань, провинция Хубэй).

ВОЗ в начале 2020 года определил название новой коронавирусной инфекции, международный комитет по таксономии (классификации вирусов) назвал возбудителя инфекции SARS-CoV-2.

Данные о заболевании COVID-19 зарегистрированы в период с декабря 2019 - март 2020 в КНР.

Начиная с января 2020 года появились сведения в других странах мира - Южной Корее, Иране, Италии, Испании, США, позднее практически по всему миру.

В настоящее время сведения об эпидемиологических и клинических особенностях, профилактике и лечении этого заболевания постоянно обновляются.

Наиболее распространенным клиническим проявлением COVID-19 является двухсторонняя пневмония, у 3-4% развивается острый респираторный дистресс-синдром (ОРДС).

Поражения кожного покрова выявляются специалистами при оказании медицинской помощи больным COVID-19.

Основным источником инфекции при COVID-19 является больной человек, включая нахождение его в периоде инкубации.

Пути передачи:

- воздушно-капельный (при кашле, чихании, разговоре);
- воздушно-пылевой;
- контактный;
- не доказанный, но возможный - фекально-оральный.

Факторы передачи:

- воздух;
- пищевые продукты;
- предметы обихода, контаминированные вирусом.

На сегодняшний день точные сведения о длительности и напряжённости иммунитета при инфекции, вызванной SARS-CoV-2, отсутствуют.

Известно, что при инфекциях, которые вызваны другими коронавирусами, иммунитет нестойкий и возможно повторное заражение.

SARS-CoV-2 включен в перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих.

Входными воротами для коронавирусной инфекции являются:

эпителий дыхательных путей и эпителиоциты желудка и кишечника.

В начале инфицирования SARS-CoV-2 повреждает клетки с рецепторами ангиотензин-превращающего фермента 2 типа (АПФ-2).

Эти рецепторы имеются на клетках респираторного тракта, почек, пищевода, мочевого пузыря, подвздошной кишки, сердца и центральной нервной системы.

Альвеолярные клетки II типа лёгких являются первоочередными при проникновении SARS-CoV-2, что обуславливает развитие пневмонии.

В настоящее время патогенетические механизмы коронавирусной инфекции продолжают изучаться.

Инкубационный период при COVID-19 длится 2-14 суток, в среднем 5-7 суток.

В течении коронавирусной инфекции отмечаются клинические особенности, которые проявляются типичными клиническими симптомами острой респираторной вирусной инфекции (ОРВИ), а именно:

- Повышение температуры тела (у 90% б/х);
- Кашель сухой или с небольшим количеством мокроты (80%);
- Одышка (55%);
- Утомляемость (44%);
- Ощущение заложенности в грудной клетке (20%).
- Возможны боль в горле, насморк, снижение обоняния и вкуса, признаки конъюнктивита.

- Одышка тяжелой степени развивается к 6-8 дню от начала заражения.

Одними из первых симптомов, при коронавирусной инфекции являются:

- Миалгия (в 11% случаев);
- Спутанность сознания (9%);
- Головные боли (8%);
- Кровохарканье (5%);
- Диарея (3%);
- Тошнота, рвота, сердцебиение. Эти признаки отмечаются в начале заболевания и в случаях без лихорадки.

Клиническими вариантами проявлениями COVID-19 являются:

- ОРВИ;
- Поражение только верхних дыхательных путей;
- Пневмония без дыхательной недостаточности;
- Пневмония с острой дыхательной недостаточностью;

Вопросы дерматологии и венерологии, №1-2/2021

- ОРДС (острый респираторный дистресс-синдром);
- Сепсис;
- Септический шок (инфекционно-токсический);
- Снижение сатурации на 88%, приводящей к гипоксемии и наблюдается более, чем у 30% пациентов.

Поражения кожи согласно анализа, описанных в литературе, у больных COVID-19 могут быть первичными признаками начала коронавирусной инфекции.

Исходя из патогенеза, развитие как экзантемы так и энантемы, связаны с ответом на воздействие возбудителя, токсинов и метаболитов возбудителя, в виде проявлений к которым относятся:

- расширение капилляров;
- стаз крови, повышение сосудистой проницаемости с развитием отека, геморрагий;
- некроз эпидермиса и более глубоких слоев кожи;
- дистрофические изменения клеток;
- формирование воспалений (серозного, гнойного, серозно-геморрагического).

Многообразие наблюдаемых дерматозов и кожных сыпей при COVID-19, можно разделить на несколько групп, в зависимости от этиологии и механизма развития.

I группа - Ангииты кожи, обусловленные непосредственно коронавирусной инфекцией.

Ангииты кожи - это группа воспалительно-аллергических заболеваний, в клинике и патоморфологии которых, первоначально ведущим звеном является, неспецифическое поражение дермо - гиподермальных сосудов разного калибра.

Высыпания при ангиитах, как правило располагаются, на коже нижних конечностей: голени, бедер, ступней, реже - ягодиц, предплечий, кистей. В тяжелых случаях возможно универсальное распространение сыпи (рисунок 1,2,3,4).



Рисунок 1,2,3,4 - Ангииты кожи, обусловленные непосредственно коронавирусной инфекцией

К II группе кожных проявлений при COVID-19 относятся - папуло-сквамозные сыпи и розовый лишай.

Одним из папуло-сквамозных дерматозов является розовый лишай Жибера.

По мнениям французских специалистов – у большинства пациентов с тяжелыми случаями COVID-19 отмечается высокий уровень цитокинов, связанных с инфекцией биомаркеров. И поэтому, кожные симптомы могут быть вторичным результатом иммунного ответа организма человека против вируса. В отличие от классического розового лишая Жибера - при коронавирусной инфекции отсутствуют начальные «материнские» эритематозные бляшки с чешуйчатым воротничком.

Таким образом, розовый лишай Жибера при COVID-19 можно отнести к категории паравирусных дерматозов, что имеет значение для практических врачей-дерматологов, которые должны быть осведомлены об этой новой клинической ассоциации (рисунок 5).

Одним из ключевых диагностических признаков розового лишая Жибера, является характерное расположение папуло-сквамозных элементов по линии Лангера [1].

К III группе кожных проявлений при COVID-19 относятся кореподобные сыпи.

Американские ученые сообщают о случаях COVID-19, которые характеризуются лихорадкой и распространенной кореподобной сыпью, локализуемой на коже туловища и конечностей, исключая лицо [2].

- Сыпь сопровождается болезненностью, зуд при этом отсутствует.

- У некоторых больных единственным клиническим симптомом является сыпь.

При кореподобной сыпи кожные проявления характеризовались эритематозными отечными папулами и кольцевидными бляшками, которые локализовались на коже верхних конечностей, груди, шеи, живота и ладоней, без поражения лица и слизистых оболочек.

У других же больных кореподобные сыпи клинически проявлялись в виде петихиальных и макулопапулезных высыпаний, которые локализовались на коже волосистой части головы, лица, шеи, груди, живота, ягодиц, конечностей, включая ладони и подошвы (рисунок 6).

К IV группе кожных высыпаний при коронавирусной инфекции относятся токсикодермии.

При COVID-19 не исключается возможность возникновения токсидермических реакций в ответ на терапию хинолоновыми, противовирусными, антибактериальными и другими лекарственными препаратами.

На фоне комбинированной и обширной терапии предусмотренной по протоколу развиваются обширные поражения кожи, которые захватывают всю поверхность туловища, с переходом на плечи и ягодицы (рисунок 7).



Рисунок 5 - Розовый лишай Жибера при COVID-19



Рисунок 6 – Кореподобная сыпь при COVID-19

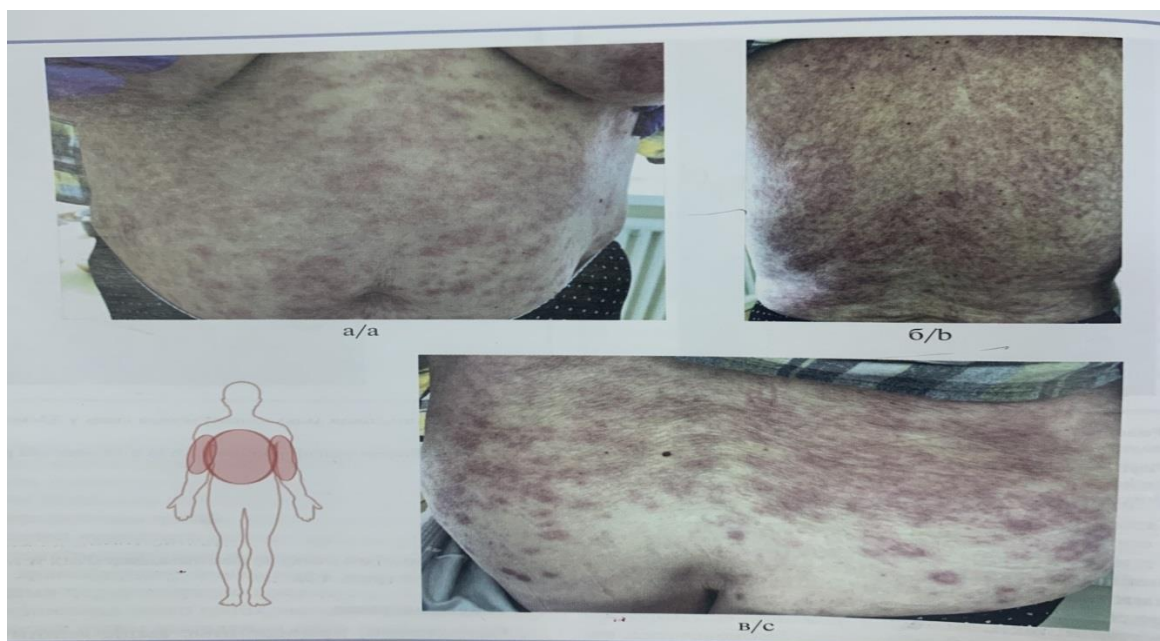


Рисунок 7 – Токсикодермии при COVID-19

Высыпания при токсикодермии представляют собой эритематозные пятна, синюшно-розового цвета, сливающиеся в обширные очаги. Часть высыпаний имеют кольцевидные очертания, что придает поражению кожи сходство с многоформной экссудативной эритемой, при которой, как известно, в основе патологического процесса лежат инфекционно-аллергические и токсико-аллергические факторы.

Причинами кожных высыпаний при COVID-19 могут являться вирусная, стрептококковая и микоплазменная инфекции, и лекарственная непереносимость.

Регресс кожных высыпаний при коронавирусной инфекции происходит за счет введения парентеральных глюкокортикостероидов предусмотренных по протоколу.

Испанские ученые, выделяют кожные проявления при коронавирусной инфекции в обособленную группу, которые проявляются двусторонней подмышечной пурпурозной сыпью [3].

Двусторонняя пурпурозная сыпь, которая локализуется в пахово-бедренной складке, в виде крупных сливных очагов розово-красного цвета, с буроватым оттенком и обилием фолликулярных папул по периферии (рисунок 8) [4].



Рисунок 8 – Двусторонняя паховая пурпурозная сыпь при COVID-19

В V группу кожных высыпаний при коронавирусной инфекции входят – артифициальные поражения кожи и обострения хронических дерматозов.

По мнению китайских ученых COVID-19 может вызвать системные воспалительные реакции, которые приводят к развитию дерматитов и обострению, изменению течения хронических дерматозов [5]. Длительное ношение масок и частое использование антисептиков приводит к обострению многих хронических дерматозов - наиболее чаще встречающихся, таких как розацеа, экзема и атопический дерматит.

Особое внимание следует обратить на частое развитие пролежней, с необычной локализацией на лице (рисунок 9).

Одним из приемов улучшения оксигенации является ведение пациентов в положении на животе (прон-позиция), что приводит к рекрутированию альвеол, расправлению ателектазов без создания повышенного давления в дыхательных путях.

Применение прон-позиции приводит к улучшению оксигенации и тем самым уменьшению летальности пациентов.

Но длительное ведение больного лицом вниз, приводит к развитию застойных явлений в области носа, надбровных дуг и скул, следствием которого являются нарушение трофики и формирование пролежней.



Рисунок 9 - Развитие пролежней с необычной локализацией на лице при COVID-19

Лечение кожных проявлений при SARS-CoV-2 симптоматическое, за счет основной терапии проводимой при коронавирусной инфекции.

Согласно анализа литературных данных и клинических наблюдений кожных проявлений при SARS-CoV-2, позволяет прийти к выводу, что поражения кожи могут быть первичными признаками начала коронавирусной инфекции COVID-19.

Литература

1. Ortega-Quijano D., Jimenez-Cauhe J., Selda-Enriquez G. et al. Algorithm for the classification of COVID-19 rashes. J Am Acad Dermatol. 2020; 83(2):e103-e104. doi:10.1016/j.jaad.2020.05.034.
2. Hunt M. And Koziatsek C. A case of COVID-19 pneumonia in a young male with full body rash as a presenting symptom // Clinical practice and cases in emergency medicine. Doi.-10.5811/cocemos.2020.3.47349.
3. Galvan Casas C., Catala A., Carretero Hernandez G. et al. Classification of the cutaneous manifestations of COVID-19: a rapid prospective nationwide consensus study in Spain with 375 cases. Br. J. Dermatol. 2020; 183(1):71-77. doi: 10.1111/bjd.19163.
4. Потекаев Н.Н., Жукова О.В., Проценко Д.Н. и др. Клиническая характеристика кожных проявлений при новой коронавирусной инфекции COVID-19, вызванной SARS-CoV-2 // Дерматология и венерология.-2020; 21(3): 42 с.
5. Zheng Yue, Lai Wei. Dermatology Staff Participate in Fight Against Covid-19 in China // J Eur Acad Dermatol Venereol.-2020, Mar 23. doi: 10.1111/jdv.16390. Online ahead of print.

Түйіндеме

COVID-19 пандемиясының жалғасуына байланысты аурулардың клиникалық белгілерінде жаңа полиоргандық зақымданулар пайда болып жатыр, оның ішінде терінің зақымдануы да байқалады. Терінің зақымдануымен сипатталатын COVID-19 клиникалық белгілері аурудың бірініші белгілері болуы мүмкін.

Түйінді сөздер: дистресс-синдром, SARS-CoV-2, тері ангииттері, папуло-сквамоздың бөртпе және қызғылт темірткесі, қызылшы ауруының бөртпесіне ұқсастық, токсикодермиялар, артифициалдық тері зақымдануы.

Summary

Due to the ongoing COVID-19 pandemic, new symptoms of multiple organ damage, including skin lesions, are appearing in the clinical symptoms of the disease. The clinical symptoms of COVID-19, characterized by skin lesions, may be the first symptoms of the disease.

Key words: distress syndrome, SARS-CoV-2, skin angitis, papulo-squamous rashes and pink lichen, bark-like rashes, toxicoderma, artificial skin lesions.

УДК 616.97-07-08



ТЕРАПИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ: ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ТЕРАПИИ

**Куанов Т.О. – главный врач;
Баев А.И., Аймахашева П.Н., Илюпова Б.К.**

**ГКП на ПХВ «Кожно-венерологический диспансер»
УОЗ г. Алматы
РЕСПУБЛИКА КАЗАХСТАН**

Резюме

Изучена распространенность смешанной половой инфекции и выявлены клинико-лабораторные особенности у 192 женщин репродуктивного возраста. Наибольшей распространенностью характеризовался уrogenитальный микоплазмоз, который встречался в 87,5% случаев. Отмечена высокая частота (84,4%) выявления полимикробных ассоциаций.

Проведена оценка эффективности применения эпигаллата в комплексной терапии воспалительных заболеваний женских органов у 24 пациенток со смешанной половой инфекцией, показавшая значимое влияние эпигаллата на ускорение элиминации возбудителя, что позволяет повысить эффективность воздействия антибактериальных препаратов, избежать рецидивов инфекции и связанных с их лечением затрат.

Ключевые слова: ИППП, микст-инфекция, воспаление, терапия, эпигаллат.

Введение

Одной из актуальных проблем, имеющей значимое социальное и медико-биологическое значение, является нарушение репродуктивной функции человека. Известно, что одной из

главных причин бесплодного брака являются инфекции, передающиеся половым путем (ИППП).

По данным ВОЗ, ежегодно 357 млн людей в возрасте 15-49 лет заболевают 4 излечимыми ИППП, вызываемыми *Chlamydia trachomatis* (131 млн), *Neisseria gonorrhoeae* (78 млн), *Treponema pallidum* (6 млн) или *Trichomonas vaginalis* (142 млн) [1]. Столь же широка распространённость некоторых инфекций вирусного происхождения: 417 млн человек имеют вирус простого герпеса 2-го типа (ВПГ-2), а около 291 млн женщин - вирус папилломы человека (ВПЧ) [1,2]. Значительная часть случаев ИППП протекает бессимптомно или с невыраженной клинической симптоматикой. Как следствие этого процесса манифестация происходит уже на стадии развития осложнений. ИППП относятся к числу наиболее частых причин материнской и перинатальной заболеваемости и смертности, они могут приводить к воспалительным заболеваниям органов малого таза (ВЗОМТ). Более 85% случаев ВЗОМТ этиологически связаны с возбудителями урогенитальной инфекции [3], а в 30-60% случаев ВЗОМТ у женщин связаны с ИППП, нередко в ассоциации с облигатными микроорганизмами, входящими в состав нормальной вагинальной микрофлоры.

Смешанные урогенитальные инфекции вызывают патологический процесс, характеризующийся сложнейшим комплексом межмикробных взаимоотношений и взаимовлияний различных популяций микроорганизмов с единым патогенезом, в развитие которого вносит определенный вклад каждый, составляющий микст инфектов-ассоциантов [4,5].

Микробные ассоциации с различной степенью этиологической значимости каждого микроорганизма могут усиливать цитопатическое действие (интерферирующая синтропия) на ткани урогенитального тракта, формируя нетипичное развитие и течение воспалительных заболеваний мочеполового тракта, что необходимо учитывать при оценке клинической картины, лабораторных данных и назначении соответствующей терапии.

При микст-инфицировании существуют все предпосылки для длительного поддержания хронического воспалительного процесса в урогенитальном тракте. Доказано, что наличие хронического воспаления генитального тракта является одним из факторов риска развития неопластических процессов [6,7], в том числе обусловленным эпигенетической модификацией генома [8]; аутоиммунных процессов [9,10,11,12] (аутоиммунная овариальная недостаточность воспалительного генеза, эндометрит), как результат неадекватного взаимодействия иммунной системы с симбионтами, отличающийся от противоинфекционной защиты [10,13,14].

Известно, что проведение адекватной антибиотикотерапии, которая в силу объективных причин (антибиотикорезистентность этиологически значимых инфекционных агентов) и так затруднена при полимикробной ассоциации урогенитального тракта, не всегда приводит к ликвидации воспалительного процесса [15] и нормализации (восстановления) клеток и тканей репродуктивных органов.

Изучение иммунных и молекулярных механизмов хронизации воспаления позволило выявить новых фигурантов нормальной и патологической воспалительной реакции – инфламасомы. Инфламасомы, особые мультимолекулярные (мультибелковые) комплексы, которые, как оказалось, не только поддерживают заболевание, но и способствуют закреплению воспалительного ответа на долгие годы [16]. Именно они запускают провоспалительный ответ, а сверхбыстрая ликвидация инфламасом позволяет избежать неадекватно сильного иммунного ответа. При нарушении сборки и/или дезинтеграции инфламмасом отмечается функционирование «неразобранных» комплексов инфламмасом, постоянно генерирующих воспалительную реакцию, что и лежит в основе хронизации воспалительного процесса [17].

