



**QAZAQ DERMATOLOGIA JANE INFEKSIALYQ
AURULAR GYLYMI ORTALYGY**

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

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

**Scientific and practical journal
«ISSUES OF DERMATOLOGY AND VENEROLOGY»**

**ISSN 2707-3696
ISSN-L 1680-9149**

№ 4 (90), 2024



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

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

**Scientific and practical journal
«ISSUES OF DERMATOLOGY
AND VENEROLOGE**

Публикуется 4 раза в год
Основан в 1999 году

Учредитель и издатель:
РГП на ПХВ «Казахский научный центр
дерматологии и инфекционных
заболеваний»
Министерства здравоохранения
Республики Казахстан

Журнал зарегистрирован
Министерством культуры, информации
и общественного согласия Республики
Казахстан
Свидетельство об учетной регистрации
СМИ №817-Ж, г. Астана, 02.08.1999 г.
Свидетельство о постановке на переучет
периодического печатного издания
Свидетельство о постановке на переучет
периодического печатного издания
№ KZ53VPY00064938 от 20.02.2023

ISSN: 2707-3696
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.
Редакция не вступает в переписку, не
рецензирует материалы, может не
разделять мнения авторов
опубликованных материалов.

Главный редактор
Байсеркин Б.С.

Заместитель главного редактора
Турдалиева Б.С.

Редакционный совет
Torello Lotti (Italy)
Davinder Parsad (India)
Вайсов А.Ш. (Узбекистан)
Konrad T.J. (Netherlands)
Мурашкин Н.Н. (Россия)
Потекаев Н.Н. (Россия)
Mohammad Jafferany (USA)
Арифов С.С. (Узбекистан)
Jack A. DeHovitz (USA)
Абишев А.Т. (Казахстан)
Батпенова Г.Р. (Казахстан)
Джансугурова Л.Б. (Казахстан)

Редакционная коллегия
Локшин В.Н.,
Капанова Г.Ж.,
Кешилева З.Б.,
Винников Д.В.,
Глушкова Н.Е.,
Тукеев М.С.,
Джумабеков А.Т.,
Кульжанов М.К.,
Коркан А.И.,
Жуматова Г.Б.,
Нугманова Ж.С.,
Аимбетова Г.Е.,
Нурбақыт А.Н.,
Байсугурова В.Ю.

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

Ответственный секретарь
Джусупгалиева М.Х.

МАЗМҰНЫ

Буллезді эпидермолизбен ауыратын науқастардың өмір сапасының болашағы және науқастың отбасына әсері

С.К. Мукушева,
С.А. Оспанова,
З.М. Суханбердиева

Түркістан облысының балалары мен жасөспірімдеріндегі теміреткі ағымының ерекшеліктері

А.И. Баев¹,
Г.Б. Нұрмағамбетова²,
Ж.Ө. Будесова²,
Г.А. Ташбаева²

Клиникалық жағдай: Готтронның үдемелі эритрокератодермиясы

А.Е. Джуманова,
С.А. Оспанова,
З.М. Суханбердиева

2023 жылы жүргізілген күзет эпидемиологиялық қадағалау нәтижелері бойынша Теміртау қаласында секс-жұмыскерлер арасындағы мінез-құлық зерттеулері

Т.И. Князева,
С.С. Бурханшина,
А.Ю. Шалина

Астана қаласындағы донорлар арасындағы АИТВ-инфекциясының эпидемиологиялық жағдайы туралы

Б.Қ. Құлтанова, Г.С. Абуова

СОДЕРЖАНИЕ

Перспективы качества жизни пациентов с буллезным эпидермолизом и влияние на семью пациента

С.К. Мукушева,
С.А. Оспанова,
З.М. Суханбердиева

Особенности течения псориаза у детей и подростков Туркестанской области

А.И. Баев¹,
Г.Б. Нурмагамбетова²,
Ж.У. Будесова², Г.А. Ташбаева²

Клинический случай: эритрокератодермия прогрессирующая симметричная Готтрона

А.Е. Джуманова,
С.А. Оспанова,
З.М. Суханбердиева

Биоповеденческие исследования среди секс-работников в городе Темиртау по результатам дозорного эпидемиологического надзора, проведенного в 2023 году

Т.И. Князева, С.С. Бурханшина,
А.Ю. Шалина

Об эпидемиологической ситуации по ВИЧ-инфекции среди доноров города Астана

Б.К. Кultanova, Г.С. Абуова

CONTENTS

Perspectives on the quality of life of patients with epidermolysis bullosa and the impact on the patient's family

S.K. Mukusheva,
S.A. Ospanova,
Z.M. Sukhanberdiyeva

Features of the course of psoriasis in children and adolescents of the Turkestan region

A.I. Baev¹,
G.B. Nurmagambetova²,
J.U. Budesova², G.A. Tashbaeva²

Clinical case: Gottron's progressive erythrokeratoderma

A.E. Jumanova, C.A. Ospanova,
Z.M. Sukhanberdiyeva

Behavioral research among sex workers in the city of Temirtau, according to the results of sentinel epidemiological surveillance conducted in 2023

T.I. Knyazeva,
S.S. Burkhanshina, A.Y. Shalina

On the epidemiological situation of HIV infection among donors in the city of Astana

B.K. Kultanova, G.S. Abuova

S.K. Mukusheva*, S.A. Ospanova, Z.M. Sukhanberdiyeva

RSE on REM "Kazakh Scientific Center of Dermatology and Infectious Diseases",
Almaty, the Republic of Kazakhstan

***For correspondence:** S.K. Mukusheva - RSE on REM "Kazakh Scientific Center of Dermatology and Infectious Diseases", Almaty, the Republic of Kazakhstan, e-mail: saltanatzhataul@gmail.com

Conflict of interest: The authors declare that they have no conflict of interest.

Author contribution: All authors contributed equally to the conception, execution, processing of the results and writing of the article. This material has not been previously published and is not under consideration by other publishers.

Funding: none

PERSPECTIVES ON THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH EPIDERMOLYSIS BULLOSA AND THE IMPACT ON THE PATIENT'S FAMILY

Annotation

Bullous epidermolysis is a rare, chronic condition affecting the skin and mucous membranes, characterized by blistering and erosions from minimal trauma. This debilitating disease significantly impacts the psychosocial well-being of patients and their families. The study explores the aspects of life most affected by bullous epidermolysis using a customized questionnaire based on DEBRA International guidelines and palliative care surveys.

The research includes a comparative analysis of survey responses from individuals with bullous epidermolysis and those with other serious health conditions, supplemented by a literature review of related patient studies. Key findings identify crucial areas where families need more support, including emotional, social, and practical challenges.

The study provides actionable recommendations to improve the quality of life for bullous epidermolysis patients and their families. These recommendations focus on fostering multidisciplinary care approaches, enhancing psychosocial engagement, and strengthening community support networks. The findings underline the importance of targeted interventions and suggest directions for future research to address unmet needs and optimize support systems for individuals living with bullous epidermolysis.

Key words: epidermolysis bullosa, guideline, recommendations, family, quality of life, telemedicine, questionnaire.

Introduction

Epidermolysis Bullosa (EB) comprises a set of rare genetic disorders primarily characterized by blistering and erosions resulting from mechanical trauma [1]. Currently, there are four major types and over 38 known subtypes, based on the protocol from the Republic of Kazakhstan [2]. The average life expectancy for individuals with severe EB is approximately 30 years [3], although in some rare cases of EB, infant mortality may occur [4,5].

At present, there is no cure for EB, and available treatments are experimental [6]. In the first year of life, the condition tends to worsen due to high skin fragility and the child's limited ability to avoid injury. With age, however, the disease course often stabilizes. Children with dystrophic forms of EB typically experience delayed growth and development, though cognitive development remains unaffected [7]. Presently, pathogenic treatment approaches for dystrophic EB are in

various stages of clinical trials. The current therapeutic measures are symptomatic, focusing on accelerating the healing of erosive-ulcerative skin lesions and mucous membranes, preventing secondary infections, and managing complications and comorbid conditions [8].

The complex challenges associated with EB necessitate a multidisciplinary approach to care-the so-called "team" approach-where coordinated care, diagnosis, and treatment are provided by a group of specialists (pediatricians, nutritionists, dentists, ophthalmologists, surgeons, etc.) familiar with the unique needs of EB patients. The primary goals of systemic therapy include pain relief, infection control, ensuring normal growth and development, and treating anemia. Recent experimental and clinical studies utilizing protein, cell, and gene therapies suggest the potential to increase structural protein levels in the dermo-epidermal junction, leading to clinical improvements such as faster healing of chronic skin defects in EB patients. Gene therapy methods are particularly promising, as they target the underlying cause of EB. Further development and refinement of these approaches hold promise for improving the quality of life of EB patients, delaying the onset of squamous cell carcinoma, and extending patient lifespan [9].

EB profoundly affects multiple domains of life for patients and their families, influencing family, social, and peer relationships, education, employment, leisure activities, life goals, and overall life perspectives [10-12]. Given the substantial impact of EB, many individuals may experience both physical suffering and psychosocial challenges.