Лекарственные средства, способные блокировать сборку инфламмасом или ускорять их дезинтеграцию, известны. К примеру, катехоламины зелёного чая (эпигаллокатехин-3-галлат) не только повышают эффективность антибиотиков, но и устраняют хроническое воспаление. В лаборатории Лондонского университета было установлено, что эпигаллокатехины способны одолеть β -лактамную устойчивость у метициллинрезистентного золотистого стафилококка (methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*, MRSA) - самой «известной»

супербактерии. В присутствии этого флавоноида минимальная подавляющая концентрация оксациллина для уничтожения возбудителя сокращается более, чем в 100 раз [18].

Учитывая последний факт, наше внимание привлекла биологически активная добавка, включающая активный ингредиент - Эпигаллокатехин-3-галлат («Эпигаллат», «Ильмикс групп», Россия), действие которого направлено на устранение хронического воспаления посредством торможения активности инфламмасом [18,19].

Эпигаллат помимо противовоспалительного эффекта, ускоряет действие антибиотиков, включая группу бета-лактамов и тетрациклинов (стимулируя резистентные микроорганизмы); является ингибитором гиперпластических процессов, включая аномальное формирование, рост, деление клеточных структур в тканях и органов женских половых органов. Как самостоятельная добавка, актуальная своим противоопухолевым эффектом, воздействует на сигнальные механизмы различного происхождения.

Целью исследования явилось изучение распространенности смешанной половой инфекции и выявление их клинико-лабораторных особенностей у женщин репродуктивного возраста, и оценка эффективности применения эпигаллата в комплексной терапии воспалительных заболеваний женских органов.

Материалы и методы исследований

Исследование проведено на базе ГКП на ПХВ «Кожно-венерологический диспансер» УОЗ г. Алматы.

Для изучения распространенности смешанной половой инфекции и выявления их клинико-лабораторных особенностей у женщин репродуктивного возраста за период январь-декабрь 2020 года было проведено обследование 192 женщин в возрасте от 18 до 49 лет, обратившихся за медицинской помощью / направленных на обследование, в КВД г. Алматы.

На первом этапе всем пациенткам было проведено комплексное клинико-лабораторное обследование, включавшее осмотр врача, инструментальные (ультразвуковое исследование органов малого таза, кольпоскопия, гистеросальпингография - по показаниям) и лабораторные исследования, консультации смежных специалистов согласно перечню и объему соответствующих клинических протоколов по ИППП [20].

Лабораторную диагностику ИППП проводили общепринятыми методами: для диагностики сифилиса использовали комплекс трепонемных тестов (РПГА – реакция пассивной гемагглютинации, ИФА – иммуноферментный анализ). Диагноз урогенитального микоплазмоза (*M.genitalium*, *M.hominis*, *U.urealyticum*), трихомониаза (*T.vaginalis*), гонококковой (*N.gonorrhoeae*) и хламидийной инфекций (*Ch.trachomatis*), генитального герпеса (с определением типа), вульвовагинального кандидоза и *G. vaginalis* устанавливали методом полимеразной цепной реакции (ПЦР – диагностики с использованием тестов Амплисенс).

Для оценки общей бактериальной обсемененности, состояния эпителиального слоя влагалища, лейкоцитарной реакции, структуры микрофлоры, выявления дрожжеподобных грибов рода *Candida*, влагалищных трихомонад *Tr.vaginalis*, гонококковой инфекции, *G.vaginalis* и ключевых клеток проводили полуколичественную бактериоскопию (исследование препаратов, окрашенных метиленовым синим, по Граму, нативных препаратов и препаратов с добавлением 10% раствора КОН).

Критериями включения в дальнейшее исследование были: микст-ИППП, репродуктивный возраст, согласие пациенток на участие в исследовании.

Критериями исключения являлись: наличие тяжелой соматической патологии, гормональные нарушения, беременность, лактация, ВИЧ, несогласие пациенток на участие в исследовании.

Таким образом, в дальнейшее исследование, для оценки эффективности применения эпигаллата в комплексной терапии воспалительных заболеваний женских органов, вошли 24 женщины.

Исследование было открытым, неконтролируемым, краткосрочным.

Под наблюдением находилось 24 женщины с воспалительными заболеваниями женских половых органов в возрасте 17-48 лет (средний возраст: $27,6 \pm 8,0$ лет - $X \pm s$), наблюдавшихся нами непосредственно в клинике ГКП на ПХВ «Кожно-венерологический диспансер» УОЗ г. Алматы.

Все пациентки подписывали информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства. Была разработана унифицированная тематическая карта пациента. Клиническое обследование включало оценку характера субъективных и объективных симптомов, данных анамнеза заболевания, акушерско-гинекологического и полового анамнеза заболевания (возраст начала половой жизни, число половых партнеров, наличие одновременно нескольких половых партнеров, число беременностей, родов, абортов, наличие в анамнезе ИППП, а также сопутствующих или перенесенных заболеваний).

Терапия ИППП проводилась лекарственными средствами (антибиотиками, антикандиозными, противовирусными средствами) в соответствии с разовыми и курсовыми дозами, рекомендованными в действующих клинических протоколах по ИППП [20]. В терапии микоплазменной, хламидийной инфекции применялись джозамицин (1500 мг в три приема в течение 10-14 дней) и/или доксициклин (200 мг в два приема в течение 10-14 дней); гонококковой инфекции - цефтриаксон 500 мг в/м однократно. Для лечения урогенитального трихомониаза / *G.vaginalis* использовался метронидазол 500 мг 3 раза в сутки в течение 10 дней / метронидазол 500 мг 2 раза в сутки в течение 7 дней; ВПГ - ацикловир (1000 мг в пять приемов в течение 5 дней). В терапии вульвовагинального кандидоза и профилактики антибиотикотерапии, когда длительность терапии доходила до 14 дней, назначался флуконазол по 150 мг 2-3 раза с интервалом в 72 часа.

Параллельно назначали эпигаллат в соответствии с рекомендациями производителя («Эпигаллат», «Ильмикс групп», Россия), а именно: по 2 капсулы (1000 мг) 3 раза в день в течение 30 дней.

Результаты исследований оценивали до, через 10 и 30 дней после начала терапии.

Критерием эффективности терапии с клинических позиций являлось купирование симптомов основного заболевания и результаты лабораторных исследований. Безопасность и переносимость препаратов оценивали на основе регистрации нежелательных явлений.

Статистическая обработка полученных данных проводилась на базе прикладной компьютерной программы Microsoft Excel 10 (Statistica for Windows 10). Результаты полученных данных обрабатывали общепринятыми методами вариационной статистики (вычисление выборочного среднего (X), выборочного стандартного отклонения (s), достоверность сравниваемых величин определяли по критерию Стьюдента [21]. При этом различия считались достоверными при $p \geq 0,05$.

Результаты собственных исследований и обсуждение

Средний возраст представленной выборки ($n=192$) составил $28,5 \pm 8,5$ лет.

Давность заболевания варьировала от 2-х дней до 5 мес.

Наибольшей распространенностью характеризовался урогенитальный микоплазмоз (таблица 1), который встречался в 87,5% случаев; при этом *M.genitalium* была выявлена у 41 (21,4%) пациенток, *M.hominis* – у 109 (56,8%), *U.urealyticum* – у 114 (59,4%). Влагалищные трихомонады были обнаружены у 54 (28,1%) пациенток, хламидийная инфекция – у 37 (19,2%), сифилис - у 4 (2,1%).

Кандидозный вульвовагинт был диагностирован у 92 (47,9%) пациенток, *G.vaginalis* был выявлена у 54 (28,1%). Вирусные инфекции ВПЧ и ВПГ были диагностированы у 9,9% и 16,7%, соответственно (таблица 1).

Отмечена высокая частота (84,4%) выявления полимикробных ассоциаций. В большинстве случаев микст-инфекций было сочетание микоплазменной инфекции (*M.hominis* + *U.urealyticum*) и *Candida spp.* - у 35 (18,2%); (*M.hominis* + *U.urealyticum*) + *G.vaginalis* – у 32 (16,7%); (*M.hominis* + *U.urealyticum*) + ВПГ (1 и 2 типы) – у 28 (14,6%); (*M.hominis* + *U.urealyticum*) + *Candida spp.* + *G.vaginalis* – у 26 (13,5%). Другие полимикробные сочетания

Таблица 1 - Этиологическая структура ИППП (n=192)

Виды ИППП	n	%
<i>N.gonorrhoeae</i>	11	5,7
<i>Ch.trachomatis</i>	37	19,2
<i>Микоплазменная инфекция:</i>	168	87,5
<i>M.genitalium</i>	41	21,4
<i>M.hominis</i>	109	56,8
<i>U.urealyticum</i>	114	59,4
<i>Tr.vaginalis</i>	54	28,1
<i>Tr.pallidum</i>	4	2,1
<i>G.vaginalis</i>	59	30,7
<i>Candida spp.</i>	92	47,9
ВПЧ (16,18 типы)	19	9,9
ВПГ (1 и 2 типы)	32	16,7
Микст-инфекции:	162	84,3
<i>M.hominis</i> + <i>U.urealyticum</i> + <i>Candida spp.</i>	35	18,2
<i>M.hominis</i> + <i>U.urealyticum</i> + <i>G.vaginalis</i>	32	16,7
<i>M.hominis</i> + <i>U.urealyticum</i> + ВПГ (1 и 2 типы)	28	14,6
<i>M.hominis</i> + <i>U.urealyticum</i> + <i>Candida spp.</i> + <i>G.vaginalis</i>	26	13,5

встречались реже. Моно-инфекция наблюдалась в 15,6% случаев.

Таким образом, по результатам представленной выборки общая доля условно-патогенных возбудителей при микст-инфицировании женских половых органов значительно превышало (более, чем в 2 раза) долю истинно патогенных агентов.

В таблице 2 представлена структура жалоб пациенток с женскими воспалительными заболеваниями. Из 192 женщин 47 (24,5%) не предъявляли жалобы. 145 (75,5%) отмечали следующие основные жалобы: наличие вагинальных выделений – у 99 (68,3%) пациенток, зуд / жжение – у 75 (39,1%), дискомфорт и боль внизу живота – у 47 (24,5%). При этом стоит отметить, что у большинства пациенток клинические признаки и симптомы были невыраженными.

Таблица 2 - Структура жалоб пациенток с женскими воспалительными заболеваниями, (n=192)

Жалобы	До лечения
Зуд, жжение	75 (39,1%)
Выделения из половых путей	99 (68,3%)
Дизурия	17 (8,9%)
Диспанурия	19 (9,9%)
Дискомфорт или боль в нижней части живота	47 (24,5%)
Нарушения менструального цикла	39 (20,3%)

Гинекологические заболевания были выявлены у 183 (95,3%) женщин: сальпингит и оофорит (69; 37,7%); болезни шейки и тела матки (87; 47,5%); болезни влагалища и вульвы (137; 74,9%); болезни бартолиновой железы (8; 4,4%).

Из 192 женщин нарушения микробиоценоза обнаружены у 92 (47,9%): дисбиоз неясного генеза – у 48 (52,2%), бактериальный вагиноз – у 34 (37,0%).

В группе больных микст-инфекциями один эпизод лечения по поводу ИППП в анамнезе (данные анамнеза и результаты предыдущих контрольных лабораторных тестов) отмечался у 67 (35,2%) пациенток, 2 – у 53 (32,7%), 3 эпизода лечения – у 38 (23,5%). По данным

анамнеза (в том числе и результатам гистеросальпингографии, соногистеросальпингографии, УЗИ органов малого таза) также установлено, что 81 (41,4%) женщина ранее обследовались или лечились по поводу женского бесплодия (преимущественно трубно-овариального).

Таким образом, по результатам собственных исследований установлено, что в структуре ИППП на долю микст-инфекций приходится 84,3%; при этом на долю условно-патогенной флоры (микоплазменная инфекция) более 2/3 случаев от всей выявленной половой инфекции. По результатам нашей выборки для микст-инфекций характерно преимущественно хроническое течение воспалительного процесса, о чем свидетельствовали: давность заболевания, которая варьировала от 2-х дней до 5 мес.; бесплодие в анамнезе – у 41,4% обследуемых женщин; лечение половой инфекции в прошлом, которое наблюдалось у 35,2%.

Как уже отмечалось ранее взаимосвязь хронического воспаления и доброкачественных и/или злокачественных новообразований различной локализации на сегодняшний день не вызывает сомнений. Считается, что именно протяжённое во времени хроническое воспаление, сопровождающееся устойчивым нарушением привычного клеточного метаболизма, может быть предпосылкой появления связанных с воспалением патологических состояний, в том числе опухолевых заболеваний.

Учитывая изложенное, мы приступили к клиническим испытаниям эффективности применения эпигаллата в комплексной терапии полимикробной ассоциации.

Под наблюдением находилось 24 пациентки со смешанной половой инфекцией (*M.hominis* + *U.urealyticum* в сочетании с другими инфекционными агентами).

В таблице 3 приведена клиническая характеристика женщин, получавших комплексную терапию с применением эпигаллата в лечении женских воспалительных заболеваний.

Таблица 3 - Клиническая характеристика пациенток с женскими воспалительными заболеваниями, получавших комплексную терапию с применением эпигаллата (n=24)

Параметры	Обследуемые (n=24)
Возраст, годы (M±s)	27,6±8,0
Возраст менархе, годы	14,5±3,5
Возраст начала половой жизни, годы	20,0±3,8
Менструальная функция (%):	
не нарушена	11 (45,8%)
нарушена	13 (54,2%)
Исходы предыдущих беременностей (%):	
артифициальные аборты	10 (41,7%)
роды	6 (25,0%)
выкидыш	4 (16,7%)
внематочная беременность	4 (16,7%)
Хирургические вмешательства на органах малого таза (по данным анамнеза)	9 (37,5%)

Среди 24 пациенток (таблица 4) со смешанной половой инфекцией диагноз уретрита установлен у 12 (50,0%) больных, вульвовагинита / вагиноза – у 24 (100,0%), эндоцервицита – у 24 (100,0%), эндометрита – у 24 (100,0%), сальпингоофорита – у 14 (58,3%).

Клиническая симптоматика заболевания характеризовалась большим полиморфизмом и вариабельностью (таблица 5). Наиболее типичной жалобой были выделения, которые имели место у всех (100,0%) пациенток; зуд и чувство жжения беспокоили 5 (20,8%) больных; дискомфорт и болезненность внизу живота отмечалась у 14 (58,3%) женщин; несколько реже отмечалась диспареуния - у 2 больных (8,3%) и болезненность при мочеиспускании, которая беспокоила двоих (8,3%) женщин. У большинства пациенток клинические признаки и симптомы носили невыраженный характер: выделения из половых путей были скудными, отечность и гиперемия стенок влагалища была умеренного характера.

Таблица 4 - Структура гинекологических воспалительных заболеваний у пациенток, получавших комплексную терапию с применением эпигаллата (n=24)

Клинический диагноз	Обследуемые (n=24)
Уретрит	12 (50,0%)
Цервицит	24 (100,0%)
Сальпингит и оофарит	14 (58,3%)
Эндометриит	24 (100,0%)
Вульвовагинит / вагиноз	24 (100,0%)

Таблица 5 - Динамика жалоб пациенток с женскими воспалительными заболеваниями, получавших комплексную терапию с применением эпигаллата (n=24)

Жалобы	До лечения	Через 30 дней
Зуд, жжение	5 (20,8%)	0
Выделения из половых путей	24 (100,0%)	0
Дизурия	2 (8,3%)	0
Диспанурия	2 (8,3%)	0
Дискомфорт или боль в нижней части живота	14 (58,3%)	1 (4,2%)

К концу лечения, только у одной пациентки со смешанной половой инфекцией, принимавших в комплексной терапии эпигаллат, отмечалось чувство дискомфорта в нижней части живота.

Анализ результатов микроскопического исследования, отделяемого из половых путей, проведенный до лечения показал, что у 20 (83,3%) пациенток соотношение полиморфно-ядерных лейкоцитов и эпителиальных клеток варьировало от 1:5 до 1:9; у 3 был в интервале 1:2 - 1:4 и у одной пациентки – 1:10 и более. После проведенного комплексного лечения с применением эпигаллата у всех женщин количество лейкоцитов было единичным (24; 100%); соотношение лейкоциты / эпителиальные клетки было 1:1.

Заключение

Проведенное нами исследование изучения распространенности смешанной половой инфекции и выявление их клинико-лабораторных особенностей у женщин репродуктивного возраста показало, что наибольшей распространенностью характеризовался микоплазмоз, вызванный возбудителями *M.hominis* и *U.urealyticum* который встречался в 56,8% и 59,4% случаев, соответственно. Отмечена высокая частота выявления полимикробных ассоциаций – в 84,4% случаев. В большинстве случаев различных микст-инфекций было сочетание микоплазменной инфекции (*M.hominis* + *U.urealyticum*) с другими условно-патогенными микроорганизмами; при этом частота условно-патогенных возбудителей значительно превышала (более, чем в 2 раза) долю истинно патогенных инфекционных агентов.

Установлено, что для микст-инфекций характерно преимущественно хроническое течение воспалительного процесса (давность заболевания варьировала от 2-х дней до 5 мес.; бесплодие в анамнезе – у 41,4%, лечение половой инфекции в прошлом - у 35,2%).

Применение эпигаллата в комплексной терапии смешанной половой инфекции характеризовалось клиническим улучшением в 91,6% случаев, о чем свидетельствовали результаты мониторинга клинических симптомов (только у одной пациентки через 30 дней после лечения сохранялось чувство дискомфорта и боли внизу живота) и лабораторных анализов (количество лейкоцитов было единичным, а соотношение лейкоциты / эпителиальные клетки было 1:1).

Таким образом, введенный в комплексную терапию микст-инфекций урогенитального тракта, эпигаллат оказывает значимое влияние на ускорение элиминации возбудителя, что

повышает эффективность воздействия антибактериальных препаратов, позволяет избежать рецидивов инфекции и связанных с их лечением затрат. Эпигаллат способен направленно влиять на устранение хронического воспаления посредством торможения активности инфламасом, ускоряя таким образом, действие антибиотиков; является ингибитором гиперпластических процессов. Его применение в комплексной терапии смешанной половой инфекции, позволяет считать данный профилактический подход целесообразным.

Литература

1. WHO. Global health sector strategy on sexually transmitted infections. Towards ending STIs. Geneva; 2016. Available at: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246296/1/WHO-RHR16.09-eng.pdf>.
2. D. Gamoudi, S. Flew et al. // European guideline on the organization of a consultation for sexually transmitted infections 2018. <https://doi.org/10.1111/jdv.15577>.
3. Кисина В.И., Канищева Е.Ю. Воспалительные заболевания органов малого таза у женщин и их связь с инфекциями, передаваемыми половым путем. Часть 1. Этиология и патогенез // Вестник дерматологии.-2002.-№3.-С. 25-30.
4. Savchenko T.N., Khashukoeva A.Z., Il'ina I.U. et al. Inflammatory diseases of the pelvic organs: influence on the reproductive condition of women, prospects of treatment // Doctor.-2014;12:40-48 (in Russ.).
5. Шульженко А.Е., Щубелко Р.В., Зуйкова И.Н. Рецидивирующие смешанные инфекции урогенитального тракта у женщин: стратегия коррекции мукозального иммунитета // Consilium Medicum.-2016;06:87-93.
6. Lu H., Ouyang W., Huang C. Inflammation, a key event in cancer development // Mol. Cancer Res.-2006.-Vol.4.-№4.-P. 221-233.
7. Allavena P. et al. Pathways connecting inflammation and cancer // Curr. Opin. Genet. Dev.-2008.-Vol.18.-№1.-P. 3-10.
8. Sharma S., Kelly T.K., Jones P.A. Epigenetics in cancer // Carcinogenesis.-2010.-Vol.31.-№1.-P. 27-36.
9. Буянова С.Н. Аутоиммунные нарушения у гинекологических больных с острыми и хроническими гнойными заболеваниями органов малого таза и их коррекция / Буянова С.Н., Шукина Н.А., Добровольская Т.Б. // Российский вестник акушера-гинеколога.-2004.-Т.4.-№5.-С. 30-33.
10. Ниаури Д.А. Патогенез, клиника, диагностика и принципы лечения нормогонадотропной недостаточности яичников: автореф. дис. ... д-ра мед. наук.-СПб., 1995.-34 с.
11. Потин В.В., Смагина Е.Е., Гзгзян А.М. и др. Патогенез и диагностика аутоиммунного оофорита // Журнал акушерства и женских болезней.-2000.-Т.Л., Вып.2.-С. 59-66.
12. Климович В.Б. Актуальные проблемы эволюционной иммунологии // Журнал эволюционной биохимии и физиологии.-2002.-№38.-С. 442-451.
13. Palm N.W., Zoete M.R. de, Flavell R.A. Immune-microbiota interactions in health and disease // Clin. Immunol.-2015.-Vol.159.-№2.-P. 122-127.
14. Sena AC, Lensing S, Rompalo A, et al. Chlamydia trachomatis, Mycoplasma genitalium, and Trichomonas vaginalis infections in men with nongonococcal urethritis: predictors and persistence after therapy // J Infect Dis.-2012; 206: 357-365.
15. Martinon F., Burns K., Tschopp J. The inflammasome: a molecular platform triggering activation of inflammatory caspases and processing of proIL-beta // Mol. Cell.-2002.-Vol.10.-№2.-P. 417-426.
16. Robbins G.R., Wen H., Ting J.P.-Y. Inflammasomes and metabolic disorders: old genes in modern diseases // Mol. Cell.-2014.-Vol.54.-№2.-P. 297-308.
17. Stapleton P.D., Shah S., Anderson J.C. et al. Modulation of beta-lactam resistance in Staphylococcus aureus by catechins and gallates. // Int. J. Antimicrob. Agents.-2004.-Vol.23.-№5.-P. 462-467.

18. Ellis L.Z. et al. Green tea polyphenol epigallocatechin-3-gallate suppresses melanoma growth by inhibiting inflammasome and IL-1 β secretion // Biochem. Biophys. Res. Commun.-2011.-Vol.414.-№3.-P. 551-556.

19. Gordon N.C., Wareham D.W. Antimicrobial activity of the green tea polyphenol (-)-epigallocatechin-3-gallate (EGCG) against clinical isolates of *Stenotrophomonas maltophilia* // Int. J. Antimicrob. Agents.-2010.-Vol.36.-№2.-P. 129-131.

20. www.rcrz.kz «Клинические протоколы по ИППП»

21. Сергиенко В.И., Бондарева И.Б. Математическая статистика в клинических исследованиях.-М: ГЭОТАР-Медиа, 2006;304.

Түйіндеме

Аралас жыныстық инфекцияның таралуы зерттелді және репродуктивті жастағы 192 әйелде клиникалық және зертханалық ерекшеліктер анықталды. Ең көп таралғаны урогенитальды микоплазмозбен сипатталды, ол 87,5% жағдайда табылды. Полимикробтық ассоциацияларды анықтаудың жоғары жиілігі (84,4%) байқалды.

Эпигаллатты аралас жыныстық инфекциясы бар 24 пациентте әйелдер ағзаларының қабыну ауруларын кешенді емдеуде қолдану тиімділігі бағаланды, бұл эпигаллаттың патогенді жоюды жеделдетуге айтарлықтай әсерін көрсетті, бұл Бактерияға қарсы препараттардың тиімділігін арттыруға, инфекцияның қайталануын және оларды емдеуге байланысты шығындарды болдырмауға мүмкіндік береді.

Түйінді сөздер: ЖЖБИ, аралас инфекция, қабыну, терапия, эпигаллат.

Resume

The prevalence of mixed sexual infection was studied and clinical and laboratory features were revealed in 192 women of reproductive age. The greatest prevalence was characterized by urogenital mycoplasmosis, which occurred in 87.5% of cases. A high frequency (84.4%) of detection of polymicrobial associations was noted.

The evaluation of the effectiveness of epigallate in the complex therapy of inflammatory diseases of the female organs in 24 patients with mixed sexual infection was carried out, which showed a significant effect of epigallate on accelerating the elimination of the pathogen, which allows to increase the effectiveness of the effect of antibacterial drugs, to avoid relapses of infection and the costs associated with their treatment.

Key words: STI, mixed infection, inflammation, therapy, epigallate.

УДК 616.596-002



РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ПРОТИВОГРИБКОВОЙ МАЗИ РОЗЕОФУНГИН-АС

**Ли Л.Г. врач-дерматовенеролог;
Иржанова Д.Н., Раимкулова А.А., Байбулатова С.М.**

ГКП на ПХВ «Жамбылский областной кожно-
венерологический диспансер УЗ акимата Жамбылской
области», г. Тараз
РЕСПУБЛИКА КАЗАХСТАН

Резюме

Изучены особенности применения, сравнительная характеристика эффективности терфалина (тербинафин) и Розеофунгина-АС для наружного применения в терапии микозов стоп в зависимости от клинической формы поражения.

Наиболее эффективным при выборе наружной терапии микоза стоп оказался Розеофунгин-АС, менее эффективным - крем терфалин.

Розеофунгин-АС, мазь 2% для наружного применения может быть рекомендован как самостоятельный, эффективный и безопасный метод наружной терапии микозов стоп.

Ключевые слова: микоз стоп, терапия, противогрибковые препараты, эффективность, безопасность.

Микозы кожи стоп - одна из наиболее актуальных проблем в дерматовенерологии, вследствие чрезвычайной распространенности этих заболеваний.

Существует этиологическая классификация дерматофитий:

- микозы, вызываемые *Trichophyton rubrum* (руброфития, рубромикоз);
- микозы, вызываемые *Trichophyton mentagrophytes*, var. *interdigitale* (эпидермофития).

Руброфития

В клинической картине руброфитии стоп различают пять основных 7 форм: сквамозную, сквамозно-гиперкератотическую, интертригинозную, дисгидротическую и онихомикоз стоп.

■ Сквамозная форма характеризуется наличием шелушения на коже межпальцевых складок, подошв, ладоней, иногда – с наличием мелких поверхностных трещин. В области боковых поверхностей подошв также могут наблюдаться явления десквамации.

■ Сквамозно-гиперкератотическая форма проявляется диффузным или очаговым утолщением рогового слоя (гиперкератозом) боковых и подошвенных поверхностей стоп, несущих наибольшую нагрузку. Обычно пораженные участки кожи имеют слабовыраженную воспалительную окраску и покрыты мелкими отрубевидными или муковидными чешуйками. Измененная стопа может иметь вид «подследника» или «индейского чулка» - «мокасиновый тип». Шелушение в кожных бороздах создает утрированный рисунок, что придает коже как бы «припудренный» вид. Субъективно отмечают сухость кожи, умеренный зуд, иногда болезненность в местах поражения.

■ Интертригинозная (межпальцевая, опреловидная) форма клинически сходна с опрелостью. Поражаются межпальцевые складки, чаще между III и IV, IV и V пальцами стоп. Процесс характеризуется гиперемией, отеком, мокнутием и мацерацией, в ряде случаев - пузырьковыми высыпаниями. Нередко образуются эрозии и глубокие и болезненные трещины. Субъективно отмечают зуд, жжение, болезненность в очагах поражения.

■ Дисгидротическая форма проявляется многочисленными пузырьками с толстой крышкой. Преимущественная локализация – свод стопы, а также межпальцевые складки и кожа пальцев; сливаясь, они образуют крупные многокамерные пузыри, при вскрытии которых возникают влажные эрозии розово-красного цвета. Высыпания располагаются на неизменной коже. При развитии процесса присоединяются гиперемия, отечность и зуд кожи, что придает этой разновидности сходство с острой дисгидротической экземой.

Проблема терапии больных микозами по-прежнему требует пристального внимания, ввиду нередких рецидивов заболевания, отсутствия клинического и микологического эффекта, нежелательных побочных проявлений.

Эпидермофития

Эпидермофития стоп представляет собой поражение стоп, вызываемое *Trichophyton mentagrophytes*, var. *interdigitale* (межпальцевым трихофитом). Данный грибковый процесс мало отличается от клиники руброфитии. Возбудитель эпидермофитии стоп обладает выраженным алергизирующим действием, поэтому у таких больных чаще возникают интертригинозные и дисгидротические формы заболевания, сопровождающиеся вторичными

высыпаниями (микидами). Возможно развитие эритемы, отека, обильной десквамации с образованием эрозий и язв, присоединением вторичной инфекции, вызванной грамотрицательными бактериями. Такой процесс сопровождается региональным (пахово-бедренный) лимфаденитом, лимфангитом и общими симптомами: лихорадкой, недомоганием. В начале заболевания наблюдается поражение складки между 3 и 4-м пальцами стопы, с переходом на верхнюю треть подошвы, свод, боковые поверхности стопы и пальцев.

Лечение микоза гладкой кожи стоп и других локализаций проводится лекарственными средствами (ЛС) для наружного применения. Используют различные ЛС в зависимости от выраженности воспалительных явлений, шелушения и кератоза. Тактика и последовательность назначения средств наружной терапии зависят от конкретной клинической формы микоза: островоспалительные формы требуют назначения растворов и гелей, подострые – кремов, хронические – мазевое лечение.

Розеофунгин-АС – новый оригинальный противогрибковый лекарственный препарат «Розеофунгин-АС», мазь 2% для лечения микозов кожи. Применяют при грибковых поражениях стоп и гладкой кожи тела разной локализации. Благодаря большому числу сопряженных двойных связей, обладает высокой тропностью к стероловым образованиям клеточной мембраны грибов. Связываясь с ними, индуцируя проницаемость мембраны, приводя к лизису клетки гриба.

Механизм действия: Лекарственной субстанцией препарата является полиеновый антибиотик Розеофунгин, подавляющий рост 39 возбудителей поверхностных и глубоких микозов – трихофитии, микроспории, кандидозов и др.

Преимущества: Достоинством препарата «Розеофунгин-АС» является оригинальность лекарственной субстанции, новизна лекарственного препарата, широкий спектр противогрибкового действия, отсутствие устойчивых форм возбудителей грибковых инфекций, высокая эффективность лечения, краткий курс лечения.

Новый противогрибковый препарат «Розеофунгин-АС», мазь 2% успешно прошел I, II и III фазы клинических испытаний, продемонстрировав отсутствие токсичности и 100% терапевтическую эффективность в лечении грибковых поражений кожи различной этиологии.

Лекарственный препарат «Розеофунгин-АС» для лечения кожных грибковых инфекций зарегистрирован в Казахстане в 2017 году, включен в Государственный Реестр лекарственных средств Республики Казахстан Приказом МЗ РК от 08.09.2017 №N010336. Регистрационный номер РК-ЛС-5№023225. Препарат внесен в Казахстанский национальный лекарственный формуляр (КНФ) (редакция приказа №931 Министра здравоохранения РК от 25.04.2019 №КР ДСМ-51).

Тербинафины (класс аллиламинов) оказывают действие фунгистатическое *in vivo* и фунгицидное *in vitro*, которое обусловлено ингибированием грибковой эпоксидазы и биосинтеза эргостерола.

При наружном применении тербинафин оказывает выраженное фунгицидное действие, а также противовоспалительный эффект, сравнимый с клиническим эффектом 1% мази гидрокортизона. Есть также указание на наличие у наружных препаратов тербинафина определенной антибактериальной активности.

Целью нашего исследования является изучение особенностей применения, сравнительная характеристика эффективности наружного лечения тербинафина (тербинафин) и розеофунгина-АС (розеофунгина) в терапии микозов стоп в зависимости от клинической формы поражения

1. Эллиминация возбудителя;
2. Регресс клинических симптомов заболевания;
3. Отсутствие рецидивов.

Материалы и методы исследования

Клиническая характеристика больных

Вопросы дерматологии и венерологии, №1-2/2021

Под наблюдением находилось 10 больных, 4 женщины и 6 мужчин в возрасте от 18 до 42 лет. Характер поражения кожи был следующий:

- 1) стертая форма - 1 пациент;
- 2) сквамозная с муковидным шелушением - 4 пациента;
- 3) интертригинозная - 2 пациента;
- 4) дисгидротическая – 3 пациента;

Давность заболевания от 3-х месяцев до 1 года.

Клинический диагноз микоза кожи подошв был подтвержден обнаружением мицелия грибка. У всех 10 больных с микозом стоп был обнаружен мицелий дерматомицетов при помощи классического теста с 10% КОН.

В 5 случаях был выполнен посев патологического материала на диагностическую среду Сабуро. Рост микромицетов получен в 3 случаях (85%): *T. rubrum* - 29, в 2 случаях (15%) - *T. interdigitale*, у 5 пациентов при бак. посеве - не было роста флоры.

Методика лечения больных

Наружные препараты Розеофунгин и Терфалин назначали в соответствии с классическими правилами, принятыми в дерматологии в зависимости от выраженности воспалительных явлений. 5 человек наружно применяли крем Розеофунгин 2 раза в день, 21 день; остальные 5 человек применяли крем Терфалин 2 раза в день, 21 день. Системная терапия не проводилась.

Результаты исследования

По истечении срока лечения, через 21 день у пациентов, которые применяли наружно Розеофунгин: наступило выздоровление, при сдаче анализа грибка: грибок не обнаружен. На фоне лечения Розеофунгином у больных уже на 14 день уменьшалась выраженность как субъективных, так и объективных проявлений. К 21 дню практически все клинические признаки патологического процесса отсутствовали. Клиническое выздоровление отмечалось в основной группе в 99% случаев (рисунок 1,2,3).

У 5 пациентов при лечении кремом Терфалин наступило улучшение: прошел зуд, уменьшилась гиперемия и шелушение, но в ходе контрольного обследования на грибок: найден мицелий грибка, что в дальнейшем послужило основанием к продлению курса лечения, с добавлением прием внутрь таблеток Терфалин 0,25, по 1 таблетке 1 раз в день, 7 дней. Спустя через последующие 7 дней комбинированной терапии, наступил выраженный терапевтический эффект. При лабораторном исследовании: грибок не найден (рисунок 4).



Пациент №1 (до и после лечения)

Пациентка №2 (до и после лечения)



Пациент №3 (до и после лечения)

Рисунок 1,2,3 - Лечение рубромикоза стоп розеофунгином



Рисунок 4 - Лечение эпидермофитии стоп кремом терфалин
(до и после лечения)

Результаты лечения

Исследуемый препарат Розеофунгин-АС, мазь 2% для наружного применения является эффективным антимикотическим средством, клиничко-микологическая эффективность которого в терапии микозов стоп составляет 99,1%, что подтверждено положительной динамикой клинических проявлений и результатами лабораторных исследований.

В процессе лечения наружно мазь Розеофунгин ни у одного из пациентов не возникло побочных явлений.

При использовании у другой группы пациентов крема Терфалин - терапевтический эффект не отмечался, лишь при подключении в лечение таблеток Терфалин, спустя дополнительные 7 дней - удалось добиться результата. Но надо отметить, что приём орально Терфалина у одного из пациентов дал побочное явление: дискомфорт и расстройство стула.

Выводы

Проблема микозов кожи подошв является чрезвычайно актуальной, в первую очередь для экономически развитых стран.

При отсутствии эффективной терапии микозов стоп ведёт к развитию у пациентов грибкового поражения ногтей. Это следует рассматривать как осложненное течение микоза.

В результате проведенного исследования установлено, что наружное применение препарата Розеофунгин эффективно и безопасно в терапии микозов кожи, при этом нет необходимости применять противогрибковые препараты внутрь, учитывая выраженные побочные явления.

Рекомендации

Лечение микоза стоп следует проводить в строгом соответствии с клинической формой.

После купирования микотического процесса пациентам необходимо назначать смягчающие и регенерирующие кремы, не допуская формирования плотных сухих корко-чешуек: они травмируют тонкий регенерирующий эпидермис и вызывают болезненность.

Выводы

1. Лечение микоза гладкой кожи стоп и других локализаций проводится антимикотическими средствами для наружного применения. Наиболее эффективным при выборе наружной терапии микоза стоп оказался Розеофунгин-АС.

2. Менее эффективным оказался крем терфалин, при неэффективности наружной терапии терфалином были назначены антимикотики системного действия, только после комплексного лечения удалось добиться клинического выздоровления.

3. Розеофунгин-АС, мазь 2% для наружного применения может быть рекомендована как самостоятельный, эффективный и безопасный метод наружной терапии микозов стоп.

Түйіндеме

Қолданудың ерекшеліктері, зақымданудың клиникалық түріне байланысты табан микоздарын емдеуде сыртқа қолдануға арналған терфалин (тербинафин) мен Розеофунгин-АС тиімділігінің салыстырмалы сипаттамасы зерттелді.

Аяқтың микозының сыртқы терапиясын таңдаудағы ең тиімді - Розеофунгин-АС, терфалин кремі аз тиімді болды.

Розеофунгин-АС, сыртқа қолдануға арналған 2% жақпа аяқ микоздарын сыртқы емдеудің тәуелсіз, тиімді және қауіпсіз әдісі ретінде ұсынылуы мүмкін.

Түйінді сөздер: аяқтың микозы, терапия, антифунгалды препараттар, тиімділік, қауіпсіздік.

Resume

The features of application, comparative characteristics of the effectiveness of terfalin (terbinafine) and Roseofungin-AS for external use in the treatment of foot mycoses, depending on the clinical form of the lesion, were studied.

Roseofungin-AS was the most effective when choosing external therapy for mycosis of the feet, while terfalin cream was less effective.

Roseofungin-AS, ointment 2% for external use can be recommended as an independent, effective and safe method of external therapy of mycoses of the feet.

Key words: mycosis of the feet, therapy, antifungal drugs, efficacy, safety.

УДК 616.5-006.52



**КАРЦИНОИДНЫЙ ПАПИЛЛОМАТОЗ КОЖИ
ГОТТРОНА**

**Исакова И.А. – врач-резидент кафедры
персонализированной медицины и педиатрии,
дерматовенеролог;
Айткулова В.Р., Галиева Д.М.**

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

Резюме:

В статье описан клинический случай карциноидного папилломатоза кожи Готтрона для подробного ознакомления врачей-дерматовенерологов для данного редкого дерматоза.

Ключевые слова: карциноидный папилломатоз кожи Готтрона, предраковый дерматоз, гиперплазия эпидермиса, келлоидные рубцы, лимфостаз нижних конечностей.

Карциноидный папилломатоз Готтрона - редкий предраковый дерматоз, характеризующийся псевдоэпителиоматозной гиперплазией эпидермиса в виде папилломатозных, бородавчатых разрастаний и вегетаций, формирующихся на месте очагов хронических заболеваний кожи или рубцов. Описанный в 1932 г. немецким дерматологом Генрихом Адольфом Готтроном. Заболевают преимущественно люди старшего возраста (40-85 лет). Мужчины болеют несколько чаще женщин, поражение кожи обычно симметричное, однако иногда могут наблюдаться и одиночные очаги. Существуют несколько предрасполагающих факторов в развитии заболевания: механические травмы, хроническое воспаление при длительно текущих дерматозах: веррукозная форма красного плоского лишая, нейродермит, туберкулез кожи и хроническая экзема [1]. Отдельное внимание уделяют нарушениям кровообращения (варикозный симптомокомплекс), наличию келлоидных рубцов и лимфостазу нижних конечностей [1,2].

Согласно классификации по клиническим формам различают:

- язвенно-инфильтративная (эндофитная)
- опухолевидная (экзофитная)
- гиперкератотическая.