Currently, there is limited guidance for clinicians on effectively supporting the psychosocial well-being of patients and families affected by EB. DEBRA International (DI) has developed clinical practice guidelines (CPGs) for supporting individuals and families living with EB, and our research supplemented these with additional palliative care questionnaires. Through a synthesis of the literature and insights from the EB community, six key psychosocial outcomes were identified as relevant: quality of life (QoL), coping mechanisms, family dynamics, general well-being, access to healthcare professionals (HCPs), and pain management [13]. These outcomes align with the six primary support needs for parents caring for children with EB identified in other literature and our research: emotional, practical, social, physical, informational, and psychological support.

The synthesis and discussion include suggestions for potential prevention, intervention strategies and suggestions for future research.

Objectives of the CPG

- To identify the support needs of patients and their families and the subsequent impacts EB has on the family unit.
- To develop and revise future guidelines for care and development of an effective framework of support for patients and families with EB.

Target groups

Focus Group: Patients with bullous epidermolysis and their families.
Comparison Group: Patients with other serious diseases and their families.
Additional Researched Groups for Literature Review and Analysis: Other patients mentioned in the articles and healthcare professionals.

Methods

We conducted a scoping review, initially identifying 106 articles, which were narrowed down to 34 studies from 2005-2024, to explore the literature on the support needs of parents with a child affected by Epidermolysis Bullosa (EB) and the subsequent impact on family wellbeing.

Furthermore, combining the community-driven questionnaires from DEBRA with other surveys commonly used for palliative patients and international dermatological surveys, we developed a new questionnaire. This questionnaire was used to survey a focus group of EB patients-4 individuals were interviewed in person due to the rarity of the disease, allowing only for direct interviews with 4 patients admitted to the Kazakh Scientific Center for Dermatology and Infectious Diseases-and a comparison group of 45 patients suffering from other severe illnesses. The goal was to identify the primary needs observed within the focus group and to determine which areas of life are most affected by EB.

Research Question: What are the support needs of families caring for a patient with Epidermolysis Bullosa (EB)?

Eleven electronic search engines were accessed: PubMed, Google Scholar, Cochrane Library, ResearchGate, Scopus, Web of Science, Embase, CyberLeninka, Russian Scientific Electronic Library (RSCI), Medline, Sci-Hub.

Results

A total of 106 articles were initially identified in the search, from which 34 articles were deemed eligible for the final review.

Patients from the focus group reported scores 2-5 points lower in quality of life across nearly all areas when compared to those not in the focus group.

Six main areas of support needs emerged: emotional, practical, social, physical, informational, and psychological needs.

In reviewing additional literature, psychosocial needs were integrated into six preexisting need categories: quality of life (QoL) in psychological needs, coping mechanisms under psychological needs, family dynamics under social needs, general well-being under emotional needs, healthcare access under informational needs, and pain management under physical needs.

QoL: Defined as “an individual’s perception of their position in life” and influenced by physical, psychological, and social factors [14].

Coping: Refers to “thoughts and behaviors used to address stressful demands” [15].
Well-being: Defined as the “balance between resources and challenges” [16].

Pain, highlighted by questionnaires, scored highest in focus groups compared to other severe conditions. Pain, as explained by the biopsychosocial model, involves cognitive and emotional processing, not just pathophysiology [17,18]. Chronic pain often correlates with depression (52%), panic disorder (11%), and generalized anxiety (20%). Sleep disturbances frequently accompany pain, worsening perception and reducing treatment effectiveness [17,19]. Adjusting maladaptive pain beliefs can alleviate its impact [16].

Emotional Needs: Parents reported frustration, guilt, and depression, exacerbated by wound care demands, witnessing pain, and feelings of neglecting other children [20,21-26]. Emotional strain strained family relationships, especially with spouses. Limited emotional support from healthcare services heightened stress.

Practical Needs: Financial strain stemmed from expensive wound dressings and reduced income, with many mothers reducing or quitting work [26]. Challenges included navigating healthcare systems and accessing supplies. Though respite care was desired, trust issues hindered usage.

Social Needs: Parents often experienced isolation and stigma [3,21,25,26], limited social life, and strained marital relationships, with nearly half reporting divorce. Conversations often revolved around EB, reducing personal connections.

Physical Needs: Care duties caused fatigue and burnout, especially among mothers [23,24]. Parents with EB faced added physical challenges, compounding caregiving stress.

Informational Needs: Accurate EB care information was critical, particularly for wound care and disease progression. Parents were frustrated by inconsistent guidance [22,23,26].

Psychological Needs: Coping with a child’s condition affected mental health, linked to social support and disease severity. Many parents sought coping strategies and psychological support to manage caregiving demands [27,28].

The study indicates that parents’ emotional needs are deeply intertwined with their practical, social, and physical needs. When emotional needs are unmet, other challenges often worsen, affecting family dynamics and mental health. Healthcare providers must prioritize emotional and informational support for parents, as these needs are crucial to their caregiving capacity. A proposed framework underscores the interconnected nature of these support needs, calling for accessible, specialized services, especially in community-based settings, to alleviate the complex burdens faced by families caring for children with EB.



The most prevalent needs identified were emotional needs, followed by practical, social, and physical needs. Many parents also reported insufficient informational and psychological support. Common themes included emotional stress, a lack of respite and physical strain due to caregiving responsibilities, financial stress, guilt, and the toll on relationships and family cohesion.

Summary and Recommendations

Having combined all the information and classifications, the following recommendations were put forward for 6 groups:

1. Emotional Needs

Coping with Emotional Impact:

- Provide access to therapists trained in rare diseases to address the challenges of an EB diagnosis.

- Establish peer support groups to foster community and reduce isolation:

- Encourage participation in social activities and networks.
- Launch public campaigns to enhance EB awareness [20,21-26].

- Promote self-management to give individuals control over treatment and pain.
- Develop social and communication skills for effective EB-related discussions.

Reducing Family Stress:

- Offer counseling focused on family dynamics, guilt, and caregiving stress.
- Include therapeutic family activities to strengthen bonds and reduce tension.

Improving Well-being:

- Support self-efficacy, body image, and psychological well-being through resources and education.

- Provide guidance during life transitions, emphasizing communication and support from EB-specialized professionals [20,21].

Emotional Support for Families:

- Address initial guilt and shock by explaining EB's genetic nature and offering reassurance.
- Clarify the unpredictability of severity and encourage early care while awaiting genetic diagnosis.

2. Practical Needs

Comprehensive Care:

- Educate families on EB care, wound management, and adaptive tools before discharge.
- Collaborate with home health agencies for consistent in-home support.

Financial Assistance:

- Guide families on insurance, Medicaid, and financial aid for medical needs.
- Connect families with legal resources for ongoing financial support.

Adaptive Resources:

- Recommend tools like specialized clothing and mobility aids to improve daily living.
- Assist in home modifications for EB-specific needs.

Healthcare Logistics:

- Ensure access to EB-specialized professionals for home care guidance, telemedicine, and transportation to EB centers.

Pain Management:

- Provide effective strategies for procedural pain relief and anxiety reduction [17,19].

Collaborating with EB Centers:

- Consider transferring severe cases to EB centers for specialized care.
- Offer remote support and training for local caregivers when transfers are impractical.

3. Social Needs

Facilitating Social Integration:

- Encourage schools and workplaces to offer accommodations like flexible schedules and private spaces for individuals with EB.
- Implement peer buddy programs to promote inclusivity and support in schools.

Education and Awareness Campaigns:

- Run campaigns in schools, workplaces, and communities to educate about EB, reduce stigma, and foster empathy [15].
- Partner with media to spread awareness about inclusion and accessibility.

Peer and Community Networking:

- Host events to connect EB-affected individuals and families, fostering shared experiences and friendships.
- Create virtual platforms for connecting and sharing, especially for those with restricted mobility.

Navigating Social Media and Online Resources:

- Build trust with families by guiding them on reliable online information and discussing concerns.

Family Support:

- Refer individuals with EB to psychosocial support early and provide family-centered resources.
- Encourage networks like DEBRA and other support groups to educate and assist families.

4. Physical Needs

Pain and Mobility Management:

- Provide physical therapy to improve mobility, alleviate pain, and build strength while minimizing skin injuries.
- Offer comprehensive pain management strategies, addressing treatment and activity-related pain [19].

Holistic Healthcare Accessibility:

- Connect families with multidisciplinary teams of EB specialists for comprehensive care, including telemedicine services to reduce travel and risk [29,30].

Promoting Physical Well-being:

- Develop low-impact exercise programs for muscle health and flexibility.
- Train families on safe movement techniques to prevent skin trauma during activities.

Pain Management:

- Implement pain guidelines, emotional coping strategies, and support for anxiety tied to pain management.

5. Informational Needs

Telemedicine:

- Telemedicine improves healthcare efficiency, reduces social contacts, and simplifies care for severe EB cases by enabling remote consultations and care guidance [29-31].

Knowledge of EB Resources and Research:

- Provide families with accessible guides on EB care, complications, and new treatments like gene therapy.

- Regularly update families on research and clinical trials.

Online Information Guidance:

- Train healthcare teams to help families navigate credible online sources.

- Host webinars featuring medical experts to address family concerns and advancements.

DEBRA and Community Support:

- Connect families with DEBRA for resources, support, and updates on EB research.

- Promote participation in conferences and events to engage with the EB community and stay informed.

Preparing Families for Home Care:

- Educate families on EB management before discharge, including accessing home healthcare and medical supplies.

- Support financial and community aid for medical equipment and home care.

Palliative Support:

- Include palliative care teams in severe cases to guide discussions on life support and comfort care.

- Collaborate with medical professionals for informed decisions on interventions like gastrostomy or tracheostomy.

6. Psychological Needs

Mental Health Support:

- Provide access to psychologists specializing in rare diseases to address anxiety, depression, and isolation.

- Train healthcare professionals to recognize and address the psychological impacts of EB.

Encouraging Self-efficacy:

- Offer self-management programs and workshops on body confidence and coping strategies, especially for children and adolescents.

Support for Life Transitions:

- Create programs for key life transitions like starting school or transitioning to adult care, enhancing self-confidence.

- Teach effective communication strategies for families to articulate needs to peers, teachers, and employers.

Resilience Building:

- Conduct resilience training for families and individuals with EB, focusing on emotional strength and advocacy.

- Provide toolkits with coping strategies, mindfulness practices, and crisis resources.

Improving Quality of Life (QoL):

- Use multidisciplinary care to enhance well-being and ensure psychological support contributes to better QoL.

- Encourage social participation to counteract the limitations in physical and social interactions reported by EB patients [16,18].

Conclusions

Epidermolysis Bullosa (EB) profoundly affects all areas of life. Through literature analysis and the development of a combined questionnaire, six primary areas of need were identified for patients and their families. Focus group patients showed a substantial gap in scores, particularly in quality of life and pain levels, compared to patients with other serious conditions. Recommendations and ideas were provided to address these specific needs and improve support systems for those affected by EB.

List of sources used

1. DEBRA. What is Epidermolysis Bullosa? 2018. <http://www.debra.org/whatisseb>. Accessed

20 Apr 2018.

2. Клинические протоколы МЗ РК - 2024 (Казахстан) МКБ: Буллезный эпидермолиз (Q81).

Klinicheskie protokoly MZ RK - 2024 (Kazakhstan) MKB: Bulleznyj epidermoliz (Q81).

3. Perdoni C, Osborn MJ, Tolar J. Gene editing toward the use of autologous therapies in recessive dystrophic epidermolysis bullosa. *Transl Res.* 2016; 168: 50-8.

4. Fine JD, Johnson LB, Weiner M, Suchindran C. Cause-specific risks of childhood death in inherited epidermolysis bullosa. *J Pediatr.* 2008; 152: 276-80.

5. Boeira VLSY, Souza ES, Rocha BO, Oliveira PD, Oliveira MFSP, Rêgo VRPA, Follador I. Inherited epidermolysis bullosa: clinical and therapeutic aspects. *An Bras Dermatol.* 2013; 88: 185-98.

6. K.S. Troitskaya, M.N. Golyaeva, O.S. Orlova The problem of pain and its assessment in children with epidermolysis bullosa. *Arch of Pediatr and Pediatr Surgery.* 2023; 2.

7. Буллезный эпидермолиз: первый год жизни В.И. Альбанова Рос. вестн. перинатол. и педиатр. 2010; 3.

Bulleznyj epidermoliz: pervyj god zhizni V.I. Al'banova Ros. vestn. perinatol. i pediatri. 2010; 3.

8. Denyer J., Pillay E., Clapham J. Best practice guidelines for skin and wound care in epidermolysis bullosa. *An International Consensus. Wounds International.* 2017.

9. Кубанов А.А., Карамова А.Э., Мончаковская Е.С. Врожденный буллезный эпидермолиз: современные методы диагностики и терапии. Перспективы регенеративной медицины. *Вестник дерматол. и венерол.* 2020; 96 (1): 10-17.

Kubanov A.A., Karamova A.E., Monchakovskaya E.S. Vrozhdenyj bulleznyj epidermoliz: sovremennye metody diagnostiki i terapii. Perspektivy regenerativnoj mediciny Vestnik dermatol. i venerol. 2020; 96 (1): 10-17.

10. Siañez-González C, Pezoa-Jares R, Salas-Alanis JC. Congenital epidermolysis bullosa: a review. *Actas Dermosifilogr.* 2009; 100: 842-56.

11. Tabolli S, Pagliarello C, Uras C, Di PC, Zambruno G, Castiglia D, et al. Family burden in epidermolysis bullosa is high independent of disease type/ subtype. *Acta Derm Venereol.* 2010; 90: 607-11.

12. Van Scheppingen C, Lettinga AT, Duipmans JC, Maathuis KG, Jonkman MF. The main problems of parents of a child with epidermolysis bullosa. *Qual Health Res.* 2008; 18: 545-56.

13. K. Martin, S. Geuens, J. K. Asche, R. Bodan, F. Browne, A. Downe, N. García García, G. Jaega, B. Kennedy, P. J. Mauritz, F. Pérez, K. Soon, V. Zmazek & K. M. Mayre-Chilton Psychosocial recommendations for the care of children and adults with epidermolysis bullosa and their family: evidence based guidelines, 11 June 2019. *Orphanet Journal of Rare Diseases.* 2019; 14: 133.

14. WHO. Measuring quality of life. Geneva; 1997. https://link.springer.com/reference/workentry/10.1007%2F978-94-007-0753-5_3282. Accessed 1 Sept 2016.

15. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer; 1984.

16. Dodge R, Daly AP, Huyton J, Sanders LD. The challenge of defining wellbeing. *Int J Wellbeing.* 2012; 2: 222-35.

17. Edwards R.R., Dworkin R. H., Sullivan M. D., Turk D. C., Wasan A. D. The Role of Psychosocial Processes in the Development and Maintenance of Chronic Pain. *J Pain.* 2016 Sep; 17 (9 Suppl): T70-92. doi: 10.1016/j.jpain.2016.01.00.

18. K.S. Troitskaya, M.N. Golyaeva, O.S. Orlova The problem of pain and its assessment in children with epidermolysis bullosa. Published in *Arch of Pediatr and Pediatr Surgery, Medicine.* 7 March 2024. DOI:10.31146/2949-4664-apps-2-2-76-82/ ID: 268292061.

19. Turk D.C., Fillingim R. B., Ohrbach R., Patel K. V. Assessment of Psychosocial and Functional Impact of Chronic Pain. *J Pain.* 2016 Sep; 17 (9 Suppl): T21-49. doi:10.1016/j.jpain.2016.02.006.

20. Wu YH, Sun FK, Lee PY. Family caregivers' lived experiences of caring for Epidermolysis Bullosa patients: a phenomenological study. J Clin Nurs. 2020; 29 (9-10): 1552-60.
21. Bruckner AL, Losow M, Wisk J, Patel N, Reha A, Lagast H, et al. The challenges of living with and managing Epidermolysis Bullosa: insights from patients and caregivers. Orphanet J Rare Dis. 2020; 15 (1): 1.
22. Gowran RJ, Kennan A, Marshall S, Mulcahy I, Ni Mhaille S, Beasley S, et al. Adopting a sustainable community of practice model when developing a service to support patients with Epidermolysis Bullosa (EB): a stakeholder-centered approach. Patient. 2015; 8 (1): 51-63.
23. Kearney S, Donohoe A, McAuliffe E. Living with Epidermolysis Bullosa: daily challenges and health-care needs. Health Expect. 2020; 23 (2): 368-76.
24. Mauritz P, Jonkman MF, Visser SS, Finkenauer C, Duipmans JC, Hagedoorn M. Impact of painful wound care in Epidermolysis Bullosa during childhood: an interview study with adult patients and parents. Acta Derm Venereol. 2019; 99 (9): 783-8.
25. Fine JD, Johnson LB, Weiner M, Suchindran C. Impact of inherited Epidermolysis Bullosa on parental interpersonal relationships, marital status and family size. Br J Dermatol. 2005; 152 (5): 1009-14.
26. van Scheppingen C, Lettinga AT, Duipmans JC, Maathuis CG, Jonkman MF. Main problems experienced by children with Epidermolysis Bullosa: a qualitative study with semi-structured interviews. Acta Derm Venereol. 2008; 88 (2): 143-50.
27. Macik D, Kowalska-Dąbrowska M. The need of social support, life attitudes and life satisfaction among parents of children suffering from Epidermolysis Bullosa. Przegl Dermatol. 2015; 102: 211-20.
28. Tabolli S, Pagliarello C, Uras C, Di Pietro C, Zambruno G, Castiglia D, et al. Family burden in Epidermolysis Bullosa is high independent of disease type/subtype. Acta Derm Venereol. 2010; 90 (6): 607-11.
29. Владзимирский А.В. Телемедицина / А.В. Владзимирский, Г.С. Лебедев // М.: ГЭОТАР- Медиа 2018: 576.
30. Vladzimirskij A.V. Telemedicina / A.V. Vladzimirskij, G.S. Lebedev // М.: GEOTAR- Media 2018: 576.
31. Coates S.J. Tele dermatology: from historical perspective to emerging techniques of the modern era: part I: History, rationale, and current practice / S.J. Coates, J. Kvedar, R. D. Granstein // J Am Acad Dermatol. 2015; 72 (4): 563-74.
32. Тарасенко, Г. Н. Интернет-технологии в консультативной дерматологии / Г.Н. Тарасенко, В.В. Барбинов, М.Б. Паченко и др. Российский журнал кожных и венерических болезней. 2014; 6: 37-40.
33. Tarasenko, G. N. Internet-tekhnologii v konsul'tativnoj dermatologii / G.N. Tarasenko, V.V. Barbinov, M.B. Pacenko i dr. Rossijskij zhurnal kozhnyh i venericheskikh boleznej. 2014; 6: 37-40.