Клиника карциноидного папилломатоза кожи Готтрона характеризуется симметричными или односторонними очагами поражения с локализацией на любом участке кожи, чаще на конечностях, особенно нижних (на голених, стопах), несколько реже - на туловище, половых органах и на слизистой оболочке полости рта [3]. Процесс часто развивается на нижних конечностях в условиях нарушенного кровоснабжения [4,2]. Очаги поражения возникают на месте травм и рубцов от ожогов. Патологический очаг представляет резко отграниченное опухолевидное образование или уплощенную бляшку размером с ладонь и более, выступающую над уровнем кожи на 1-2 см. Характерны папилломатозные и веррукозные разрастания цвета сырого мяса, имеющие примерно одинаковую высоту, что придает им сходство с цветной капустой. Очаги плотной или тестоватой консистенции, в углублениях между сосочковыми разрастаниями и опухолевидными конгломератами определяются борозды, в которых скапливаются чешуйки и корки, после удаления которых обнажаются мацерированные участки и изъязвления с кровоточащими эрозиями [4,5]. При сдавлении очага с боков из глубины выделяется сливкообразный желтовато-белого цвета липкий гной в виде небольших капель с неприятным запахом. На поверхности местами имеются кровянисто-гнойные корки [1,2]. Диагностика: гистопатологическая картина при данном заболевании характеризуется псевдокарциноматозной гиперплазией эпидермиса и увеличением митотической активности клеток. Акантотические тяжи проникают в глубокие отделы дермы, однако базальная мембрана остается интактной, атипия клеток не выявляется. В поверхностных слоях эпидермиса отмечаются явления гипер- и паракератоза. В дерме периваскулярное пространство инфильтрировано лимфоцитами, гистиоцитами и фибробластами [1,2]. Дифференциальный диагноз КПКГ проводят со следующими заболеваниями: высокодифференцированным плоскоклеточным раком, хронической вегетирующей пиодермией Аллопо, бородавчатым туберкулезом, хромобластомикозом, лимфостатическим папилломатозом кожи. Для высокодифференцированного плоскоклеточного рака кожи характерны плотная консистенция и малоподвижное основание опухоли, наличие плотных, с трудом снимающихся роговых чешуек, а также наличие признаков ороговения в толще опухоли и на ее поверхности, склонность к изъязвлению и кровоточивости, отсутствие изменений кожи по периферии очага, наличие увеличенных регионарных лимфоузлов,

свидетельствующих о метастазировании. При гистологическом исследовании выявляются беспорядочно расположенные комплексы атипичных клеток плоского эпителия с инвазивным ростом в глубокие слои дермы, отсутствием межклеточных связей, гиперплазией, гиперхроматозом и полиморфизмом ядер, увеличением числа митозов, дискератозом и признаками избыточной кератинизации с наличием «роговых жемчужин» [4,6,1,2].

При хронической вегетирующей пиодермии Аллопо определяются пустулезные элементы, формирующие бляшки с фестончатыми очертаниями, а также свищевые ходы и подкожные абсцессы. По периферии очагов наблюдается эритематозный венчик и отсевы очагов. При гистологическом исследовании определяются внутриэпителиальные абсцессы, содержащие большое количество лейкоцитов и ядерный детрит [6,1,2].

Для бородавчатого туберкулеза кожи характерно наличие массивных роговых наслоений и развитие атрофии на местах разрежившихся очагов. Положительны туберкулиновые пробы, инфильтрат при гистологическом исследовании имеет туберкулоидную структуру с казеозным некрозом и формированием абсцессов в эпидермисе и верхних отделах дермы [3,5,2]. Диагностика хромобластомикоза кожи базируется на анамнестических данных о пребывании пациента в эндемичных зонах и результатах лабораторных исследований - обнаружении хромомицетов при микробиологическом исследовании [4,1,2]. Лимфостатический папилломатоз кожи (син. веррукозный лимфостаз, *elephantiasis nostra verrucosa*) развивается на фоне выраженной лимфедемы и элевантиаза в результате обструкции лимфатических путей, что клинически выражается в виде одно- или двустороннего увеличения объема конечностей (чаще нижних) и формирования плотного отека, фиброза и уплотнения кожи определяемого при гистологическом исследовании [1,2].

Клинический случай из практики:

Больной Мазур И.Н. 1964 г.р. обратился в КВДО г. Павлодар, с жалобами на высыпания кожи голени, стоп, болезненность в области высыпаний правой нижней конечности при ходьбе.

Anamnes morbi: болен в течение 10 лет, когда впервые появились очаги высыпаний на коже голени. Начало заболевания ни с чем не связывает. Получает стационарное, амбулаторное лечения в Областной клинической больнице им. Г. Султанова г. Павлодар, с временным улучшением. В течение 5 лет процесс сохраняется практически постоянно в виде узлов. Обострения ни с чем не связывает. Процесс на коже неуклонно прогрессирует.

Anamnes vitae: из перенесенных заболеваний: ОРЗ, ОРВИ редко. Ветряная оспа, туберкулез, гепатиты, болезнь Боткина отрицает. В других ЛПУ состоит на «Д» учете с «ДЗ»: Артериальная гипертензия II риск III, лечение получает. Оперативные вмешательства отрицает. Наркотические препараты - злоупотреблял 1999 г., ремиссия.

Вредные привычки: курит 1,5 пачки в день, алкоголь не употребляет. Наследственные заболевания: отрицает.

Аллергологический анамнез: бензилпенициллин - сыпь на коже, фурацилин - интенсивный зуд на коже.

Status praesens: общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное, положение активное. Гиперстеник: рост - 165 см, вес - 107 кг. Язык розовый. Периферические лимфатические лимфоузлы не увеличены, безболезненны при пальпации. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Живот мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул регулярный, 1 раз в день.

Status localis: патологический процесс хронический, локализован на коже голени. Процесс симметричный. Голени резко увеличены в размерах, больше справа, за счет патологического процесса на коже. Очаги диффузно занимают всю поверхность правой голени, тыл правой стопы. В очагах множественные мозаично расположенные бляшки, резко возвышающиеся над кожей, розового с синюшным оттенком цвета, в виде сплошных, сливающихся между собой очагов, с поверхностью, напоминающей из-за опухолевидных

узелков и вегетаций цветную капусту, и покрытой грязно-желтым секретом и корками с неприятным запахом, местами болезненные эрозии неправильных форм. Бляшки гипертрофированы, резко возвышаются над кожей. Правая голень и дистальная 1/3 правого бедра умеренно отечны. Дермографизм - розовый, стойкий. Дана рекомендация на проведение УЗДГ сосудов нижних конечностей. Данные УЗ сосудов нижних конечностей: Признаки перенесенного ранее тромбоза. ОБВ с обеих сторон и ПВ справа. Постинъекционные фиброзно-рубцовые изменения паховой области. Вторичная варикозная трансформация обеих нижних конечностей. Недостаточность клапанов с обеих сторон. После консультирован сосудистым хирургом: Постромботическая болезнь нижних конечностей. ХВН I степени. Рекомендовано: флебодиа 600 мг по 1 таб. 1 раз в день утром перед завтраком в течение 2-х месяцев. Курс сосудистыми препаратами повторять 2 раза в год. Для уточнения диагноза больному рекомендовано: исследование биоптата кожи. Больной от данного исследования отказался. Клинический ДЗ выставлен на основании: жалоб и клинической картины - Карциноидный папилломатоз кожи Готтрона (рисунок 1,2).



Рисунок 1, 2 - Множественные мозаично расположенные бляшки, резко возвышающиеся над кожей, розового с синюшным оттенком цвета, в виде сплошных, сливающихся между собой очагов, покрытых грязно-желтым секретом и корками с неприятным запахом

Данному больному было рекомендовано: проспидин (парентеральное введение 50-100 мг на одну инъекцию, на курс 2,0-2,5 г), антибиотики, витамины, сосудорасширяющие - теоникол по 0,15-0,3 г 2-3 раза в день после еды курсом 20-30 дней; Наружное лечение состоит из примочек 2% борной кислоты, раствора фурацилина, перманганата калия, фулорцина. Криодеструкция, лазеротерапия - после устранения гнойного отделяемого в очагах.

Вывод: данный описанный клинический случай имеет практическое значение для практикующих врачей-дерматологов в виду трудности диагностики.

Литература

1. Сборник трудов врачей-патологоанатомов и судебно-медицинских экспертов за 2018-2019 гг. / Под редакцией И.Ю. Макарова, Е.В. Дубяга / Благовещенск, 2019.- Издательство: Амурская государственная медицинская академия.

2. <https://www.mediasphera.ru/issues/klinicheskaya-dermatologiya-i-venerologiya/2017/3/-11-99728492017031029>.
3. Тлиш М.М., Кузнецова Т.Г., Сычева Н.Л. Клинико-морфологические аспекты карциноидного папилломатоза кожи Готтрона // Медицинский вестник Юга России.- 2014;(2):138-143. <https://doi.org/10.21886/2219-8075-2014-2-138-143>.
4. Скрипкин Ю.К. Карциноидный папилломатоз кожи Готтрона / Ю.К. Скрипкин // Кожные и венерические заболевания.-1996.-№3.-С. 170-172.
5. Балтабаев М.К. Частная дерматология / М.К. Балтабаев. Бишкек, 2013.-С. 27-32, 429-430.
6. Капкаев Р.А. Карциноидный папилломатоз кожи Готтрона / Р.А. Капкаев, У.А. Юсубалиев, Г.Р. Латыпова // Вестник дерматологии и венерологии.-1999.-№5.-С. 17-18.

Түйіндеме

Мақалада Готтрон терісінің карциноидтық папилломатоздың клиникалық жағдайы сипатталған. Мақала дерматовенеролог-дәрігерлеріне осы сирек дерматозбен жан жақты танысу үшін ұсынылып отыр.

Түйін сөздер: Готтрон терісінің карциноидтық папилломатозы, обыр алды дерматоз, гиперплазия эпидермис, келлоидтық тыртық, аяқ лимфостазы.

Summary

The article describes a clinical case of Gottron skin carcinoid papillomatosis for detailed information of dermatovenerologists for this rare dermatosis.

Key words: Gottron skin carcinoid papillomatosis, precancerous dermatosis, epidermal hyperplasia, keloid scars, lower limb lymphostasis.

УДК 616.5-002.191



КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ КОЛЬЦЕВИДНОЙ ГРАНУЛЁМЫ

Ольховская Е.В. – директор, дерматовенеролог высшей категории

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

Резюме

Кольцевидная гранулёма - это доброкачественное хроническое идиопатическое медленно прогрессирующее гранулематозное заболевание неясной этиологии, характеризующееся образованием папул или узелков, формирующих в результате периферического роста кольца, окружающие участки неизменной или несколько западающей кожи. Кольцевидная гранулёма может начинаться в любом возрасте, однако чаще развивается у детей (40% пациентов моложе 15 лет) и у взрослых молодого возраста (70% пациентов моложе 30 лет). Женщины болеют чаще мужчин (соотношение 2-2,5:1).

Ключевые слова: кольцевидная гранулёма, очаги хронических инфекций, симптоматическое лечение.

Этиология кольцевидной гранулёмы неясна, патогенез изучен недостаточно. Предполагается полиэтиологичность дерматоза, участие клеточных иммунных реакций (IV типа), иммунокомплексного васкулита и патологии тканевых моноцитов [1,2,3].

Предрасполагающими факторами являются:

- 1) неспецифическая травма (укус кошки, насекомых, возникновение очага поражения на месте татуировки и др.);
- 2) хронические инфекции (туберкулез, саркоидоз, ревматизм);
- 3) вирусные инфекции (ВИЧ - инфекция, вирус Эпштейна-Барр, вирус простого герпеса, хронический гепатит В и гепатит С, на месте рубцовых изменений кожи после перенесенного опоясывающего герпеса и ветряной оспы);
- 4) иммунизация (вакцинация против туберкулеза, столбняка, дифтерии, гепатита);
- 5) инсоляция (возникновение кольцевидной гранулёмы в местах воздействия солнечных лучей, рецидивы заболевания в весенне-летний период, после сеансов ПУВА-терапии);
- 6) эндокринные нарушения (сахарный диабет, заболевания щитовидной железы);
- 7) некоторые лекарственные средства (препараты золота, аллопуринол, диклофенак, хинин, витамин D3 и др.);
- 8) злокачественные заболевания (болезнь Ходжкина, неходжкинские лимфомы, рак молочной железы);
- 9) стресс;
- 10) генетическая предрасположенность.

В настоящее время продолжаются дискуссии и научные исследования, касающиеся патогенеза возникновения очагов. Патогенетические механизмы развития патологического процесса включают:

- 1) первичный дегенеративный процесс, развивающийся в соединительной ткани и инициирующий гранулематозное воспаление;
- 2) лимфоцитарную иммунную реакцию, приводящую к активации макрофагов и дегенерации соединительной ткани, опосредованную цитокинами;
- 3) незначительно выраженный васкулит (микроангиопатия), следствием которого является повреждение ткани.

Описание клинического случая

На консультацию к дерматовенерологу областного кожно-венерологического диспансера ЗКО обратилась мама с ребёнком У., 2012 г.р. с жалобами на поражение кожи кистей, ягодиц, бедер, коленных суставов, болезненность в области высыпаний. Из анамнеза заболевания, со слов мамы, ребенок болеет с 5-ти летнего возраста, когда стали появляться высыпания на коже кистей, ягодиц и бедер. Ребенок неоднократно получал амбулаторное лечение в ОКВД - с временным эффектом с диагнозом: Многоформная экссудативная эритема, пиодермия. В июне 2017 года ребенок был направлен по квоте в Научно-исследовательский кожно-венерологический институт г. Алматы, где получил стационарное лечение с диагнозом: Пиодермия, после которого отмечалась ремиссия заболевания в течение 2-х лет. Со слов мамы, отмечается сезонность обострения заболевания - обострение только в холодное время года, во время заболеваемости ОРВИ и простудными заболеваниями. С 27.01. по 03.02.2020 г. ребенок получал лечение в дневном стационаре ОКВД (цеф - 3 500 мг., преднизолон 15 мг. на физ. растворе 0,9%-100,0, раствор "лордес", наружное лечение: мазь с антибиотиками, 1% метиленовый синий) - с улучшением на короткий период времени с повторным обострением с 11.02.2020 г. Далее ребенок получал амбулаторное лечение: флемоклав 250 мг., нормобакт, микстура хлорид кальция 5%, мазь "целестодерм с гарицином", дипроспан 0,5 мл в/м №1 - с клиническим улучшением в виде

уменьшения отечности и сглаживания инфильтратов вплоть до полного разрешения. Мама отмечает улучшение кожного процесса на фоне приема антибиотиков. С декабря 2019 г. появились плотные образования на месте поражения кожи в области правого коленного сустава, с июня 2020 года образование стало резко увеличиваться. Ребенок консультирован дерматологом ОКВД, осмотрено образование дерматоскопом, выставлен диагноз: Пиогенная гранулема, направлены на консультацию к хирургу. В июне 2020 года образования в области правой коленной области удалено, результат гистологии от 15.06.2020 г. – пиогенная гранулема. Последнее обострение заболевания с сентября 2020 года, после перенесённого ОРВИ, отмечается появление свежих высыпаний, сопровождающихся болезненностью. Обратились повторно в амбулаторию ОКВД 08.10.2020 года, ребенок направлен в дневной стационар ОКВД. 09.10.2020 года в целях уточнения диагноза ребенок консультирован по телемедицине проф., д.м.н., дерматовенерологом РГП на ПХВ «Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний» Есенгараевой З.Б.

Из анамнеза жизни: рост и развитие соответственно возрасту. Наследственность не отягощена. Болезнь Боткина, туберкулез, инфекционные заболевания отрицает. Перенесённые и сопутствующие заболевания: ОРВИ, простудные. Операция в июне 2020 года – удаление пиогенной гранулемы в области правого коленного сустава.

Дерматологический статус: кожный патологический процесс носит распространённый, симметричный, хронический характер с локализацией на коже тыльной поверхности кистей, ягодиц, бёдер, коленных суставов, где определяются множественные инфильтрированные пятна округлой и овальной формы в виде «колец» с фестончатыми очертаниями с синюшным оттенком и западением в центре размером от 0,5*0,5 см до 1,0*1,0 см, с приподнятым периферическим валиком, местами инфильтрированные узлы в виде бляшек размером 1,5*1,0 см, местами покрытые серозно-гнойными корочками и чешуйками, мокнущие эрозии с серозно-геморрагическим отделяемым, на месте разрешившихся высыпаний - вторичные гиперпигментированные пятна. Придатки кожи (волосы, ногти) не изменены. Субъективно: болезненность. Слизистые оболочки свободны от высыпаний, периферические лимфатические узлы не увеличены (рисунок 1,2).



Рисунок 1 - высыпания КГ на коже правой кисти



Рисунок 2 - высыпания на коже ягодиц

До удаления картина пиогенной гранулёмы: на коже правого коленного сустава отмечается образование округлой формы, выступающее над уровнем здоровой кожи, размером с куриное яйцо 6,0-3,5*2,0 см, тестоватой консистенции, не выраженная болезненность, отмечается зловонный запах (рисунок 3).



Рисунок 3 - пиогенная гранулема в области правого коленного сустава до удаления

Лабораторные анализы при обращении: в общем анализе крови гемоглобин снижен до 117 гр/л, а эритроциты повышены до 4,83, ЦП - 0,73, тромбоциты - 264, лейкоциты - 4,64, нейтрофилы - 29,4%, моноциты - 9,8%, эозинофилы - 3,3%, базофилы - 0,7%, лимфоциты - 56,8% (сдвиг лейкоформулы), биохимический анализ крови и общий анализ мочи в пределах нормы, СРБ и ревмофактор в норме. ИФА на глистные инвазии (лямблии, описторхии, токсокары, эхинококк, аскариды, токсокары) и вирусные гепатиты В,С - отрицательный. УЗИ почек - пиелозктазия справа. Гистологическое исследование от 20.06.2017 г.

Заключение: учитывая клиническую и гистологическую картину не исключена возможность эпидермолиза буллезного дистрофического гиперпластического.

Рекомендовано: наблюдение и обследование в динамике. Ребенок консультирован и осмотрен кардиоревматологом: Данных за системные заболевания нет.

09.10.2020 года проведена телеконсультация в дистанционном формате с проф., д.м.н., дерматовенерологом РГП на ПХВ «Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний» Есенгараевой З.Б.

Предварительный диагноз: Кольцевидная гранулема. КПЛ, атипичная форма??? На основании гистологии от 20.06.2017 г. картина соответствует хроническому воспалению, диагноз буллезного эпидермолиза поставить затруднительно.

Рекомендации:

1. Лечение симптоматическое.
2. Направить на стационарное лечение в РГП на ПХВ «КНЦДИЗ» для уточнения диагноза и проведения гистологического исследования, консультации профессорского состава.
3. Консультация детского эндокринолога, исключить скрытые нарушения углеводного обмена, скрытый сахарный диабет, обследование щитовидной железы.
4. Консультация детского онкогематолога для исключения заболеваний крови, лимфогранулематоза. В ОАК от 30.09.2020 г. гемоглобин снижен до 117 гр/л, а эритроциты повышены до 4,83, ЦП - 0,73, тромбоциты - 264, лейкоциты - 4,64, нейтрофилы - 29,4%, моноциты - 9,8%, эозинофилы - 3,3%, базофилы - 0,7%, лимфоциты - 56,8% (сдвиг лейкоформулы).
5. Консультация кардиоревматолога для исключения ревматологических заболеваний.
6. Повторить ИФА на глистные инвазии (лямблии, описторхии, токсокары, эхинококк, аскариды, *H.pylori*).