С.К. Мукушева*, С.А. Оспанова, З.М. Суханбердиева

«Қазақ Дерматология және инфекциялық аурулар ғылыми орталығы» ШЖҚ РМК,
Алматы, Қазақстан

**Хат алысатын автор: С.К.Мукушева - «Қазақ Дерматология және инфекциялық аурулар ғылыми орталығы» ШЖҚ РМК, e-mail: saltanatzhataul@gmail.com*

Мүдделер қақтығысы: Авторлар мүдделер қақтығысының жоқтығын мәлімдейді.

Авторлардың үлесі: Барлық авторлар осы мақаланы жазуға тең дәрежеде қатысты. Бұл материал басқа басылымдарда жариялану үшін бұрын мәлімделмеген және басқа басылымдардың қарауына ұсынылмаған.

Қаржыландыру: қорсетілмеген

БУЛЛЕЗДІ ЭПИДЕРМОЛИЗБЕН АУЫРАТЫН НАУҚАСТАРДЫҢ ӨМІР САПАСЫНЫҢ БОЛАШАҒЫ ЖӘНЕ НАУҚАСТЫҢ ОТБАСЫНА ӘСЕРІ

Аннотация

Эпидермолиз буллоза – теріге және шырышты қабықтарға әсер ететін сирек кездесетін созылмалы ауру. Бұл әлсірететін ауру пациенттердің және олардың отбасыларының психоэлеметтік әл-ауқатына айтарлықтай әсер етеді.

Зерттеу DEBRA халықаралық ұсынымдары мен паллиативтік көмек сауалнамасы негізінде әзірленген бейімделген сауалнаманы пайдалана отырып, эпидермолиз буллоза ең көп әсер ететін өмір аспектілерін зерттейді. Жұмыс эпидермолиз буллоза бар адамдар мен ауыр аурулары бар басқа пациенттердің жауаптарын салыстырмалы талдауды, сондай-ақ ұқсас зерттеулерге әдебиеттерді шолуды қамтиды.

Негізгі қорытындылар отбасыларға эмоционалды, элеметтік және практикалық аспектілерді қоса алғанда, көбірек қолдауды қажет ететін негізгі салаларды көрсетеді. Зерттеу мультидисциплинарлы көзқарасты, психоэлеметтік қолдауды және қоғамдастықты қолдау желісін дамытуды баса көрсете отырып, эпидермолиз буллоза бар науқастардың және олардың отбасыларының өмір сапасын жақсарту бойынша нақты ұсыныстарды ұсынады. Нәтижелер мақсатты араласудың маңыздылығын көрсетеді және эпидермолиз буллоза бар адамдарға күтім жасау жүйелерін оңтайландыру үшін одан әрі зерттеу бағыттарын ұсынады.

Түйінді сөздер: эпидермолиз буллоза, әдістемелік нұсқау, ұсыныстар, отбасы, өмір сапасы, телемедицина, сауалнама.

С.К. Мукушева*, С.А. Оспанова, З.М. Суханбердиева

РГП на ПХВ «Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний», г. Алматы, Казахстан

**Автор для корреспонденции – С.К. Мукушева – РГП на ПХВ «Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний», г. Алматы, Казахстан, e-mail: saltanatzhataul@gmail.com*

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Вклад авторов: Все авторы внесли равноценный вклад в разработку концепции, выполнение обработки результатов и написания статьи. Авторы заявляют, что данный материал ранее не публиковался и не находится на рассмотрении в других издательствах.

Финансирование: отсутствует

ПЕРСПЕКТИВЫ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С БУЛЛЕЗНЫМ ЭПИДЕРМОЛИЗОМ И ВЛИЯНИЕ НА СЕМЬЮ ПАЦИЕНТА

Аннотация

Буллезный эпидермолиз - это редкое хроническое заболевание, поражающее кожу и слизистые оболочки, которое вызывает образование пузырей и эрозий даже при минимальной травме. Это изнуряющее заболевание значительно влияет на психосоциальное благополучие пациентов и их семей.

В исследовании изучаются аспекты жизни, наиболее затронутые буллезным эпидермолизом с использованием адаптированного опросника, разработанного на основе рекомендаций DEBRA International и опросов по паллиативной помощи. Работа включает

сравнительный анализ ответов людей с буллезным эпидермолизом и других пациентов с тяжелыми заболеваниями, а также обзор литературы по аналогичным исследованиям.

Ключевые выводы выявляют основные области, в которых семьи нуждаются в большей поддержке, включая эмоциональные, социальные и практические аспекты. Исследование предлагает конкретные рекомендации для улучшения качества жизни пациентов с буллезным эпидермолизом и их семей, делая акцент на мультидисциплинарном подходе, психосоциальной поддержке и развитии сети общественной поддержки. Выводы подчеркивают важность целенаправленных мер и предлагают направления для дальнейших исследований, чтобы оптимизировать системы помощи людям с буллезным эпидермолизом.

Ключевые слова: буллезный эпидермолиз, руководство, рекомендации, семейные, качество жизни, телемедицина, анкетирование.

Сведения о соавторах:

Оспанова Санимбала Алмешевна, заведующая отделом последипломного образования РГП на ПХВ «Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний», г. Алматы, Казахстан, e-mail: sanimbala@mail.ru

Суханбердиева Зарина Маратовна, преподаватель отдела последипломного образования РГП на ПХВ «Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний», г. Алматы, Казахстан, e-mail: zarina_08-08@mail.ru

Дата поступления материала в редакцию: 09.12.2024

Дата рецензирования: 18.12.2024

Принято к публикации: 20.12.2024

МРНТИ: 76.29.57

УДК: 616.517

DOI: 10.61075/kncdiz-2707-3696.2024.90.4.002

А.И. Баев¹, Г.Б. Нурмагамбетова², Ж.У. Будесова², Г.А. Ташбаева^{2*}

¹ГКП на ПХВ «Кожно-венерологический диспансер» УОЗ г. Алматы,
г. Алматы, Казахстан

²ГКП на ПХВ «Областной дерматовенерологический диспансер»
УЗ Туркестанской области, г. Шымкент, Казахстан

***Автор для корреспонденции:** Г.А. Ташбаева – ГКП на ПХВ «Областной дерматовенерологический диспансер» УЗ Туркестанской области, г. Шымкент, Казахстан, e-mail: odvd_uko@mail.ru

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Вклад авторов: Все авторы внесли равноценный вклад в разработку концепции, выполнение обработки результатов и написания статьи. Авторы заявляют, что данный материал ранее не публиковался и не находится на рассмотрении в других издательствах.

Финансирование: отсутствует

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПСОРИАЗА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ТУРКЕСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Аннотация

В статье проанализированы клинико-анамнестические данные, полученные в ходе наблюдения за 70 пациентами детского возраста, проходившими лечение в условиях дерматологического стационара Областного дерматовенерологического диспансера Туркестанской области с января по ноябрь 2024 года.

Исследованием установлено, что в настоящее время сохраняется тенденция к росту заболеваемости детским псориазом. Клинически наиболее распространенной формой псориаза у детей в данном регионе является бляшечный псориаз. Наибольшие психологические проблемы, связанные с заболеванием испытывают пациенты в возрасте от 10-17 лет. Среди пациентов детского возраста отмечается низкий уровень приверженности лечению.

На основании проведенного исследования авторами сделан вывод, что ведение пациентов детского возраста, страдающих псориазом, требует междисциплинарного подхода и дополнительного внимания не только дерматологов, но и педиатров, а также врачей смежных специальностей, работающих с детьми.

Ключевые слова: псориаз, дети, клинические формы, клинические особенности.

Частота встречаемости псориаза у детей, согласно литературным данным, составляет 0,5-2%, и по распространенности хронических дерматозов в педиатрической популяции псориаз занимает второе место после атопического дерматита. Каждый год диагноз «псориаз» устанавливается в среднем у 20 тысяч детей младше 10 лет, с сохранением тенденции к увеличению заболеваемости в последние годы [1].

Дети с псориазом отмечают значительное снижение показателей физической, эмоциональной, социальной и умственной активности по сравнению со здоровыми детьми, отмечаются схожие показатели с детьми, страдающими артритом или бронхиальной астмой, и более высокие показатели, чем у детей с сахарным диабетом. Дети с псориазом подвергаются наибольшему риску развития психических расстройств, таких как депрессия и тревожность [2].

Согласно современным представлениям, в основе развития псориаза лежат нарушения реакций врожденного и адаптивного иммунитета, генетическая предрасположенность, а также ряд триггерных факторов и факторов риска, играющих важную роль в поддержании как системного воспаления, так и воспалительного процесса в коже. Результаты многочисленных исследований свидетельствуют о более высокой распространенности псориаза у родственников пациентов первой и второй линии родства.

Наиболее частыми триггерными факторами псориаза у детей являются следующие: хронический тонзиллит, ассоциированный со стрептококковой инфекцией, вирусные инфекции, стресс, психоэмоциональное перенапряжение, некоторые детские инфекции, физические травмы.

Цель исследования - оценить особенности клинического течения псориаза у пациентов детского возраста.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 70 детей с псориазом, получавших лечение в условиях дерматологического отделения Областного дерматовенерологического диспансера за период с января по ноябрь 2024 года. Из них девочки составили 42 (60%), мальчики 28 (40%). Возраст детей составил от 5 лет до 17. Средний возраст среди девочек составил 9,5 лет, мальчиков – 9,6. Возрастную группу от 5 до 7 лет составили 12 (17,1%), от 9 до 12 лет - 28 (40%), от 13 до 17 лет – 30 (42,8%). Наибольшую возрастную группу составили дети от 11 до 17 лет - 37 (52,8%), что

соответствует периоду полового созревания.

Длительность заболевания варьировала от 2-х недель до 12 лет. 3 (2,8%) пациента обратились за медицинской помощью через две недели после манифеста заболевания. 22 (31,4%) пациента отмечали длительность заболевания от 1 месяца до полугода, от 1 года до 5 лет - 29 (41,4%), более 5 лет - 13 (18,5%). На положительный семейный анализ указывали 34 (49%) детей: из них у 16 (47%) псориаз отмечается у родственников первой линии, 18 (53%) пациентов имеют родственников второй линии, страдающих псориазом.

На перенесенную респираторную инфекцию (тонзиллит, фарингит) в сочетании с приемом антибиотиков как на триггерный фактор развития псориатических высыпаний указали 10 (14,2%) пациентов, на стресс 4 (5,7%), физическую травму 3 (4,2%), перенесенную коревую краснуху 1 (1,4%), 1 (1,4%) развитие заболевания после перенесенного контактного дерматита, 1 (1,4%) пациентка отметила одновременное начало менструальной функции и псориаза. Остальные 53 больных не смогли указать возможную причину заболевания.

Клинически наиболее распространенной формой псориаза у детей является бляшечный псориаз 50 (71,4%). Для этой формы характерны мономорфные эритематозные бляшки, покрытые пластинчатыми чешуйками серебристо-белого цвета, наиболее часто локализующимися на коже волосистой части головы с переходом на кожу лба, лица, ушных раковин, а также коже туловища, верхних и нижних конечностей (рисунок 1).

Каплевидный псориаз отмечался у 20 (28,6%) пациентов.

Эта форма характеризуется формированием мелких, диаметром менее 1 см округлых папул ярко-розового цвета с шелушением на поверхности, с преимущественной локализацией на коже туловища и конечностей (рисунок 2,3).



Рисунок 1. Монотипные эритематозные бляшки, покрытые пластинчатыми чешуйками серебристо-белого цвета



Рисунок 2,3. Мелкие, округлые папулы ярко-розового цвета с шелушением на поверхности

Поражение волосистой части головы отмечалось у 88,9% детей, высыпания на коже лица в 53% случаев (рисунок 4,5).

Псориатическая ониходистрофия встречалась у 5 пациентов (7,1%) и характеризовалась изменением цвета ногтевых пластинок, подногтевым гиперкератозом, а также формированием симптома «наперстка» (рисунок 6,7).



Рисунок 4. Поражение волосистой части головы



Рисунок 5. Высыпания на коже лица

У детей не существует коррелятивной связи между тяжестью псориатической ониходистрофии и тяжестью кожного процесса [3]. У 1 пациентки псориатическая ониходистрофия была единственным клиническим проявлением заболевания и проявлялась точечной истыканностью ногтевой пластинки – симптомом «наперстка» (рисунок 8).

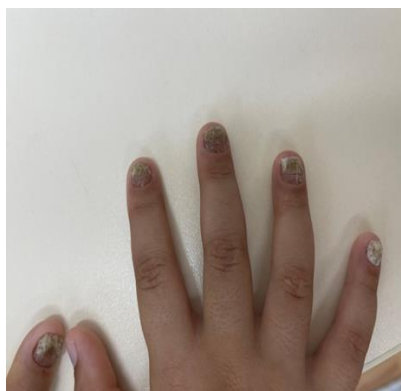


Рисунок 6. Изменение цвета ногтевых пластинок, подногтевой гиперкератоз

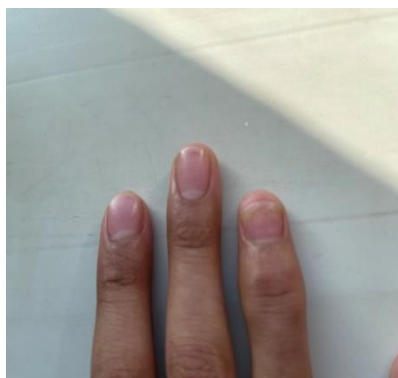


Рисунок 7. Формирование симптома наперстка при псориатической ониходистрофии



Рисунок 8. Точечная истыканность ногтевой пластинки (симптом наперстка) при псориатической ониходистрофии

Инверсный псориаз отмечался у 5 (7,1%) девочек с локализацией воспалительных очагов в подмышечной, паховой областях, а также на коже пупочной ямки. У 1 пациента патологический процесс локализовался в аногенитальной области.

У двух пациентов в возрасте 4 и 5 лет отмечался линейный псориаз с расположением псориатических высыпаний по линиям Блашко (рисунок 9,10,11).



Рисунок 9,10,11. Псориазные высыпания по линиям Блашко при линейном псориазе

Индекс PASI составил в среднем 14,2, при этом псориаз легкой степени тяжести зарегистрирован у 30 пациентов, средней степени тяжести у 39, тяжелой - 1. Высокий индекс PASI отмечался у пациентов с экссудативным бляшечным псориазом.

Среди сопутствующей патологии у детей, больных псориазом, главным образом отмечались заболевания носоглотки (хронический тонзиллит, аденоидит) в 30% случаев, кариес – 48,6%, глистные инвазии (лямблиоз, аскаридоз) - у 18,6% детей. Ожирение отмечалось у 12,9% детей, печеночный гликогеноз - у 1 (1,4%) пациентки и 1 девочки дактилит (1,4%) (рисунок 12).



Рисунок 12. Дактилит у пациентки, больной псориазом

С целью оценки влияния псориаза на качество жизни детей использовали опросник CDLQI (Children Dermatology life quality index). Наибольшие психологические проблемы, связанные с заболеванием испытывают пациенты в возрасте от 10-17 лет. Два подростка признались, что практически постоянно испытывают психоэмоциональное напряжение, в связи с чем начали курить. С сожалением приходится констатировать низкий уровень приверженности лечению среди пациентов детского возраста, понимая, что выполнение рекомендаций дерматолога лежит в зоне ответственности родителей этих детей. Ведение пациентов детского возраста, страдающих псориазом, требует междисциплинарного подхода и дополнительного внимания не только дерматологов, но и педиатров, а также

врачей смежных специальностей, работающих с детьми.

Выводы: В настоящее время сохраняется тенденция к росту заболеваемости детским псориазом. Клинически наиболее распространенной формой псориаза у детей является бляшечный псориаз. Наибольшие психологические проблемы, связанные с заболеванием испытывают пациенты в возрасте от 10-17 лет. Среди пациентов детского возраста отмечается низкий уровень приверженности лечению. Ведение пациентов детского возраста, страдающих псориазом, требует междисциплинарного подхода и дополнительного внимания не только дерматологов, но и педиатров, а также врачей смежных специальностей, работающих с детьми.