В настоящее время ребёнок проходит обследование у детского эндокринолога, гематолога и кардиоревматолога. После проведённого лечения в дневном стационаре ОКВД в октябре 2020 года заболевание в стадии ремиссии.

Литература

1. Скрипкин Ю.К. Кожные и венерические болезни.-2005.-С. 48-53.
2. Скрипкин Ю.К., Мордовцев В.Н. Кожные и венерические болезни. Руководство для врачей: М., 1999; Т.2:68-72.
3. Соколовский Е. Дерматовенерология, 2007.-С. 69-73.

Түйіндеме

Сақина тәрізді гранулёма - бұл өзгермеген немесе бірнеше батқан терінің айналасындағы перифериялық өсу нәтижесінде пайда болатын папула немесе түйіндердің пайда болуымен сипатталатын этиологиясы белгісіз қатерсіз созылмалы идиопатиялық баяу үдемелі гранулематозды ауру. Сақина тәрізді гранулёма кез-келген жаста басталуы мүмкін, алайда көбінесе балаларда (пациенттердің 40%-ы 15 жасқа дейінгілер) және жас адамдарда (пациенттердің 70%-ы 30 жастан төмен) дамиды. Бұл аурумен әйелдер ерлерге қарағанда жиі ауырады (арақатынасы 2-2,5:1).

Түйінді сөздер: сақина тәрізді гранулёма, созылмалы инфекциялардың ошақтары, симптомдық емдеу.

Resume

Granuloma annularis is a benign, chronic idiopathic, slowly progressive granulomatous disease of unknown etiology, characterized by the formation of papules or nodules that form, as a result of peripheral growth, rings surrounding areas of unchanged or somewhat sunken skin. Granuloma annulare can begin at any age, but more often develops in children (40% of patients under 15 years of age) and in young adults (70% of patients under 30 years of age). Women get sick more often than men (ratio 2-2.5: 1).

Key words: annular granuloma, foci of chronic infections, symptomatic treatment.

УДК 616.5-002



**КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ФИКСИРОВАННОЙ
МЕЛАНОДЕРМИЧЕСКОЙ ТОКСИКОДЕРМИИ**

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

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

Резюме

В статье описан клинический случай фиксированной меланодермической токсикодермии. Представлены этиологические аспекты и особенности клинического течения заболевания.

Ключевые слова: фиксированная меланодермическая токсикодермия, антигистаминная и десенсибилизирующая терапия, токсико-аллергический фактор, пятна.

Введение

Фиксированная меланодермическая токсикодермия - это воспалительное заболевание кожного покрова, а иногда и слизистых оболочек, развивающееся под действием токсического, токсико-аллергического и аллергического фактора [1,2,3]. Такими факторами выступают чаще всего лекарственные препараты, а также пищевые продукты, вредные производственные и бытовые вещества [4,5]. Они всасываются в кровь, разносятся по организму и, выделяясь через кожу и слизистые оболочки, вызывают в них разнообразные по своей морфологической структуре высыпания (пятна, папулы, пустулы, везикулы), сопровождающиеся зудом. Чаще данное заболевание развивается при длительном приёме анальгетиков. Данное заболевание встречается редко, что и является причиной многих дискуссий [6,7,8].

Описание клинического случая

15.01.2019 г. в плановом порядке в областной кожно-венерологический диспансер ЗКО обратилась пациентка М. 1966 г.р. с установленным диагнозом в Российской Федерации: «Склеродермия. Бляшечная форма».

Жалобы при поступлении: на поражение гладкой кожи туловища, сопровождающееся периодической, умеренно выраженной болезненностью в виде жжения.

Из анамнеза заболевания: болеет в течение многих лет, а точнее с 2008 года. Данные высыпания полностью не разрешаются, а периодически независимо от времени года меняют свой цвет. В начале высыпания проявляются пятнами ярко-красного, бардового цвета, сопровождающиеся повышением местной и общей температуры тела до 39° С. Через несколько дней выраженность воспалительного процесса снижается и пятна приобретают темно-фиолетовый цвет. Пятна локализуются на одном и том же месте и в размерах не увеличиваются. Появление данной симптоматики связывает с длительным пероральным использованием таблетированных лекарственных препаратов в виде анальгетиков, которые использовала в связи с сильными, периодическими, приступообразными головными болями. Самостоятельно не лечилась. За медицинской помощью обращалась в клинику РФ, где поставили диагноз: "Склеродермия. Бляшечная форма". Было назначено лечение в виде наружного использования различных мазей и кремов, точное название которых не помнит, без положительной клинической динамики.

Из анамнеза жизни: туберкулез, вирусные гепатиты, венерические заболевания отрицает.

Наследственность: без особенностей.

Эпидемиологический анамнез: без особенностей.

Вредные привычки отрицает. Операций, гемотрансфузий и травм не было. Терапевтически состоит на учете у врачей кардиолога и маммолога с диагнозами: «Артериальная гипертензия». «Хроническая двухсторонняя фиброзно-кистозная мастопатия». «Миома матки».

На момент обращения: общее состояние удовлетворительное, температура тела - 36,6° С. Сатурация кислорода (SpO2) - 98%. Сознание ясное, положение активное. Телосложение нормостеническое, удовлетворительного питания. Видимые слизистые оболочки розовые, чистые. Подкожно-жировая клетчатка распределена равномерно. Тургор кожного покрова сохранен. Потоотделение и салообразование не нарушено. Периферические лимфатические узлы не увеличены, не пальпируются. Костно-суставная система: суставы не деформированные, движение в полном объеме, кожа над ними не изменена. Тонус мышц сохранен. Бронхо-легочная система: дыхание, через нос, свободное. Перкуторно границы легких в пределах физиологической нормы, ясный легочный звук. Аускультативно дыхание

в легких везикулярное, хрипов нет. ЧДД-16 в минуту. Сердечно-сосудистая система: Перкуторно границы сердца в пределах физиологической нормы. Аускультативно тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. Пульс одинаковый на обеих руках, удовлетворительного наполнения и напряжения. Пульс ритмичный, ЧСС-70 ударов в минуту. АД-150/90 мм.рт.ст. Желудочно-кишечный тракт: язык влажный, на дорсальной поверхности имеет белесоватый налет, сосочки языка не изменены. Слизистая ротовой полости розовая, влажная. Передняя брюшная полость ровная, участвует в акте дыхания. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный, не напряжен. При пальпации печень по краю реберной дуги, край печени гладкий, ровный, эластичный, безболезненный. Стул регулярный оформленный. Мочеполовая система: мочеиспускание свободное, безболезненное. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Дерматологический статус: патологический процесс на коже носит распространенный, хронический, асимметричный характер с локализацией на гладкой коже туловища в проекции передней поверхности правой половины грудной клетки, задней поверхности правой половины грудной клетки и правой поясничной области, где на фоне неизменной кожи имеются монотипные высыпания в виде: невоспалительных, гиперпигментированных, неправильной округлой и полигональной формы с четкими, расплывчатыми границами, темно-фиолетового цвета пятен размерами 14,0х5,0см, 5,0х4,0см, 6,0х4,5см, не бледнеющих при надавливании. Кожа в очагах поражения сухая, чистая, теплая на ощупь, без каких-либо уплотнений при пальпации и легко собирается в складки. Придатки кожи (волосы, ногти) не изменены. Субъективно: умеренная болезненность и жжение (рисунок 1,2,3).



Рисунок 2 - Поражение гладкой кожи туловища в проекции спины и поясничной области справа



Рисунок 1 - Поражение гладкой кожи туловища в проекции грудной клетки справа



Рисунок 3 - Поражение гладкой кожи туловища в проекции поясничной области справа в увеличенном размере

Лабораторные анализы при обращении: в ОАК отмечается снижение гемоглобина до 102 г/л, эритропения до $3,4 \cdot 10^{12}/л$, повышение СОЭ до 30 мм/ч. В ОАМ - протеинурия (белок - 0,066). Биохимический анализ крови в пределах физиологической нормы. В исследование крови на антитела (ANA, ANCA) показатели в пределах нормы.

17.04.2019 года проведена телемедицина с профессором, д.м.н. РГП на ПХВ «Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний» МЗ РК Есенгараевой З.Б., выставлен диагноз: «Фиксированная меланодермическая токсикодермия». Рекомендовано было полное обследование в виде дополнительных лабораторных методов исследований (исследование крови на гепатиты В, С, исследование крови на ВИЧ, исследование кала на все виды глистных инвазий, исследование крови на все кишечные инфекции методом ИФА); дополнительных инструментальных методов исследований (Рентген ОГК, УЗИ печени, ЖВП, поджелудочной железы, почек, колоноскопия, ФГДС).

Результаты обследования: Кровь на гепатиты В, С - отрицательно. Кровь ИФА на ВИЧ и сифилис - отрицательно. Кровь ИФА на кишечные инфекции отрицательно. Кал на глистные инвазии отрицательно. Рентгенологическое исследование ОГК - сердце, легкие без особенностей. ФГДС - поверхностный гастрит; Колоноскопия - хронический колит. УЗИ печени и ЖВП, поджелудочной железы и почек - диффузные изменения печени и поджелудочной железы. Хронический холецистит. Хронический двухсторонний пиелонефрит.

Лечение в условиях амбулатории ОКВД г.Уральска включало: антигистаминные лекарственные препараты (таблетки цетрин 10 мг №10 перорально: по 1 таблетке 1 раз в день в течение 10 дней; инъекции раствора супрастина 2%-1,0 №10 внутримышечно: по 1,0 мл 1 раз в день в течение 10 дней); гормональные крема (крем «целестодерм» 0,1% - 30 наружно в виде аппликации 2 раза в день в течение 10 дней); с целью улучшения трофики была назначена мазь «актовегин».

На фоне проводимой медикаментозной терапии отмечается положительная клиническая динамика в виде побледнения очагов поражения в поясничной области с полным их разрешением в проекции передней и задней поверхностей грудной клетки. Больной рекомендовано наблюдение у врача дерматовенеролога по месту жительства. В настоящее время о судьбе больной ничего не известно, так как больная покинула РК, переехав на постоянное место жительства в РФ.

Литература

1. Скрипкин Ю.К. Кожные и венерические болезни.-2005.-С. 38-43.
2. Скрипкин Ю.К., Мордовцев В.Н. Кожные и венерические болезни. Руководство для врачей: М., 1999; Т.2:75-79.
3. Соколовский Е. Дерматовенерология.-2007.-С. 81-84.
4. Федеральные клинические рекомендации по ведению больных токсидермиями.-М., 2013.-15 с.
5. Самцов В.И. Кожные и венерические болезни: руководство для врачей / под ред. Ю.К. Скрипкина и В.Н. Мордовцева.-М.: Медицина, 1999.
6. Дерматовенерология. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Ю.С. Бутова, Ю.К. Скрипкина, О.Л. Иванова.-М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017.-896 с.
7. Токсикодермии. Тяжелые варианты течения. Клиника, диагностика, лечение: учебное пособие.-Нижний Новгород: Изд-во Приволжского исследовательского мед. ун-та, 2018.-63 с.
8. Косорукова И.М. Токсикодермия // РМЖ.-1999.-№14.-С. 652.

Түйіндеме

Мақалада бекітілген меланодермиялық токсикодермияның клиникалық жағдайы сипатталған. Аурудың клиникалық ағымының этиологиялық аспектілері мен ерекшеліктері ұсынылған.

Түйінді сөздер: Бекітілген меланодермиялық токсикодермия, антигистаминдік және десенсибилизациялаушы терапия, уытты-аллергиялық фактор, дақтар.

Resume

The article describes a clinical case of fixed melasma toxicoderma. The etiological aspects and features of the clinical course of the disease are presented.

Key words: fixed melasma toxicoderma, antihistamine and desensitizing therapy, toxic-allergic factor, spots.

УДК 616-003.821



АМИЛОИДОЗ КОЖИ

**Галиева Д.М. - врач-резидент кафедры
персонализированной медицины и педиатрии,
дерматовенеролог;
Айткулова В.Р., Исакова И.А.**

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

Резюме

Проблема в изучении амилоидоза, его достижения последних лет, позволяют сформулировать четкие критерии классификации клинических форм амилоидоза и подходы к лечению, дают возможность существенно улучшить прогноз больных разными типами амилоидоза. В статье описан клинический случай в дерматовенерологии, для большего ознакомления с заболеванием.

Ключевые слова: амилоидоз кожи, органы-мишени, амилоидозный лишай, пятнистый лишай, опухолевидный лишай.

Амилоидоз - группа заболеваний, характеризующихся системным или локальным поражением органов вследствие депозиции в тканях белка амилоида [1]. В результате этого в организме в различных органах и тканях откладывается патологический белок - амилоид. Основными органами-мишенями являются сердце, почки, нервная система, печень, однако при системных формах могут поражаться практически все ткани [2].

Впервые эта патология описана в XVII веке Боне: «саговая селезенка у больного с абсцессом печени». В середине XIX века Вирхов применил ботанический термин «амилоид» (от греческого «amylon» - «крахмал») для описания внеклеточного материала, обнаруженного в печени при аутопсии, так как полагал его близким по структуре к крахмалу. Впоследствии была установлена белковая природа отложений, однако термин «амилоид» сохранился до настоящего времени [3].

Этиология и патогенез амилоидоза в настоящее время до конца остаются не ясными, но в целом вытекают из классификации амилоидоза. Определенную роль играют наследственность, аутоиммунные процессы, аллергические реакции, некоторые инфекционные и неинфекционные заболевания, опухолевые и воспалительные процессы [1].

По распространенности в организме человека амилоидоз может быть генерализованным (распространенным или системным) с поражением многих органов и систем и локальным с поражением преимущественно одной системы (например, амилоидоз почек или кожи). Амилоидоз может поражать практически все органы и ткани организма человека в связи с чем и клинические проявления могут быть самые различные. Всем формам амилоидоза свойственно возникновение преимущественно в раннем детстве; хроническое течение с обострениями и ремиссиями; стереотипность приступов и их доброкачественность (после приступов болей изменения в органах исчезают); единство лабораторных показателей; безуспешность лечения; развитие амилоидоза с преимущественным поражением почек; характерная динамика поражения почек с последовательной сменой стадий (преклинической, протеинуической, нефротической, уремической). В зависимости от преобладания симптоматики выделяют четыре типа болезни: абдоминальный, торакальный, суставной, лихорадочный.

Среди многочисленных форм локального амилоидоза для дерматолога наибольшее значение имеет первичный амилоидоз кожи. Известны три его разновидности [4].

Амилоидозный лихен - наиболее частая форма первичного амилоидоза кожи, для которой характерны множественные мелкие красно-бурые папулы с тенденцией к слиянию в очаги, сопровождающиеся мучительным зудом. Локализация высыпаний - стопы, голени, бедра, предплечья.

Пятнистый лихен - зудящие серовато-бурые пятна с сетчатым рисунком; кожа становится рябой. Высыпания симметричные, чаще появляются на груди, плечах, реже на руках. Чаще встречается у женщин.

Опухолевидный лихен - редкая форма первичного амилоидоза кожи, проявляющаяся бессимптомными единичными или множественными гладкими узлами от нескольких миллиметров до нескольких сантиметров в диаметре, иногда с кровоизлияниями. Узлы не склонны к изъязвлению, но могут травмироваться при локализации на подошвах ног [4].

При амилоидозе на коже лица, особенно вокруг глаз, появляется геморрагическая сыпь - результат незначительных травм, пощипывания или трения (симптом «щипка»). Папулы гладкие, восковидные, иногда с геморрагическим компонентом. Причина геморрагических проявлений - повышенная ломкость капилляров из-за отложения в их стенках амилоида. Характерна макроглоссия - язык равномерно увеличен, имеет твердую, деревянистую консистенцию [5].

Заподозрить заболевание позволяют кожные проявления, нарушения со стороны внутренних органов, изменения в результатах лабораторных и инструментальных методов исследования у пациентов из группы риска. Для подтверждения диагноза в зависимости от преимущественной локализации поражения проводится:

- **Биопсия внутренних органов.** Образцы ткани берут со слизистой десен, внутренней поверхности толстой кишки, из печени, почек. Выявление амилоида позволяет на основании одного исследования поставить правильный диагноз и начать лечение. Достоверность метода при взятии образцов слизистых составляет 70%, почки - 100%.

- **Биопсия подкожной жировой клетчатки.** Более щадящий метод по сравнению с забором образцов тканей внутренних органов. Его можно использовать у лиц со склонностью к кровотечениям. У больных первичным амилоидозом часто наблюдается недостаточность X-фактора свертывания крови, что ограничивает возможности врачей по проведению инвазивных диагностических процедур. Выявить амилоид в биоптате кожи удастся в 80% случаев [6].

Дифференциальная диагностика кожных проявлений амилоидоза в клинической дерматологии проводится с рядом заболеваний: веррукозный красный плоский лишай, микседематозный лихен, узловатый веррукозный нейродермит. В сложных случаях к диагностике подключаются врачи онкологи, гематологи, ревматологи. Может потребоваться выполнение пункции костного мозга для выявления мутировавших плазматических клеток и амилоида [7].

Эффективен комплексный подход к терапии. Ее объем определяется характером клинических проявлений, степенью выраженности местных симптомов, наличием сопутствующих заболеваний. Прогноз при естественном течении амилоидной дистрофии неблагоприятен, поэтому врачебная тактика может включать:

- **Системную терапию.** Она в первую очередь направлена на подавление хронического воспаления, снижение продукции белков-предшественников. Второй значимый аспект - резорбция амилоидных отложений диметилсульфоксидом.

- **Местное лечение.** Для уменьшения зуда и ускорения рассасывания бляшек назначаются примочки с колхицином, димексидом, преднизолон в виде мази. Большой размер узлов является показанием для лазерного или хирургического их удаления. Отказ пациента от общего лечения при наличии показаний делает местное лечение амилоидоза неэффективным и значительно ухудшает прогноз [8,9,10,11,12].

Клинический случай

Больной Л. 52 года, 22.09.2020 г. обратился в ДВО г. Экибастуз с жалобами на высыпания на верхних конечностях, плеч с обеих сторон, сопровождающиеся интенсивным мучительным зудом, приводящим к нарушению сна. Заболел 4 года тому назад, когда на коже обеих плеч появились зудящие узелковые высыпания, которые затем распространились на всю кожу верхних конечностей. Ранее обращался в ДВО г. Экибастуз, с предварительным диагнозом нейродерматит направлен в г. Павлодар для дальнейшего обследования и лечения. Лечение было малоэффективным, далее был направлен в г. Алматы в КНЦДИЗ. Диагноз выставлен в 2018 г. путем взятия биоптата кожи.

Из перенесенных заболеваний отмечает простудные болезни, хронический бронхит. Состоит на «Д» учете у терапевта с диагнозом артериальная гипертензия.

Общее состояние больного удовлетворительное, сознание ясное. Лимфатические узлы не пальпируются. Аускультативно дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Стул и диурез в норме.

Общие анализы крови и мочи - в пределах нормы. Сахар крови - 4,8 ммоль/л. КСР - отрицательные.

На коже заднебоковых поверхностей плеч симметрично располагается большое количество папул, прилегающих друг к другу, но не сливающихся, имеющих округлую и овальную форму, рельефно выступающих над уровнем кожи. Папулы имеют серовато-буроватый, с легким цианотичным оттенком, с некоторым блеском. На поверхности отдельных папул наблюдаются плотно сидящие чешуйки, при поглаживании дающие ощущение терки. При пальпации определяется плотность как самих папул, так и кожи, взятой в складку. Волосистой покров в очаге поражения отсутствует и сохраняется по его периферии (рисунок 1,2).

Лечение: витаминами группы В, карбодермом и фонофорезом с Целестодермом способствовало устранению явлений гиперкератоза и уменьшению субъективных нарушений. Выписан с улучшением.