Список использованных источников:

1. Адашкевич В.П., Катина М.А. Клинические особенности псориаза у детей и подростков. Consilium Medicum. Pediatrics. 2018; 2.
Adaskevich V.P., Katina M.A. Klinicheskie osobennosti psoriaza u detej i podrostkov. Consilium Medicum. Pediatrics. 2018; 2.
2. Кочергин С.Н., Тамразова О.Б., Стадникова А.С. Псориаз у детей и подростков. Consilium Medicum. Pediatrics. 2016; 2.
Kochergin S.N., Tamrazova O.B., Stadnikova A.S. Psoriaz u detej i podrostkov. Consilium Medicum. Pediatrics. 2016; 2.
3. Дворянкова Е.В., Невозинская З.А., Ваал О.В., Дениева М.И., Корсунская И.М., Чебышева С.Н. Ключевые аспекты псориаза у детей. Педиатрия. 2020; 19: 10.
Dvoryankova E.V., Nevozinskaya Z.A., Vaal O.V., Denieva M.I., Korsunskaya I.M., Chebysheva S.N. Klyuchevye aspekty psoriaza u detej. Pediatriya. 2020; 19: 10.

А.И. Баев¹, Г.Б. Нұрмағамбетова², Ж.Ө. Будесова², Г.А. Ташбаева^{2*}

¹ҚДСБ "Тері-венерологиялық диспансері" ШЖҚ МКК Алматы қ.,
Алматы қ., Қазақстан

²Түркістан облысының ДСБ "Облыстық тері-венерологиялық аурулары диспансері"
ШЖҚ МКК, Шымкент қ., Қазақстан

**Хат алысатын автор: Г.А. Ташбаева - Түркістан облысының ДСБ "Облыстық тері-венерологиялық аурулары диспансері" ШЖҚ МКК, Шымкент қ., Қазақстан, e-mail: odvd_uko@mail.ru*

Мүдделер қақтығысы: Авторлар мүдделер қақтығысының жоқтығын мәлімдейді.

Авторлардың үлесі: Барлық авторлар осы мақаланы жазуға тең дәрежеде қатысты. Бұл материал басқа басылымдарда жариялану үшін бұрын мәлімделмеген және басқа басылымдардың қарауына ұсынылмаған.

Қаржыландыру: көрсетілмеген

ТҮРКІСТАН ОБЛЫСЫНЫҢ БАЛАЛАРЫ МЕН ЖАСӨСПІМДЕРІНДЕГІ ТЕМІРЕТКІ АҒЫМЫНЫҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Аннотация

Мақалада 2024 жылдың қаңтар-қараша айлары аралығында Түркістан облысы облыстық дерматовенерологиялық диспансерінің дерматологиялық стационары жағдайында емделіп жатқан 70 бала жасындағы пациенттерді бақылау барысында алынған клиникалық-анамнестикалық деректер талданды.

Зерттеу қазіргі уақытта балалар теміреткісінің өсу тенденциясы сақталғанын анықтады. Клиникалық тұрғыдан алғанда, осы аймақтағы балалардағы теміреткінің ең көп таралған

түрі – қабыршықты теміреткі. Аурумен байланысты ең үлкен психологиялық проблемаларды 10-17 жас аралығындағы науқастар бастан кешіреді. Балалық шақтағы пациенттер арасында емдеуді ұстанудың төмен деңгейі байқалады.

Зерттеу негізінде авторлар теміреткімен ауыратын балалық шақтағы науқастарды басқару тек дерматологтардың ғана емес, сонымен қатар педиатрлардың, сондай-ақ балалармен жұмыс істейтін байланысты мамандықтардың дәрігерлерінің пәнаралық көзқарасы мен қосымша назарын қажет етеді деген қорытындыға келді.

Ключевые слова: теміреткі, балалар, клиникалық формалары, клиникалық ерекшеліктері.

A.I. Baev¹, G.B. Nurmagambetova², J.U. Budesova², G.A. Tashbaeva^{2*}

¹State municipal enterprise on the right of economic management "Skin and venereological dispensary" of the Department of Public Health of Almaty, Almaty, Kazakhstan

²The state municipal enterprise on the right of economic management "Regional dermatovenereological dispensary" of the health department of the Turkestan region, Shymkent, Kazakhstan

***For correspondence:** G.A. Tashbaeva - The state municipal enterprise on the right of economic management "Regional dermatovenereological dispensary" of the health department of the Turkestan region, Shymkent, Kazakhstan, e-mail: odvd_uko@mail.ru

Conflict of interest: The authors declare that they have no conflict of interest.

Author contribution: All authors contributed equally to the conception, execution, processing of the results and writing of the article. This material has not been previously published and is not under consideration by other publishers.

Funding: none

FEATURES OF THE COURSE OF PSORIASIS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS OF THE TURKESTAN REGION

Annotation

The article analyzes the clinical and anamnestic data obtained during the observation of 70 pediatric patients who were treated in a dermatological hospital of the Regional Dermatovenereological Dispensary of the Turkestan region from January to November 2024.

The study found that there is currently a trend towards an increase in the incidence of childhood psoriasis. Clinically, the most common form of psoriasis in children in this region is plaque psoriasis. The greatest psychological problems associated with the disease are experienced by patients aged 10-17 years. There is a low level of adherence to treatment among children's patients.

Based on the conducted research, the authors concluded that the management of pediatric patients suffering from psoriasis requires an interdisciplinary approach and additional attention not only from dermatologists, but also pediatricians, as well as doctors of related specialties working with children.

Key words: psoriasis, children, clinical forms, clinical features.

Сведения о соавторах:

Баев Асылжан Исаевич, к.м.н., врач-эксперт ГКП на ПХВ «Кожно-венерологический диспансер» УОЗ г.Алматы, Алматы, Казахстан, e-mail: baev70@mail.ru

Нурмагамбетова Гульмира Бахитовна, к.м.н., главный врач ГКП на ПХВ «Областной дерматовенерологический диспансер» УЗ Туркестанской области, г. Шымкент,

Казахстан, e-mail: 777odvd@mail.ru

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

Дата поступления материала в редакцию: 06.12.2024

Дата рецензирования: 17.12.2024

Принято к публикации: 20.12.2024

МРПТИ: 76.29.57

УДК: 616.511

DOI: 10.61075/kncdiz-2707-3696.2024.90.4.003

A.E. Jumanova*, C.A. Ospanova, Z.M. Sukhanberdiyeva
RSE on REM "Kazakh Scientific Center of Dermatology and Infectious Diseases",
Almaty, the Republic of Kazakhstan

**For correspondence: A.E. Jumanova - RSE on REM "Kazakh Scientific Center of Dermatology and Infectious Diseases", Almaty, the Republic of Kazakhstan, e-mail: adzhumanova@inbox.ru*

Conflict of interest: *The authors declare that they have no conflict of interest.*

Author contribution: *All authors contributed equally to the conception, execution, processing of the results and writing of the article. This material has not been previously published and is not under consideration by other publishers.*

Funding: none

CLINICAL CASE: GOTTRON'S PROGRESSIVE ERYTHROKERATODERMA

Annotation

The article describes a case of Gottron's erythrokeratoderma, which is characterized by a predominantly autosomal dominant type of inheritance and refers to keratinization disorders with increased epidermal cell proliferation. A rare clinical case of autosomal recessive progressive symmetrical Gottron's erythrokeratoderma is described, characterized by seasonal changes in the skin pathological process - the appearance of rashes in winter and complete remissions in summer.

Key words: keratinization disorder, connexins, keratinocytes, proliferation, orthohyperkeratosis.

Gottron's progressive symmetrical erythrokeratoderma (EPSE) is a rare genodermatosis with a predominantly autosomal dominant type of inheritance, referring to keratinization disorders with increased epidermal cell proliferation. EPSW was first described by Darier in 1911, and in 1922 Gottron gave the name to this pathology. The pathogenesis of the disease is based on the mutation of the GJB3 and GJB4 genes, encoding polytopic integral membrane proteins - connexin Cx31 and Cx30.3, respectively, which provide intercellular interaction by forming gap junctions. In the skin, connexins Cx31 and Cx30.3 are expressed by keratinocytes in the granular layer of the

epidermis and play a key role in the processes of proliferation and differentiation of keratinocytes. The first symptoms of EPSE do appear in infancy or early childhood. The disease is characterized by clearly demarcated polycyclic fixed hyperkeratotic plaques with delicate scales, a narrow erythematous halo and a sharply defined, sometimes hyperpigmented edge. The rash is located symmetrically on the head, buttocks, limbs (mainly in the area of the knee and elbow joints). The skin of the trunk most often remains unaffected. Most patients have palmoplantar keratoderma. Manifestations are sometimes accompanied by itching. Migrating foci of erythema are not characteristic of this form of erythrokeratoderma. Beginning in early childhood, the process stabilizes after 1-2 years and often regresses by puberty [1]. Like variable keratoderma, EPSE does not have a seasonal pattern of changes [2]. The diagnosis of EPSE is based on the clinical signs of the disease and histological examination data. Histological examination reveals orthohyperkeratosis with focal parakeratosis, irregular acanthosis of the epidermis, a well-defined, sometimes thickened granular layer, papillomatosis and perivascular lymphocytic infiltrates in the upper part of the dermis [3-5]. Electron microscopic examination reveals a keratinization defect in the form of a decrease in keratinosomes in the granular layer and aggregation of tonofilaments in dyskeratotic cells [6]. EPSE should be differentiated from inflammatory warty epidermal nevus (ILVEN), which is also characterized by bizarre, tortuous hyperkeratotic lesions. However, unlike erythroderma, ILVEN typically presents with unilateral linear warty lesions along Blaschko's lines, combined with recurrent inflammatory changes that have the appearance of chronic psoriasiform or eczematous eruptions rather than polycyclic symmetrical erythematous-hyperkeratotic plaques. Histologically, according to ILVEN, like EPSE, shows orthokeratosis, parakeratosis, moderate acanthosis and papillomatosis, but the characteristic histological feature of the nevus is the alternation of orthokeratosis and parakeratosis columns in the stratum corneum, areas of spongiosis with lymphocyte exocytosis and pronounced inflammatory infiltrates in the upper dermis. Differential diagnostics of EPSE is carried out with other forms of erythrokeratoderma, warty epidermal nevi, Netherton syndrome [6,7,8].

To present the features of the clinical course of erythroderma, we present a clinical case of EPS.

Description of a clinical case:

A patient, was born in 2006, at a consultation with complaints of rashes on the skin of the upper extremities, itching, peeling, dryness, weakness. According to his mother, he has been suffering from this since the age of three (2008). The onset of the disease is not associated with anything. At first, the rash was reddish in color, itchy and located on the head (temporal region). In this regard, he was treated in Pavlodar, with a diagnosis of atopic dermatitis, with temporary improvement. Upon completion, he was treated at home, using the prescribed ointment and shampoo (he does not remember the name). Then the peeling and itching progressed and appeared in the occipital region, in the scalp, the skin of the elbows, and the back. In view of the progression of the disease, he applied to the KSCDID, to the inpatient department.

Status localis: the skin process is chronic, inflammatory, localized on the skin of the face, upper and lower extremities, widespread, symmetrical. The rash is polymorphic, presented by coin-sized gray papules on an erythematous background, with scaling. The papules are gray, raised above the skin level, annular, the surface is rough, the consistency is dense. Skin of the left leg: dry crusts, 2-4 cm in size, raised above the skin level. The skin pattern is enhanced. Excoriation is preserved. The nail plates of the hands and feet are unchanged. Dermographism is red. The joints are intact. The lymph nodes are not enlarged (figure 1). During the examination: no pathologically significant deviations from physiological values were detected in the clinical blood test, general urine test and biochemical blood test.

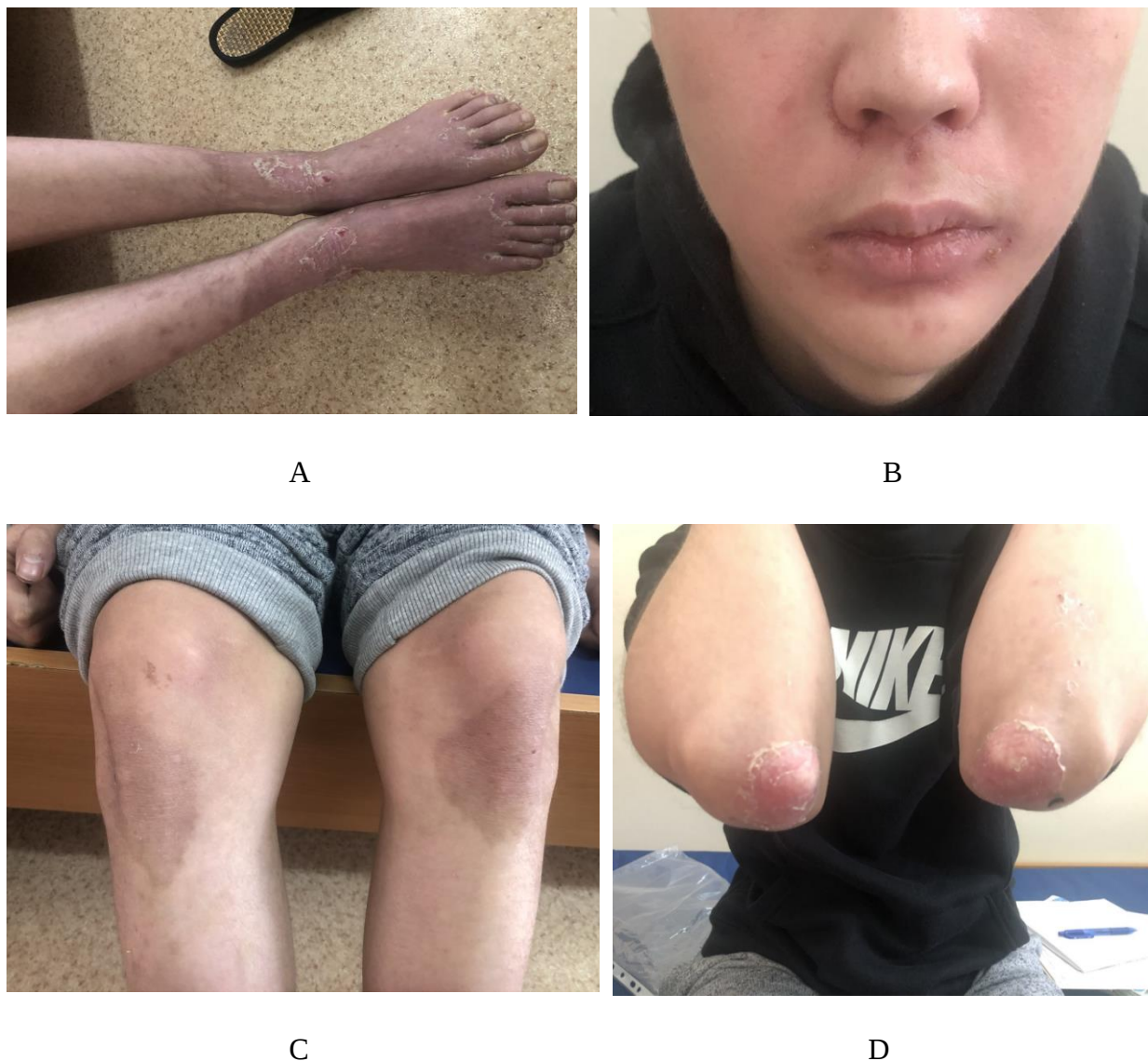


Figure 1. Clinical manifestations of EPSE

The patient was prescribed: adherence to a diet with restrictions on fatty, fried, spicy foods, citrus fruits, red vegetables and fruits, sweets, products containing vitamin A; adherence to a sleep and rest regimen (sleep at least 8-9 hours per day), avoidance of psychoemotional stress; avoidance of insolation, hypothermia, colds, sanitation of foci of chronic infection; wearing cotton clothing and cotton bed linen.

Local therapy - keratolytics (salicylic acid 5%), moisturizing with emollients 4-5 times a day, bathing with soft syndet gels, wet wraps. Use of sunscreen, not less than index 50. Systemic retinoids were also prescribed: step therapy of Acitretinum ("Neotigazon"); antihistamines, hepatoprotectors and sedatives.

Against the background of the therapy - improvement of the skin process, reduction of itching.

List of sources used:

1. Kalyuzhnaya L. D. Erythrokeratoderma progressing symmetrically. *Klinicheskaya immunologiya. Allergologiya. Infektologiya*. 2012; (1): 73-78. (In Russ.)]
2. Naveen K. N., Pai V. V., Divyashree R. A., Athaniker S. B., Rao R. K. Progressive symmetric erythrokeratoderma with seasonal variation - an unusual case report. *Egyptian Dermatology Online Journal*. 2012; 8 (2): 10.
3. Guaraldi Bde M., Jaime T. J., Guaraldi Rde M., Melo D. F., Nogueira O. M., Rodrigues N.

Progressive symmetrical erythrokeratoderma - Case report. An Bras Dermatol. 2013; 88 (1): 109-112.

4. Fatima F., Kapadia N., Farooqi M., Noshad M., Athar S., Faisal S. et al. A young girl with progressive symmetrical erythrokeratoderma and short height. Journal of Pakistan Association of Dermatologists. 2013; 23 (2): 225-228.

5. Tsvetkova G. M., Mordovtseva V. V., Vavilov A. M., Mordovtsev V. N. Pathomorphology of Skin Diseases. Moscow: Meditsina. 2003. (In Russ.)]

6. Skripkin Y. K., Butov Yu. S. Clinical dermatovenereology: a guide for doctors: in 2 vol. Moscow: GEOTAR-Media. 2009. (In Russ.)]

7. Yan H. B., Zhang J., Liang W., Zhang H. Y., Liu J. Y. Progressive symmetric erythrokeratoderma: Report of a Chinese family. Indian J Dermatol Venereol Leprol. 2011; 77 (5): 597-600.

8. Van Steensel M. A., Oranje A. P., van der Schroeff J. G., Wagner A., van Geel M. The missense mutation G12D in connexin30.3 can cause both erythrokeratoderma variabilis of Mendes da Costa and progressive symmetric erythrokeratoderma of Gottron. Am J Med Genet A. 2009; (149): 657-661.