Рекомендованы: прием Делагила и диспансерное наблюдение у дерматолога.

Вывод:

Затрагивая тему амилоидоза, его клинического течения и таких его форм, как кожные проявления амилоидной дистрофии не опасны для жизни. С ними пациент может жить десятилетиями. Прогноз в отношении генерализованной формы амилоидоза всегда осторожный. Поражение почек, сердца, органов дыхательной системы быстро приводит к летальному исходу. В группе риска люди, страдающие ревматоидным артритом, другими системными заболеваниями соединительной ткани, хроническими гнойно-воспалительными процессами в костях, легких, мягких тканях. Стабилизация состояния пациента по основному за-



Рисунок 1,2 - Симметрично расположенное, большое количество папул, прилегающих друг к другу, имеющих округлую и овальную форму, рельефно выступающие над уровнем кожи

болеванью является наиболее эффективным способом остановить развитие кожных проявлений амилоидной дистрофии.

Литература

1. В.В. Рамеев, Л.В. Козловская, И.А. Саркисова Амилоидоз: Вопросы Диагностики и лечения // Клиницист.-2006.-№ 4.
2. Саркисова И.А. Ревматоидный артрит как основная причина развития АА-амилоидоза // Клиническая геронтология.-2009.-№2.-С. 14-20.
3. Кузьмичев Д.Е., Скребов Р.В., Чирков С.В., Вильцев И.М. Амилоидоз // Здоровоохранение Югры: опыт и инновации.-2016.-С.59-64.
4. <https://www.mediasphera.ru/issues/klinicheskaya-dermatologiya-i-venerologiya>
5. Сборник трудов врачей-патологоанатомов и судебно-медицинских экспертов за 2018-2019 гг. Под редакцией И.Ю. Макарова, Е.В. Дубяга. Благовещенск, 2019 Издательство: Амурская государственная медицинская академия (Благовещенск).
6. Виноградова О.М. Первичный и генетический варианты амилоидоза.-М., 1980.
7. <https://znaniemed.ru>
8. Редкие дерматологические патологии: амилоидоз кожи / Денисов Е.В., Невозинская З.А., Плиева К.Т. // Дерматология (Прил. к журн. Consilium Medicum).-2018.-№3.
9. Мухина Н.А., Моисеева В.С., Галявич А.С. Внутренние болезни: Учебник / под ред. Мартынова А.И., в 2 т.-изд. 3-е, испр.-М., 2005.
10. Окороков А.Н. Диагностика болезней внутренних органов.-М., 2002.
11. В.Д. Елькин, М.Ю. Коберник*, Е.Н. Бородин© Пермский государственный медицинский университет имени академика Е.А. Вагнера. Случай развития узловато-бляшечного амилоидоза кожи.
12. <https://docplayer.ru/108017271-Klinicheskiy-sluchay-sochetaniya-papuleznoy-i-opuholevidnoy-formy-al-amiloidoza-kozhi-i-mielomnoy-bolezni-bens-dzhonsa.html>.

Түйіндеме

Мақалада дерматовенерологиядағы терінің амилоидоздың клиникалық жағдайы сипатталған. Мақала дерматовенеролог-дәрігерлеріне танысу үшін ұсынылып отыр.

Түйін сөздер: тері амилоидоз, нысана-органдары, амилоидоздық лихен, теңбіл лихен, ісікті лихен.

Summary

The article describes a clinical case of skin amyloidosis in dermatovenerology, for more familiarization of dermatovenerologists with this skin disease.

Key words: amyloidosis of the skin, target organs, amyloidous lichen, spotted lichen, tumor-like lichen.

УДК 616.988:616.94



**КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ БАКТЕРИАЛЬНЫХ
ИНФЕКЦИЙ С РАЗВИТИЕМ
СЕПТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА У ВИЧ-
ИНФИЦИРОВАННОГО ПАЦИЕНТА**

**Нурушева Ж.Т. – врач-инфекционист, заведующая
отдела лечебно-профилактической работы и
диспансеризации**

ГКП на ПХВ «Областной центр по профилактике и
борьбе со СПИД» Управления здравоохранения акимата
Западно-Казахстанской области, г. Уральск
РЕСПУБЛИКА КАЗАХСТАН

Резюме

Представлен клинический случай бактериальной пневмонии у ВИЧ-инфицированного пациента, потребителя инъекционных наркотиков синтетического характера, осложненный ангиогенным сепсисом. Наиболее актуальным возбудителем пневмоний у наркопотребителей является *Staphylococcus aureus* (*S. aureus*). В меньшей степени *Streptococcus pneumoniae* (*S. pneumoniae*) и (реже) *Haemophilus influenzae* (*H. influenzae*).

Ключевые слова: внебольничная пневмония, септическая пневмония, ангиогенный сепсис, наркомания, ВИЧ-инфекция, факторы риска, CD4 клетки, подходы к диагностике, лечение.

У больных наркотической зависимостью часто диагностируют ВИЧ-инфекцию, и ВИЧ-инфицированные пациенты чаще болеют внебольничными пневмониями, чем лица без ВИЧ. У более, чем 80% умерших больных ВИЧ-инфекцией выявляют легочную патологию, значительная доля из них - бактериальные пневмонии.

В особенностях течения внебольничных пневмоний у дезоморфиновых и полинаркоманов с ВИЧ-инфекцией были зафиксированы: острое начало заболевания; выраженность интоксикации, тяжелое и затяжное течение, в качестве сопутствующей патологии у большинства больных - наличие вирусных гепатитов В и С, анемии, трофических язв, рубцов в местах введения наркотиков, частые плевриты, длительное рентгенологическое разрешение пневмонии и формирование фиброзных изменений в легких; наличие инфекционного эндокардита; высокая летальность. Особой тяжестью отличаются сливные абсцедирующие бронхопневмонии у больных инфекционным эндокардитом. Иммунодефицит, а также хроническое токсическое поражение печени у наркоманов, могут способствовать изменению характера течения инфекционного процесса. Отмечается склонность к нагноению плеврального выпота, формированию гнойных плевритов, эмпиемы плевры. Факторами, способствующими развитию гнойных заболеваний у потребителей инъекционных наркотиков, являются

несоблюдение правил асептики и техники внутривенной инъекции (отсутствие стерильности игл, кожи в месте инъекции, самого раствора); агрессивное действие на ткани самого раствора; бактерии могут проникать непосредственно в ткани организма и поражать их; возникающие при этом гнойные осложнения могут быть местными, затрагивая подкожную клетчатку в области укола (абсцессы и флегмоны) или саму вену (тромбофлебиты), а также генерализованными - сепсис. Септический, или гнойный тромбофлебит крупных проксимальных вен - это состояние, характеризующееся формированием микроабсцессов в пределах тромбированной вены и рецидивирующей бактериальной эмболизацией в кровоток. Легочные проявления таких «эмболий» могут быть единственным проявлением ангиогенного «инъекционного» сепсиса. Сепсис - это патологический процесс, в основе которого лежит реакция организма в виде генерализованного (системного) воспаления на инфекцию различной природы (бактериальную, вирусную, грибковую).

Пневмония - главная причина обращения инъекционных наркоманов с лихорадкой в медицинские учреждения. Такие пневмонии характеризуются агрессивным течением, часто осложняются образованием деструктивных полостей, нагноением и эмпиемой плевры. Тяжелое течение пневмонии регистрируется у наркозависимых пациентов со стажем более 2,5 лет и при позднем обращении за медицинской помощью.

Потребители инъекционных наркотиков вне зависимости от ВИЧ-статуса болеют внебольничной пневмонией гораздо чаще, чем другие группы населения, но среди инфицированных ВИЧ доля наркопотребителей составляет от 40 до 70% в различных регионах РК, что делает потребление наркотиков наиболее значимым из всех факторов риска. Дополнительными факторами риска служат табакокурение, хронические вирусные гепатиты, злоупотребление алкоголем, отсутствие АРТ или перерывы в лечении. В развитии тяжелой бактериальной пневмонии основными факторами риска являются выраженный иммунодефицит и цирроз печени.

Самой частой этиологической причиной ВП у больных ВИЧ-инфекцией так же, как и у пациентов без ВИЧ-инфекции, являются *Streptococcus pneumoniae* (*S. pneumoniae*) и (реже) *Haemophilus influenzae* (*H. influenzae*). Среди инъекционных наркопотребителей наиболее актуальным возбудителем ВП является *Staphylococcus aureus* (*S. aureus*). Было замечено, что у больных ВИЧ-инфекцией чаще, чем в общей популяции, регистрируют MRSA штаммы золотистого стафилококка, особенно при низком содержании CD4-клеток. *Pseudomonas aeruginosa* (*P. aeruginosa*) также значительно чаще, чем у лиц без ВИЧ, является причиной тяжелой внебольничной пневмонии. В свою очередь, роль таких «атипичных» возбудителей, как *Legionella pneumophila* (*L. pneumophila*), *Mycoplasma pneumoniae* (*M. pneumoniae*) и *Chlamydophila pneumoniae* (*C. pneumoniae*), значительно скромнее в этиологии внебольничных пневмоний у больных ВИЧ-инфекцией.

Для септических пневмоний характерно двустороннее поражение, наличие множественных, различной величины мелких инфильтратов с четкими границами. Характерен быстрый распад с образованием кольцевидных тонкостенных абсцессоподобных полостей, диаметром 1-3 см, наличие в мелких полостях уровня жидкости с незначительной воспалительной инфильтрацией. Отмечается быстрая динамика и медленное обратное развитие с длительным сохранением множественных кистоподобных полостей. На фоне лечения большинства больных наблюдается медленное разрешение очагово-инфильтративных изменений на рентгенограмме с формированием фиброзных.

Септическая пневмония на фоне ангиогенного сепсиса, ассоциированного с парентеральной наркоманией, характеризуется рядом особенностей по сравнению с пневмонией при сепсисе другого генеза у лиц, не страдающих наркоманией, в первую очередь, наличием деструкции легочной ткани и осложнений (экссудативный плеврит, пневмоторакс, инфекционнотоксический шок, инфекционный эндокардит с поражением трикуспидального клапана, абсцессы, полиорганная недостаточность, анемия и др.).

В качестве примера приводим случай из собственной практики. Пациент С.А.Ю., 36 лет, состоял на диспансерном учете с 23.08.2016 года с диагнозом «ВИЧ-инфекция, III

клиническая стадия. Понижение веса более 10% от исходного. Дефицит массы тела. Сопутствующий диагноз: Хронический бронхит. Хронический вирусный гепатит «С». Наркомания». Находился на антиретровирусной терапии (АРВТ) с 13.06.2018 года. Вышел из МЛС 28.06.2019 года и был потерян из под наблюдения в связи с отсутствием места жительства, в связи с чем произведена остановка АРВТ. Из анамнеза: потребитель инъекционных наркотиков с 2010 года. С 2008 года по 2011 годы и с 2017 по 2019 годы находился в местах лишения свободы, во время нахождения в заключении было временное воздержание от потребления наркотиков, на свободе продолжал колотиться в/в наркотиками, в том числе с 2019 года начал потреблять «соль - скорость». Считает себя больным с 23.09.2019 года, когда стала повышаться температура тела до 40°C, появился кашель со слизисто-гнойной мокротой. Самостоятельно принимал жаропонижающие, без эффекта. Лихорадка сохранялась. Через несколько дней появилась одышка, которая постепенно нарастала, появилась кровь в мокроте. Значительное ухудшение состояния наступило 20.10.2019 года: снижение артериального давления до 70 и 40 мм рт. ст., нарастание одышки, по рекомендации родственницы обратился самостоятельно в городскую многопрофильную больницу

Жалобы при поступлении в стационар на выраженную слабость, температуру в течение месяца с периодическими подъемами до 40 градусов и снижением до 37,6°C, боли в правом подреберье ноющего характера, одышку в покое, кашель с отделением мокроты слизисто-гнойного характера с примесью крови, давящую боль в грудной клетке, усиливающуюся при кашле. Озноб.

Удалось выяснить, что в течение 4-5 месяцев пациент употребляет внутривенный синтетический наркотик «скорость», содержащий психотропное вещество, мефедрон и другие опасные для жизни вещества. Объективные данные при осмотре: температура 38,6°C. Состояние тяжелое. Сознание ясное. Менингеальные симптомы (Нери, Брудзинского, Кернинга) отрицательные. Резко пониженного питания, вес 62 кг при росте 187 см. Кожа с землистым оттенком, на коже следы инъекций различной давности, в основном, в последние месяцы колется в паховую область. В зеве на твердом небе, слизистой щек обнаружены налеты белого цвета. Обе половины грудной клетки симметрично участвуют в акте дыхания. Также в акте дыхания участвует вспомогательная мускулатура. Перкуторно над всей поверхностью притупление легочного звука. При аускультации – дыхание жесткое, по всем полям выслушивается масса влажных хрипов. В нижних отделах дыхание ослаблено, больше слева. Частота дыхательных движений 30 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Тахикардия с ЧСС 120 в мин. АД 100 и 60 мм рт. ст. Живот мягкий, чувствительный в подреберьях. Печень ниже края реберной дуги на 1,5 см, умеренной плотности. Селезенка пальпируется, увеличенная. Периферических отеков нет, однако правая нижняя конечность в области бедра, голени увеличена, плотная при пальпации, в правой паховой области «колодец» - определяется свищевой ход, вокруг него ткань мацерирована, плотная, красно-коричневого цвета. Симптом поколачивания отрицательный. Физиологические отправления: стула не было 6 суток, диурез снижен.

Клинический анализ крови: гемоглобин – 110 г/л, эритроциты – $3,7 \cdot 10^{12}$ /л, тромбоциты – $92 \cdot 10^9$ /л, лейкоциты – $20 \cdot 10^9$ /л, палочкоядерные – 6%, сегментоядерные – 79%, эозинофилы – 0%, моноциты – 3%, лимфоциты – 12%, СОЭ – 42 мм/ч.

Биохимический анализ крови: калий – 4,03 ммоль/л, натрий – 133,2 ммоль/л, билирубин – 23–6,0–17,0 мкмоль/л, общий белок – 58 г/л, глюкоза – 4,0 ммоль/л, креатинин – 84 мкмоль/л, мочевины – 13 мкмоль/л, АСТ – 66 ед., АЛТ – 68 ед., СаО₂ – 80,6%,

Анализ мочи: удельный вес – м/м, лейкоциты – 1-2, белок – нет.

Иммунологические анализы: СД 4-клетки от 30.05.2019 г. - 255 клеток, вирусная нагрузка 56000 копий/мл. Выставлен предварительный диагноз: Внебольничная пневмония, тяжелое течение. Наркомания.

Несмотря на плохое самочувствие, настоятельные рекомендации специалиста ГМБ, пациент категорически отказался от стационарного лечения, куда был доставлен 20.10.2019

года родственницей, самовольно покинул стационар. Находился дома в течение 10 дней. 31.10.2019 года обратился в поликлинику. Назначено лечение в амбулаторных условиях. Была возобновлена антиретровирусная терапия. Учитывая тяжесть состояния, лихорадку более месяца, наличие гнойных процессов в паховой области, взят анализ крови на стерильность, повторно ОАК, ОАМ. Назначено лечение: зивокс 600 мг 2 р/сут в/в, ципрофлоксацин 600 мг 2 р/сут, флуконазол 150 мг *1 раз в сутки, др. общепринятая терапия. Проводились консультации специалистов на дому у пациента (хирургом, стоматологом, фтизиатром). Анализ на стерильность от 08.11.2019 года – выявлен *Staphylococcus aureus* 3×10^5 , чувствительный к ципрофлоксацину, левофлоксацину. В ОАК - отмечается нарастание СОЭ до 65 мм/час, лейкоцитоз остается до 20×10^9 , тромбоцитопения - 96×10^9 , сегментоядерные -70%, лимфоциты – 15%, моноциты 9%, палочкоядерные 6%, эритроциты $3,0 \times 10^{12}$. В ОАМ кол/во - 15 мл, прозрачность - мутная, белок - 0,066, эритроциты - 0, лейкоциты -10-12.

Продолжено лечение в амбулаторных условиях на дому в связи с отказом пациента от госпитализации. Несмотря на проводимое лечение, состояние больного прогрессивно ухудшалось: сохранялась лихорадка до 40°C, нарастала дыхательная недостаточность, в пространстве не ориентирован, на вопросы не отвечает, сознание сопорозное., .. 22.11.2019 года пациент захрипел, появилась пена изо рта. По приезду скорой помощи констатирована остановка сердечной деятельности. Запрос в судмедэкспертизу, в журнале регистрации труп не значится.

В целом, пациент полностью не дообследован. Но учитывая то, что вскрытие не проводилось, на основании эпидемиологического анамнеза (наркомания, в последнее время систематическое потребление синтетического наркотика «скорость»), учитывая анамнез настоящего заболевания и течения болезни (лихорадка ремитирующего характера в течение более 1 месяца, озноб, наличие свищевого хода с гнойным отделяемым), клиническое течение болезни (нарастание клиники с прогрессирующим ухудшением на фоне антибактериального лечения), выявление в анализе посева крови на стерильность золотистого стафилококка, выставлен посмертный диагноз:

Основной диагноз: Ангиогенный сепсис. Септическая пневмония. Энцефалопатия сложного генеза. Менингит?

Фоновое заболевание: ВИЧ-инфекция. III клиническая стадия. Хроническая наркомания. Туберкулез?

Сопутствующие заболевания: хронический бронхит. Кандидоз полости рта. Глубокий гнойно-септический абсцесс паховой области.

Обсуждение. До внедрения АРТ пневмококковая бактериемия регистрировалась у ВИЧ-инфицированных более, чем в 100 раз чаще, чем у пациентов без ВИЧ-инфекции. Было отмечено, что частота возникновения пневмококковой бактериемии особенно четко коррелирует со степенью иммуносупрессии, при этом малое количество CD4-лимфоцитов служит прогностическим фактором отсроченного ответа на терапию. Данные о влиянии АРТ на снижение заболеваемости инвазивной пневмококковой пневмонии (ИПИ) носят противоречивый характер. В одном крупном исследовании (США) было показано, что, несмотря на снижение заболеваемости ИПИ в эру АРТ практически в 2 раза, она все же оказалась в 35 раз выше, чем у пациентов сопоставимого возраста без ВИЧ-инфекции.

В случаях внутривенного введения наркотических средств может развиваться септическая пневмония, как одно из органных проявлений сепсиса. У таких больных часто наблюдается плевральный выпот, особенно при инфекциях, вызываемых грамотрицательными бактериями и стафилококками. В таких случаях возникает опасность развития эмпиемы. Безусловно, описанные выше обстоятельства ухудшают прогноз для больных ВИЧ-инфекцией. Бактериальная пневмония ассоциируется с септической пневмонией, вызванная *S.aureus* у больного ВИЧ-инфекцией, потребителя инъекционных наркотиков более высоким уровнем летальности, особенно у больных с иммунодефицитом.

Наиболее значимыми предикторами смерти при внебольничной пневмонии у больных ВИЧ-инфекцией определены: количество CD4-клеток менее 100 в мкл; объем поражения, захватывающий несколько легочных долей; рентгенологическое ухудшение на фоне терапии (увеличение объема поражения, появление полостей распада, плеврального выпота); гипоксемия и шок.

Литература

1. Руководство по профилактике и лечению оппортунистических инфекций у ВИЧ-инфицированных взрослых и подростков: руководство Центра по контролю за заболеваниями, Национального института здоровья и Американского общества специалистов по инфекционным болезням, США, 2016. Источник KingMed 257 Препараты выбора Альтернативные препараты
2. Пневмония у пациентов с факторами риска инфицирования *P.aeruginosa* // Современные проблемы науки и образования.
3. Базлов С.Б., Лобков Е.Ю., Породенко Е.Е. Гнойно-септические постинъекционные поражения нижних конечностей у больных парентеральной наркоманией // Научное обозрение. Медицинские науки.-2015.-№1.-С. 60-60.

Түйіндеме

Синтетикалық сипаттағы инъекциялық есірткіні тұтынатын, АИТВ-ны жұқтырған пациентте ангиогендік сепсистің дамуы бар бактериялық пневмонияның клиникалық жағдайы көрсетілген. Есірткі тұтынушылардағы пневмонияның ең өзекті қоздырғышы – *Staphylococcus aureus* (*S. aureus*) болып табылады. Аз дәрежеде *Streptococcus pneumoniae* (*S. pneumoniae*) және (сирек) *Haemophilus influenzae* (*H. influenzae*).

Түйінді сөздер: ауруханадан тыс пневмония, септикалық пневмония, ангиогенді сепсис, тәуелділік, қауіп факторлары, CD4 жасушалар, диагностика тәсілдері, емдеу.

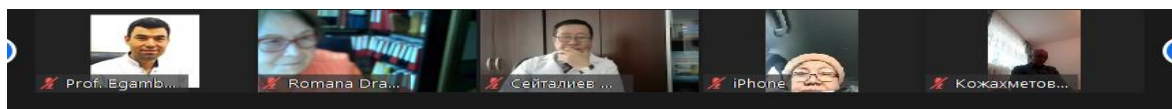
Resume

The article presents a clinical case of bacterial pneumonia in an HIV-infected patient, a user of synthetic injectable drugs with the development of angiogenic sepsis. The most relevant causative agent of pneumonia in drug users is *Staphylococcus aureus* (*S. aureus*). To a lesser extent, *Streptococcus pneumoniae* (*S. pneumoniae*) and (less often) *Haemophilus Influenzae* (*H. influenzae*).

Key words: community-acquired pneumonia, risk factors, CD4 cells, approaches to diagnosis, treatment.

29 января 2021 года проведена научно-практическая ON-LINE конференция с международным участием, посвященная 45-летней деятельности **Романы Драбик** – Президента Немецкой Ассоциации помощи больным лепрой и туберкулезом, специалиста ВОЗ

Романа Драбик - член немецкой Ассоциации по борьбе с туберкулезом и лепрой о сотрудничестве с противолепрозной службой Казахстана и Германии и современном состоянии лепры в мире.



Тема: «Дерматовенерология, лепрология сегодня»

В мире выявляют менее одного случая проказы в год на десять тысяч человек. Объявив болезнь неопасной, ВОЗ, однако, считает, что радоваться рано. В последнее время число вновь заболевших растет. Это значит, что возбудитель обитает в каких-то скрытых очагах и не все пути его распространения известны.

Проказу вызывает микобактерия *Mycobacterium leprae*, родственная туберкулезной палочке. Она проникает в клетки кожи и слизистой и очень медленно там развивается. Бацилла делится раз в две недели - рекорд длительности среди патогенов. Для сравнения: туберкулезной палочке требуется всего 20 часов.

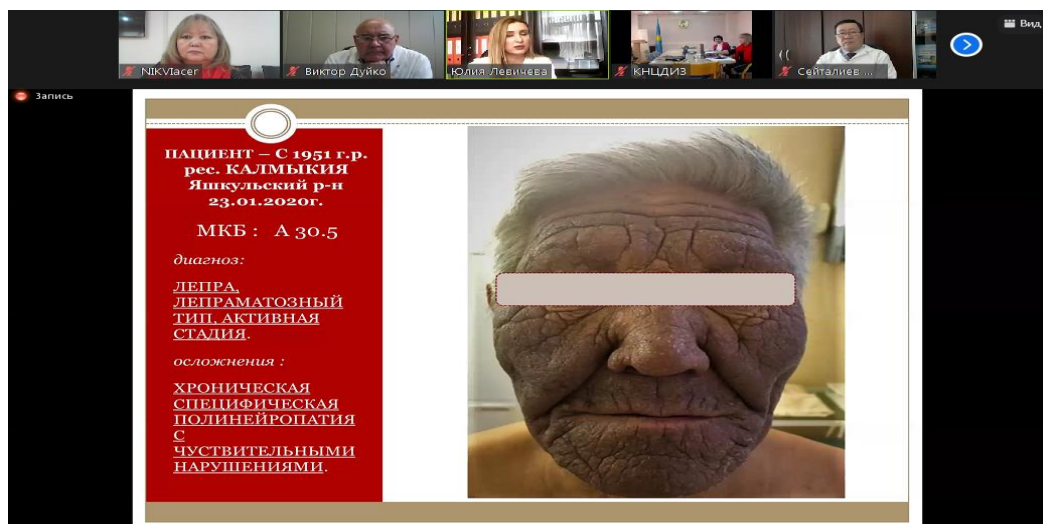
ДИАГНОСТИКА

СТАНДАРТ	ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ
БАКТЕРИОСКОПИЯ СКРИФИКАТ КОЖИ И СОСКОБ СЛИЗИСТОЙ НОСА (окраска по ЦИЛЮ-НИЛЬСОНУ). ОБНАРУЖЕНЫ КУМ, БИН: - ГОМОГЕННЫЕ – 1+; - ЗЕРНИСТЫЕ – 0, 11+ ГИСТОЛОГИЯ: - в дерме- диффузная и очаговая инфильтрация с множественными гранулемами, с большим количеством гигантских многоядерных клеток, макрофаги содержавшие кислотоустойчивые зернистые включения ПЦР – обнаружена <i>M. leprae</i>	• СЕРОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КРОВИ ИФА Уровень • AT к DIS-BSA Ig G-0,20 (N- 0,20) • AT к DIS-BSA Ig M-0,53 (N- 0,15) ЦИК 14,7 (N < 10)

Инкубационный период занимает годы. Симптомы могут проявиться спустя даже два десятка лет: пятна на коже, наросты. В запущенных случаях микроб поражает периферические нервы, из-за чего скрючиваются пальцы, теряется чувствительность.

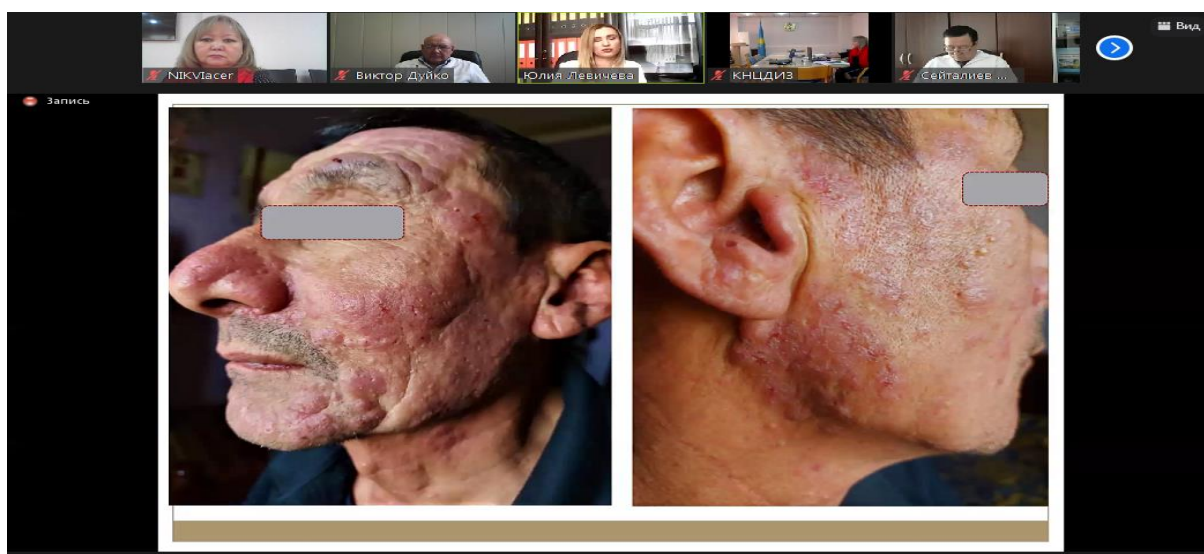
Дуйко В.В. – д.м.н., заслуженный врач РФ – Директор ФГБУ «НИИЛ» Минздрава России, г. Астрахань, РФ



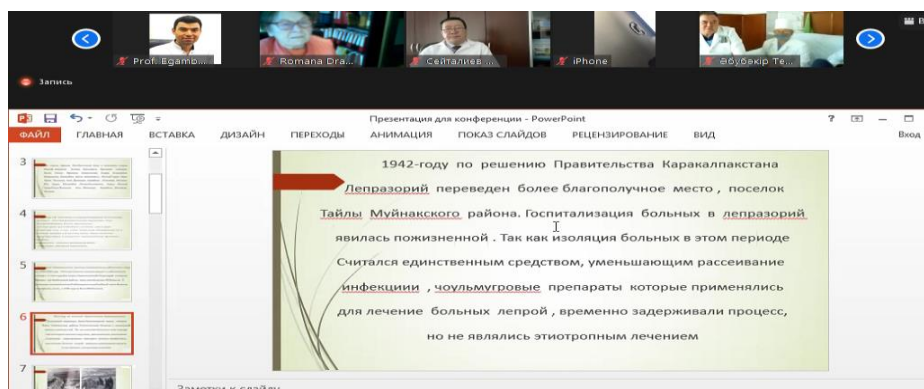


Возбудителя проказы невозможно культивировать в искусственной среде, он живет только внутри живых клеток

Болезнь сильно уродует человека. Прокаженных раньше изгоняли, отселяли в резервации.



«Эпидемиологическая ситуация заболеваемости лепрой в Каракалпакстане».
Нуратдинова З.К. – гл. врач Каракалпакского лепрозория, г. Нукус, РУ



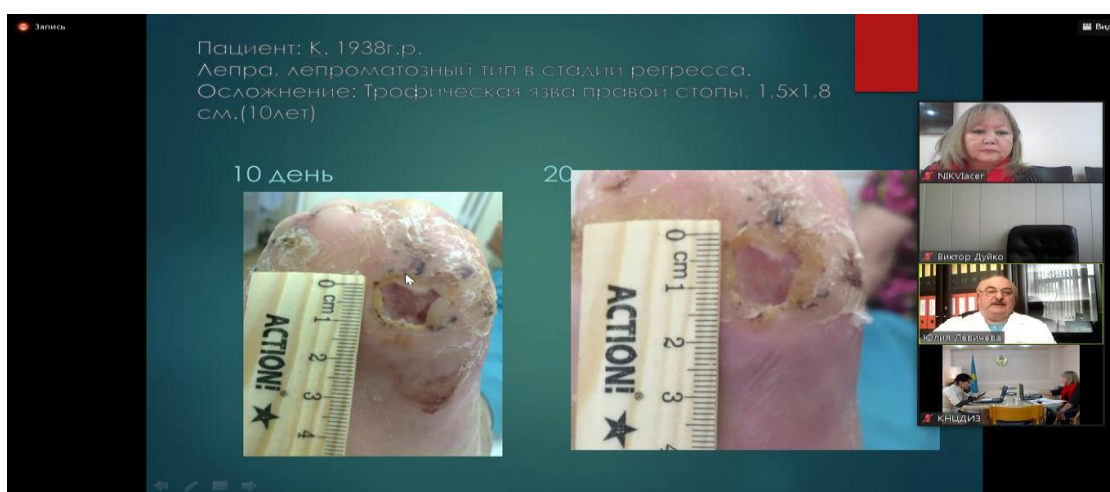
Вопросы дерматологии и венерологии, №1-2/2021

Процесс эволюции человечества с точки зрения генетически обусловленной резистентности или восприимчивости к инфекционным заболеваниям на популяционном уровне протекает в разнообразном микробном окружении, и любой патогенный возбудитель может в конечном счете влиять на популяционный генофонд. Расшифровка генетических основ нарушений иммунитета при инфекционных болезнях открывает новые возможности в вопросах совершенствования систем общественного здравоохранения.

«Эффективность использования новой отечественной технологии «Аллоплант» в реабилитации больных лепрой»

Цель исследования совершенствование способов реабилитационных мероприятий при лепре, ускорение сроков заживления нейротрофических язв.

Материал и методы: отечественная технология «Аллоплант», биоматериал получаемый из аллогенных тканей, содержащий весь спектр тканевых компонентов, участвующих в построении и регулировке процессов роста и дифференцировки клеток.



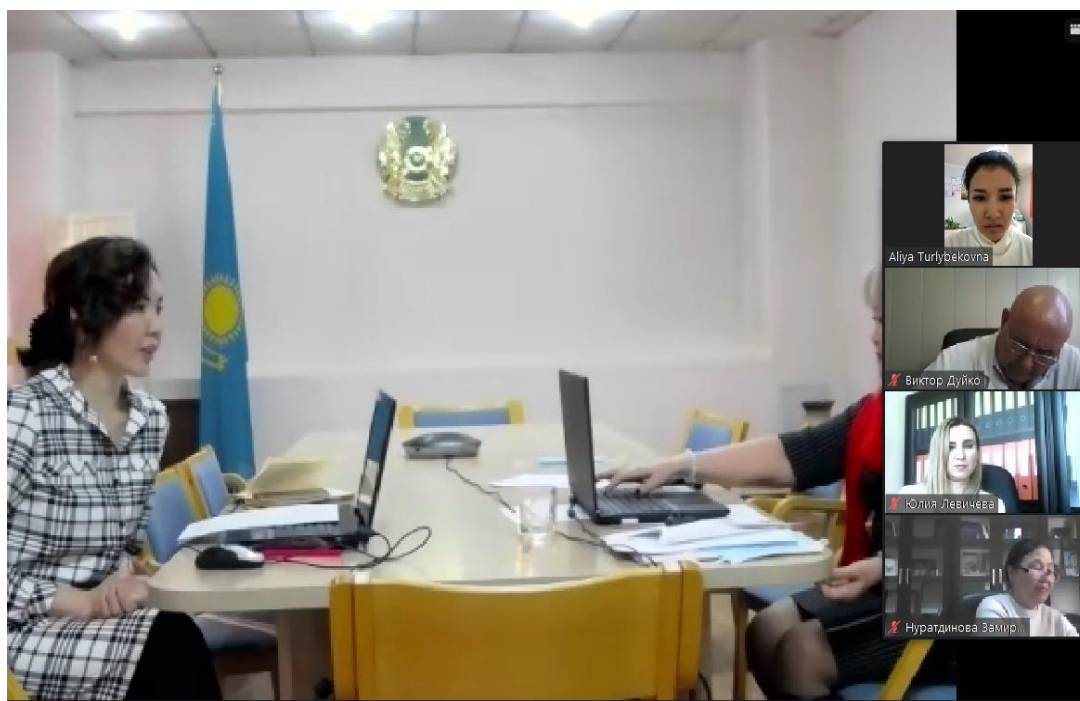
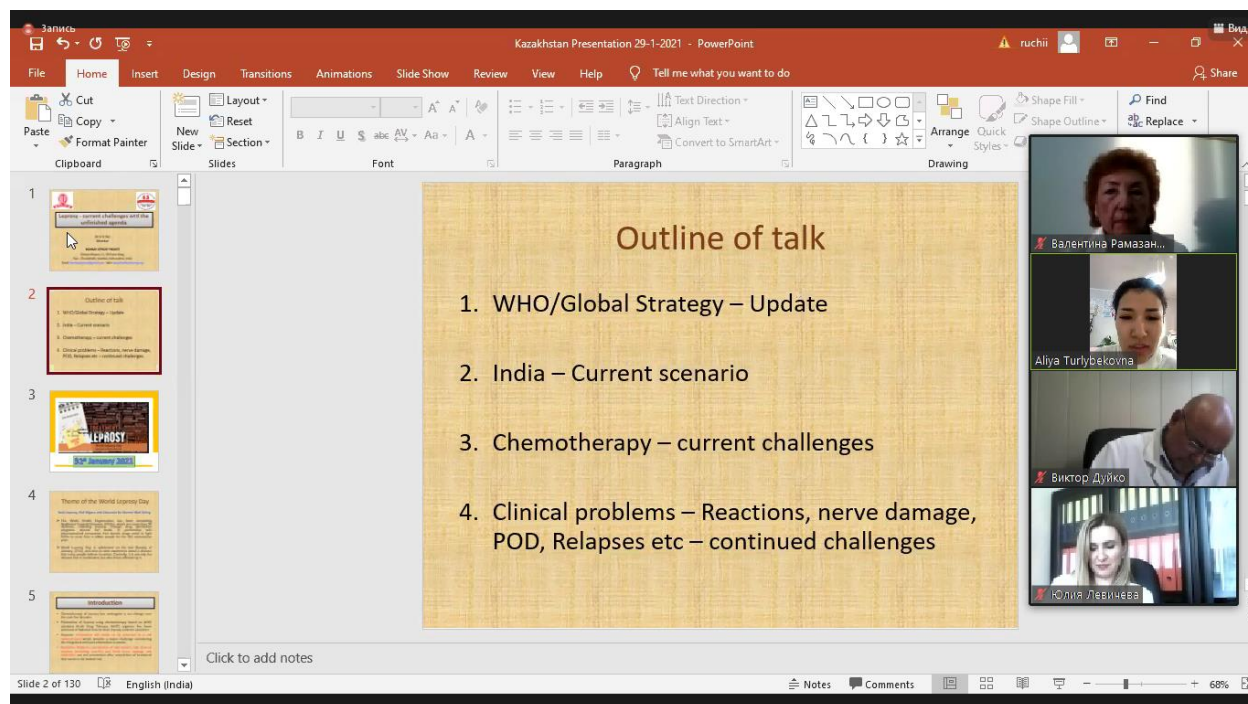
"Leprosy - Current challenges and the unfinished agenda"
Dr V. V. Pai – Director Bombay Leprosy Project



Сейчас на планете почти четыреста тысяч больных, 74 процента приходится на Индию, Бразилию и Индонезию. Однако в последнее время медики выявляют все больше новых случаев. По данным ВОЗ, в 2015-м проказой заболели 210 758 человек, в 2017-м - уже 211 009.

Вопросы дерматологии и венерологии, №1-2/2021

Распространенность и частота инфекции остаются неизменными с 2005 до 2015 года, и все еще существуют значительные задержки в лечении, из-за отсутствия знаний о болезни. Текущие программы включают в себя обследования на дому, предназначенные для выявления скрытых случаев проказы.



Организационный комитет:

Сейталиев Молдагали Акбайнашевич, главный лепролог РК, руководитель ГУ «Казахский республиканский лепрозорий» МЗ РК, город Кызылорда

Әбубәкір Темірбай Құтжанұлы, лепролог, терапевт, заведующий отделением ГУ «Казахский республиканский лепрозорий» МЗ РК, город Кызылорда

Оспанова Сания Алмешевна, дерматовенеролог, к.м.н., зав. отделом НММС и образования КНЦДИЗ МЗ РК, член EADV, город Алматы

Вопросы дерматологии и венерологии, №1-2/2021

Ендибаева Улпан Абдинасировна, дерматовенеролог, магистр медицинских наук, научный сотрудник отдела НММС и образования КНЦДИЗ МЗ РК, секретарь ОО «ОДвДкЛ», город Алматы

Суханбердиева Зарина Маратовна, дерматовенеролог, докторант PhD КазНМУ имени С.Д. Асфендиярова, научный сотрудник отдела НММС и образования КНЦДИЗ МЗ РК, город Алматы

Ахметова Юлия Бахытжановна, магистр медицинских наук, научный сотрудник отдела НММС и образования КНЦДИЗ МЗ РК

Хабижанов Аскар Болатович, к.м.н., зав. кафедрой дерматовенерологии КазНМУ имени С.Д. Асфендиярова, город Алматы

Алменова Лейла Танирбердиевна, к.м.н., доцент кафедры дерматовенерологии КазНМУ имени С.Д. Асфендиярова, город Алматы.

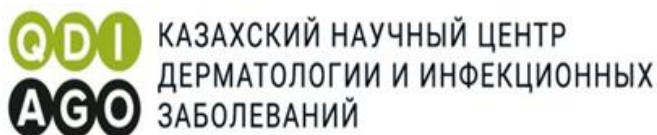
Место проведения: г. Алматы, Республика Казахстан, специализированный online сервис для проведения НПК ZOOM – РГП на ПХВ «Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний» МЗ РК.

Формируя настоящее, инвестируем в будущее!

Ссылка на регистрацию:

<https://us02web.zoom.us/j/2892808143>

Идентификатор: 289 280 8143



Всем заинтересованным лицам

ИНФОРМАЦИОННОЕ ПИСЬМО

**Научно-практическая онлайн конференция с международным участием
«II Дерматологические чтения имени Ж.А. Оразымбетовой»**

**Тема: «Вопросы современной клинической дерматовенерологии, дерматокосметологии
и трихологии»
06 апреля 2021 года**

РГП на ПХВ «Казакский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний» МЗ РК совместно с ОО «Общество дерматовенерологов, дерматокосметологов и лепрологов» и кафедра дерматовенерологии КазНМУ имени С.Д. Асфендиярова **информируют о** проведении научно-практической конференции **«II Дерматологические чтения имени Ж.А. Оразымбетовой»**.

Целью проведения конференции является обсуждение актуальных направлений и развития дерматовенерологической службы регионов Казахстана и выработка практических рекомендаций по обеспечению их эффективной реализации и применению в медицинском образовании.

Данная конференция продолжает цикл научно-практических конференций, проводимых КНЦДИЗ начиная с 2018 года, на которых присутствуют специалисты практического здравоохранения и медицинского образования ВУЗов и НИИ страны.

Директор

B.Bayserkin

Б. Байсеркин

Контакты: sosderma@bk.ru
nauka@kncdiz.kz
+7 701 538 7012



УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

Приглашаем Вас принять участие в **ОНЛАЙН** научно-практической конференции с международным участием

«II Дерматологические чтения имени Ж.А. Оразымбетовой»

06.04.2021 года в 12 часов (время Алматы)

Тема: «Вопросы современной клинической дерматовенерологии, дерматокосметологии и трихологии»

Место проведения: г. Алматы, Республика Казахстан, специализированный online сервис для проведения НПК ZOOM – РГП на ПХВ «Казакский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний» МЗ РК

Ссылка на подключение к конференции:

<https://us02web.zoom.us/j/83162632996>

Идентификатор: 831 6263 2996

Организационный комитет:

Абишев Асылхан Туреханович, зам. директора по научно-клинической работе РГП на ПХВ «КНЦДИЗ» МЗ РК, город Алматы

Оспанова Сания Алмешевна, дерматовенеролог, дерматокосметолог, к.м.н., зав. отделом НММС и образования КНЦДИЗ МЗ РК, член EADV, город Алматы

Хабижанов Аскар Болатович, к.м.н., зав. кафедрой дерматовенерологии КазНМУ имени С.Д. Асфендиярова, город Алматы

Суханбердиева Зарина Маратовна, дерматовенеролог, дерматокосметолог, докторант PhD КазНМУ имени С.Д. Асфендиярова, научный сотрудник отдела НММС и образования КНЦДИЗ МЗ РК, город Алматы

Адилова Лейла Мукановна, к.м.н., доцент кафедры дерматовенерологии КазНМУ имени С.Д. Асфендиярова, город Алматы

Ендибаева Улпан Абдинасировна, дерматовенеролог, дерматокосметолог, магистр медицинских наук, научный сотрудник отдела НММС и образования КНЦДИЗ МЗ РК, город Алматы

Ахметова Юлия Бахытжановна, дерматовенеролог, дерматокосметолог, магистр медицины, научный сотрудник отдела НММС и образования КНЦДИЗ МЗ РК, город Алматы

Искакова Айжан Турарбековна, дерматовенеролог, дерматокосметолог, мнс отдела НММС и образования КНЦДИЗ МЗ РК, город Алматы

ПРОГРАММА

6 апреля 2021 года		
11:00 регистрация участников ОНЛАЙН НПК		
ОНЛАЙН научно-практической конференции с международным участием «II Дерматологические чтения имени Ж.А. Оразымбетовой»		
Тема: «Вопросы современной клинической дерматовенерологии, дерматокосметологии и трихологии»		
12:00-12:10	<u>Приветственное слово</u> Байсеркин Б.С. – д.м.н., Директор РГП на ПХВ «КНЦДИЗ» МЗ РК, г. Алматы	
12:10-12:25	«Возможности клеточной терапии при витилиго».	Касымханова А.А. - к.м.н., дерматолог, физиотерапевт клиники «Центр витилиго и здоровья кожи», член научно-консультативного совета VRFoundation (USA), город Алматы
12:25-12:45	"PRP for Dermatology indications or Aesthetic Dermatology".	Belma Tursen MD, private Dermatology clinic. Mersin, Turkey.
12:45-13:00	«Выпадение волос после COVID-19. Случай из практики».	Мирзакеева М.Э. – врач-трихолог, директор Центра Восстановления Волос и Школы Трихологии "HairDoctor", г. Алматы
13:00-13:20	«Первичные рубцовые алопеции. Случай из практики».	Хабижанов А.Б. - к.м.н., зав. каф. дерматовенерологии КазНМУ им С.Д. Асфендиярова; Мирзакеева М.Э. – врач-трихолог, директор Центра Восстановления Волос и Школы Трихологии "HairDoctor", город Алматы
13:20-13:50	«Возможности полипептидной терапии в решении дерматопатологий: псориаз, атопический дерматит, алопеция».	Брянцева О.Е. – дерматолог-венеролог, косметолог, специалист по Anti-Age методикам, руководитель учебно-методического центра медицинской корпорации Rhana, директор Департамента научного маркетинга, Москва, Россия
13:50-14:10	«Всеукраинская ассоциация для детей с гнездной алопецией. Опыт работы».	Халдеева А.Е. - дерматолог, трихолог, член Европейского исследования волос (EHRs), член EADV, член Всеукраинской ассоциации трихологов (АТУ), Украинского общества исследования волос (UHRs). Президент ассоциации детей с гнездной алопецией «Вместе в гармонии», Украина.
14:10-14:25	«Десквамативные дерматозы волосистой части головы».	Оспанова С.А.- к.м.н., зав. отделом НММС и образования КНЦДИЗ МЗ РК, член EADV
14:25-14:40	«Новые возможности пересадки волос».	Маркабаева А.А.- м.м.н., дерматовенеролог, косметолог МЦ «Дарус Плюс», г. Алматы
14:40-15:10	«The Trichopigmentation, a quick and innovative solution for the women's hair loss».	Elisabetta Belfiore - “Trico Medic of Elisabetta Belfiore “ Monza, Italy
15:10-15:30	«Алопеция. Счастье быть собой. Роль организованного сообщества	Андреев А.А. - создатель и руководитель сообщества "Алопеция счастье быть собой"

	в социальной адаптации детей с алопецией».	РФ, Эксперт по проектной деятельности пациентских НКО, Специалист Process Communication Model; Россия. Оспанова Г.Ж. - учредитель ОФ РК " Алопеция счастье быть собой ", г. Алматы
15:30-15:50	«Постковидная алопеция. Алгоритм ведения пациентов».	Пушкина Н.В. – дерматовенеролог первой категории, практикующий трихолог, преподаватель школы трихологии «Наutilus», ведущий доктор клиники «СМТ», «Данимед», г. Москва, Россия.
15:50-16:10	«Дерматокосметика для пациентов с акне - маркетинговый ход или необходимость».	Круглова Л.С. – д.м.н., профессор, зав. кафедрой дерматовенерологии, косметологии «Центральная Государственная Медицинская Академия» Управления делами Президента РФ, г. Москва, Россия
16:10-16:20	«КЛСМ в диагностике и динамическом ведении пациентов».	Суханбердиева З.М. – докторант 3-го года КазНМУ, член EADV, г. Алматы
16:20-16:30	«Практическое ведение пациентов с угревой болезнью».	Арызбекова А.Т. – резидент 2-го года обучения РГП на ПХВ «КНЦДИЗ» МЗ РК, г. Алматы
16:30-16:45	«Поражения кожи и COVID-19».	Толыбекова А.А. – к.м.н., зав. кафедрой, Чернова О.А. - ассистент кафедры фтизиатрии с курсами КРМУ; Думышева А. – врач-инфекционист ГКБ №4, г. Алматы
16:45-16:55	«Токсико-аллергические дерматиты на дезинфицирующие средства».	Шортанбаева Ж.А. – к.м.н., доцент кафедры дерматовенерологии КазНМУ имени С.Д. Асфендиярова, г. Алматы
16:55-17:05	«Ихтиоз в РК».	Искакова А.Т. - дерматовенеролог, дерматокосметолог РГП на ПХВ «КНЦДИЗ» МЗ РК, г. Алматы
17:05-17:15	«Полиморфизм кожных проявлений при новой коронавирусной инфекции COVID-19, вызванной SARS-CoV-2».	Айткулова В.Р. - к.м.н., дерматовенеролог высшей категории, ассистент кафедры персонализированной медицины и педиатрии Павлодарского филиала НАО «МУС», г. Павлодар
17:15-17:25	«Карциноидный папилломатоз кожи Готтрона».	Исакова И.А. – врач-резидент дерматовенеролог 2 года, Научный руководитель Айткулова В.Р. - кафедра персонализированной медицины и педиатрии Павлодарского филиала НАО «МУС», г. Павлодар
17:25-17:35	«Амиллоидоз».	Галиева Д.М. – врач-резидент дерматовенеролог 2 года, Научный руководитель Айткулова В.Р. - кафедра персонализированной медицины и педиатрии Павлодарского филиала НАО «МУС», г. Павлодар
17:35-17:50	«Психологические аспекты алопеции: вопросы и ответы».	Kiki Gorbatenko-Roth Professor of Psychology, University of Wisconsin-Stout Licensed Psychologist, Minnesota, USA Board of Directors, Association of Psychocutaneous Medicine of North America Informal Consultant, National Alopecia Areata Foundation (NAAF)

17:50- 18:00	Заккрытие конференции. Дискуссия
-----------------	---

Свидетельство журнала «Вопросы дерматологии и венерологии»

о постановке на переучет периодического печатного издания

№ KZ83VPY00016771 от 04.11.2019

Министерства информации и общественного развития РК

(дата и номер первичной постановки на учет: 02.08.1999, 817-Ж)

ISSN: 2707-3696

LinkingISSN (ISSN-L): 1680-9149.



Формируя настоящее, инвестируем - в будущее!

Контакты: sosderma2018@bk.ru;

nauka@kncdiz.kz

+7 701 538 7012;

+7701 740 7816



DEAR COLLEAGUES!

We invite you to take part in **ONLINE** science and practical conference with international participation

“II Dermatological Readings named after Zh.A. Orazymbetova”.

April 6, 2021 at 12 am (Almaty time)

Theme: «Questions of Modern Clinical Dermatovenereology, Dermatocosmetology and Trichology»

Place: Almaty, the Republic of Kazakhstan, specialized online service for scientific and practical conferences ZOOM platform of the RSE "Kazakh Scientific Center of Dermatology and Infectious Diseases" MH of the RK

Link for registration:

<https://us02web.zoom.us/j/83162632996>

Identifier: 831 6263 2996

Organizing Committee:

Abishev Asylkhan Turekhanovich, Deputy Director for Scientific and Clinical Work of the RSE KSCDID of MH of the RK, Almaty

Ospanova Saniya Almeshevna, dermatovenereologist, dermatocosmetologist, Candidate of Medical Sciences, Head of Department of Science, Management, International Cooperation and Education, KSCDID of MH of the RK, Member of EADV, Almaty

Khabizhanov Askar Bolatovich, Candidate of Medical Sciences, Head of Department of Dermatovenereology KazNMU named after S.D. Asfendiyarov, Almaty

Sukhanberdiyeva Zarina Maratovna, dermatovenereologist, dermatocosmetologist, Doctoral Student of Kazakh National Medical University named after S.D. Asfendiyarov, Researcher of the Department of Science, Management, International Cooperation and Education, KSCDID of MH of the RK, Almaty

Adilova Leila Mukanovna, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Dermatovenereology of KazNMU named after S.D. Asfendiyarov, Almaty

Yendibayeva Ulpan Abdinasirovna, dermatovenereologist, dermatocosmetologist, Master of Medical Sciences, Researcher of the Department of Science, Management, International Cooperation and Education, KSCDID of MH of the RK, Almaty

Akhmetova Yuliya Bakhytzhonovna, dermatovenereologist, dermatocosmetologist, Master of Medicine, Researcher of the Department of Science, Management, International Cooperation and Education, KSCDID of MH of the RK, Almaty

Iskakova Aizhan Turarbekovna, dermatovenereologist, dermatocosmetologist, junior researcher of the Department of Science, Management, International Cooperation and Education, KSCDID of MH of the RK, Almaty

PROGRAM

April 6, 2021		
11:00 Registration		
ONLINE science and practical conference with international participation “II Dermatological Readings named after Zh.A. Orazymbetova” Theme: “Questions of Modern Clinical Dermatovenereology, Dermatocosmetology and Trichology”		
12:00-12:10	Opening Ceremony Baiserkin B.S. – Director, RSE Kazakh Scientific Center of Dermatology and Infectious Diseases MH of the RK, Almaty	
12:10-12:25	«Possibilities of cell therapy for vitiligo».	Kassymkhanova A.A. – Candidate of Medical Sciences, dermatovenereologist, physiotherapist of the clinic "Center for Vitiligo and Skin Health", member of the Scientific Advisory Board of the VR Foundation (USA), Almaty
12:25-12:40	«PRP for Dermatology indications or Aesthetic Dermatology».	Belma Tursen MD, private Dermatology clinic. Mersin, Turkey.
12:40-13:00	«Hair loss after COVID-19. Case report».	Mirzakeeva M.E. - trichologist, director of the Hair Restoration Center and the School of Trichology "Hair Doctor", Almaty
13:00-13:20	«Primary cicatricial alopecia. Case report».	Khabizhanov A.B. - Candidate of Medical Sciences, Head of Department of Dermatovenereology KazNMU named after S.D. Asfendiyarov, Almaty; Mirzakeeva M.E. - trichologist, director of the Hair Restoration Center and the School of Trichology "Hair Doctor", Almaty
13:20-13:50	«Possibilities of polypeptide therapy in solving dermatopathologies: psoriasis, atopic dermatitis, alopecia».	Bryantseva O.E. - dermatovenereologist, cosmetologist, specialist in Anti-Age techniques, head of the educational and methodological center of the Rhana medical corporation, director of the Scientific Marketing Department, Moscow, Russia
13:50-14:10	«Ukrainian Association for Children with Alopecia Areata. Work experience».	Khaldeeva A.E. - dermatologist, trichologist, member of the European Hair Research (EHRS), member of EADV, member of the Ukrainian Association of Trichologists (ATU), Ukrainian Society for Hair Research (UHRS). President of the Association of Children with Alopecia Areata "Together in Harmony".
14:10-14:25	«Desquamative dermatoses of the scalp».	Ospanova S.A.- Candidate of Medical Sciences, Head of Department of Science, Management, International Cooperation and Education, KSCDID of MH of the RK, Member of EADV, Almaty
14:25-	«New possibilities of hair trans-	Markabayeva A.A.- Master of Medical Sciences,

14:40	plant».	dermatovenereologist, cosmetologist MC «Darus Plus», Almaty
14:40-15:10	«The Trichopigmentation, a quick and innovative solution for the women's hair loss».	Elisabetta Belfiore - "Trico Medic of Elisabetta Belfiore" Monza, Italy
15:10-15:30	«Alopecia. Happiness to be yourself. The role of the organized community in the social adaptation of children with alopecia».	Andreyev A.A. - Founder and Head of the community "Alopecia. Happiness to be yourself" RF. Expert on project activities of patient non-profit organizations. Specialist of Process Communication Model. Ospanova G.Zh.- Founder of the Public Fund of the RK "Alopecia. Happiness to be yourself"
15:30-15:50	«Alopecia after COVID19. Patient management algorithm».	Pushkina N.V. – dermatovenereologist of the first category, practicing trichologist, teacher of the school of trichology "Nautilus", leading doctor of the clinic "CMT", "Danimed", Moscow, Russia.
15:50-16:10	«Dermatocosmetics for acne patients - marketing ploy or necessity».	Kruglova L.S. – Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of Department of Dermatovenereologist, Cosmetology of Central State Medical Academy Administrative Department of the President of the Russian Federation, Moscow, Russia
16:10-16:20	«Confocal laser microscopy in diagnosis and dynamic management of the patients».	Sukhanberdiyeva Z.M. – Doctoral student KazNMU named after S.D. Asfendiyarov, Member of EADV, Almaty
16:20-16:30	«Practical management of acne patients».	Aryzbekova A.T. – resident of 2-d grade KSCDID of MH of the RK, Almaty
16:30-16:45	«Skin lesions and COVID-19».	Tolybekova A.A. – Candidate of Medical Sciences, Head of Department of Dermatovenereology KRMU, Chernova O.A. - Assistant of the Department of Phthisiology with courses of KRMU; Dumysheva A. – infectious disease physician, City Clinical Hospital №4, Almaty
16:45-16:55	«Toxic-allergic dermatitis to disinfectants».	Shortanbayeva Zh.A. – Candidate of Medical Science, Professor, Kazakh National Medical University named after S.D. Asfendiyarov, Almaty
16:55-17:05	«Ichthyosis in the Republic of Kazakhstan».	Iskakova A.T. - dermatovenereologist, dermatocosmetologist, KSCDID of MH of the RK, Almaty
17:05-17:15	“Polymorphism of cutaneous manifestations in a new coronavirus infection COVID-19, caused by SARS-CoV-2”	Aitkulova V.R. – Candidate of Medical Science, dermatovenereologist of the highest category, assistant of the Department of Personalized Medicine and Pediatrics Pavlodar branch of NJSC "Semey Medical University", Pavlodar
17:15-17:25	“Koi Gottron's carcinoid papillomatosis”.	Iskakova I.A. – resident- dermatovenereologist of the 2d year of study, Scientific adviser Aitkulova V.R. - Department of Personalized Medicine and Pediatrics, Pavlodar branch of NJSC "Semey Medical University", Pavlodar

Вопросы дерматологии и венерологии, №1-2/2021

17:25- 17:35	“Amyloidosis”.	Galiyeva D.M. - resident- dermatovenereologist of the 2d year of study, Scientific adviser Aitkulova V.R. - Department of Personalized Medicine and Pediatrics, Pavlodar branch of NJSC "Semey Medical University", Pavlodar
17.35- 17:50	«Questions and answers».	Kiki Gorbatenko-Roth Professor of Psychology, University of Wisconsin-Stout Licensed Psychologist, Minnesota, USA Board of Directors, Association of Psychocutaneous Medicine of North America Informal Consultant, National Alopecia Areata Foundation (NAAF)
17.50- 18:00	<i>Closing ceremony of the conference. Discussion</i>	

Certificate of the journal "Issues of Dermatology and Venereology"
on registering a periodical print publication
No. KZ83VPY00016771 dated 04.11.2019
Ministry of Information and Social Development of the Republic of Kazakhstan
(Date and number of initial registration: 08/02/1999, 817-Ж)
ISSN: 2707-3696
Linking ISSN (ISSN-L): 1680-9149.



Shaping the present, we invest - in the future!

Contacts: sosderma2018@bk.ru;
nauka@kncdiz.kz
+7 701 538 7012;
+7701 740 7816