А.Е. Джуманова*, С.А. Оспанова, З.М. Суханбердиева

«Қазақ дерматология және инфекциялық аурулар ғылыми орталығы» ШЖҚ РМК,
Алматы, Қазақстан

***Хат алысатын автор:** А.Е. Джуманова - «Қазақ дерматология және инфекциялық аурулар ғылыми орталығы» ШЖҚ РМК, e-mail: adzhumanova@inbox.ru

Мүдделер қақтығысы: Авторлар мүдделер қақтығысының жоқтығын мәлімдейді.

Авторлардың үлесі: Барлық авторлар осы мақаланы жазуға тең дәрежеде қатысты. Бұл материал басқа басылымдарда жариялану үшін бұрын мәлімделмеген және басқа басылымдардың қарауына ұсынылмаған.

Қаржыландыру: қарсетілмеген

КЛИНИКАЛЫҚ ЖАҒДАЙ: ГОТТРОННЫҢ ҮДЕМЕЛІ ЭРИТРОКЕРАТОДЕРМИЯСЫ

Аннотация

Мақалада негізінен аутосомды-доминантты тұқым қуалаушылық түрімен сипатталатын және эпидермис жасушаларының пролиферациясының жоғарылауымен корнификациялық бұзылыстармен байланысты Готтрон эритрокератодермасының жағдайы сипатталған. Терінің патологиялық процесінің маусымдық өзгерістерімен сипатталатын Готтронның аутосомды-рецессивті прогрессивті симметриялық эритрокератодермиясының сирек клиникалық жағдайы сипатталған - қыста бөртпелердің пайда болуы және жазда толық ремиссия.

Түйінді сөздер: корнификацияның бұзылуы, коннексиндер, кератиноциттер, пролиферация, ортогиперкератоз.

А.Е. Джуманова*, С.А. Оспанова, З.М. Суханбердиева

РГП на ПХВ «Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний»
г. Алматы, Казахстан

***Автор для корреспонденции** – А.Е. Джуманова – РГП на ПХВ «Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний», г. Алматы, Казахстан, e-mail: adzhumanova@inbox.ru

Конфликт интересов: Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Вклад авторов: Автор заявляет, что данный материал ранее не публиковался и не находится на рассмотрении в других издательствах.

Финансирование: отсутствует

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: ЭРИТРОКЕРАТОДЕРМИЯ ПРОГРЕССИРУЮЩАЯ СИММЕТРИЧНАЯ ГОТТРОНА

Аннотация

В статье описывается случай эритрокератодермии Готтрона, характеризующейся преимущественно аутосомно-доминантным типом наследования и относящейся к расстройствам ороговения с повышенной эпидермальной клеточной пролиферацией. Описан редкий клинический случай аутосомно-рецессивной прогрессирующей симметричной эритрокератодермии Готтрона, отличающейся сезонными изменениями кожно-патологического процесса - появлением высыпаний зимой и полными ремиссиями в летнее время.

Ключевые слова: нарушение ороговения, коннексины, кератиноциты, пролиферация, ортогиперкератоз.

Сведения о соавторах:

Оспанова Санимбала Алмешевна, заведующая отделом последипломного образования РГП на ПХВ «Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний», г. Алматы, Казахстан, e-mail: sanimbala@mail.ru

Суханбердиева Зарина Маратовна, преподаватель отдела последипломного образования РГП на ПХВ «Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний», г. Алматы, Казахстан, e-mail: zarina_08-08@mail.ru

Дата поступления материала в редакцию: 12.09.2024

Дата рецензирования: 25.09.2024

Принято к публикации: 04.10.2024

МРНТИ: 76.33.43

УДК: 614.446.33

DOI: 10.61075/kncdiz-2707-3696.2024.90.4.004

Т.И. Князева, С.С. Бурханшина, А.Ю. Шалина*

КГП «Карагандинский областной центр по профилактике и борьбе со СПИД»
г. Темиртау, Казахстан

**Автор для корреспонденции – А.Ю. Шалина – КГП «Карагандинский областной центр по профилактике и борьбе со СПИД», г. Караганда, Казахстан, e-mail: orgmetodotdel14@mail.ru*

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Вклад авторов: Все авторы внесли равноценный вклад в разработку концепции, выполнение

обработки результатов и написания статьи. Авторы заявляют, что данный материал ранее не публиковался и не находится на рассмотрении в других издательствах.

Финансирование: отсутствует

БИОПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ СРЕДИ СЕКС-РАБОТНИКОВ В ГОРОДЕ ТЕМИРТАУ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ДОЗОРНОГО ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА, ПРОВЕДЕННОГО В 2023 ГОДУ

Аннотация

В работе представлен анализ поведенческих особенностей секс-работников по результатам дозорного эпидемиологического надзора, проведенного в 2023 году в городе Темиртау.

В статье подробно изложены методы исследования, включающие подготовительный, полевой, серологический и экспертный этапы дозорного эпидемиологического надзора.

Исследование проводилось по социально-демографическим показателям, включающим: возраст, образование, род занятий, семейное положение и национальность. Наряду с этим, проводилось исследование поведенческих факторов, в частности полового и инъекционного поведения секс-работников; процент использования презервативов при половых контактах с постоянными партнерами, наличие симптомов инфекций, передаваемых половым путем; охват профилактическими программами.

В статье подробно представлены результаты обследования секс-работников с анализом уровня распространенности ВИЧ-инфекции, вирусного гепатита С и сифилиса, которые позволяют оценить эффективность реализации профилактических программ среди данной группы населения, с дальнейшей разработкой профилактических мероприятий в г. Темиртау.

По результатам эпидемиологического слежения за распространенностью ВИЧ-инфекции среди секс-работников, разработаны рекомендации по повышению эффективности профилактических мероприятий, реализуемых среди данной ключевой группы населения.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, вирус гепатита С, сифилис, секс-работники, распространенность, рискованное половое и инъекционное поведение, профилактические программы.

Введение

Распространенность ВИЧ-инфекции является проблемой мирового здравоохранения, которая ставит под угрозу состояние здоровья населения и наносит весомый ущерб экономике страны. Последствиями инфицирования людей ВИЧ-инфекцией, является быстрое развитие вторичных заболеваний и высокая смертность от СПИДа.

На сегодняшний день ВИЧ-инфекция в Казахстане распространена преимущественно среди ключевых групп населения (далее – КГН). Преобладающим путем передачи ВИЧ-инфекции является - половой путь, составляя 77,8%, из них гетеро составляет – 69%, гомо – 8,8%, на парентеральный путь приходится – 17,8% [1].

Одной из наиболее значимых особенностей эпидемического процесса заболевания, является изменение структуры путей передачи ВИЧ – превалирующим путем стал половой путь при гетеросексуальных контактах. Во многом этому способствовало замещение доли потребителей инъекционных наркотиков потребителями психоактивных веществ. Изменился также и половой состав в общей структуре ВИЧ-инфицированных [2].

Кроме того, можно говорить о тенденции к переходу ВИЧ-инфекции от лиц, употребляющих инъекционные наркотики на общее население половым путем.

Анализ эпидемиологической ситуации в городе Темиртау показывает неуклонный рост гетеросексуального полового пути передачи с одновременным увеличением числа ВИЧ-

инфицированных женщин. Увеличивает риски инфицирования женщин гендерное неравенство, в частности превосходство мужчин над женщинами во многих семьях, культурные нормы и обычаи - все это создает благоприятную почву для уязвимости женщин к ВИЧ.

На фоне роста случаев передачи ВИЧ половым путем возрастает эпидемиологическая значимость лиц, оказывающих сексуальные услуги за плату, они являются «ядерной» группой, где происходит хранение и воспроизводство инфекции [3].

Проведение эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией среди ключевых групп населения (КГН) с высоким риском инфицирования, позволяет иметь более четкое представление о распространении ВИЧ-инфекции в регионе, объективно оценить эпидситуацию и разработать ответные меры по решению проблем, связанных с ВИЧ.

Цель исследования: изучение распространенности ВИЧ-инфекции, вируса гепатита С (ВГС) и сифилиса среди секс-работников (СР). Анализ факторов риска передачи ВИЧ-инфекции с целью разработки и внедрения профилактических программ и оценки их эффективности в этой группе.

Материал и методы исследования

Дозорный эпидемиологический надзор (ДЭН) среди СР проводился в городе Темиртау с 15.05.2023 года по 16.06.2023 года. Выборка составила 100 СР, приняли участие в исследовании 100 СР (n=100). До начала полевого этапа ДЭН было проведено формативное исследование среди группы СР и ключевых информаторов с 03.04.2023 года по 21.04.2023 года.

Подготовительный этап ДЭН включал проведение семинара и инструктажа для сотрудников отдела КГП «Карагандинский областной центр по профилактике и борьбе со СПИД» по г. Темиртау.

Проводилось добровольное связанное анонимное тестирование и анкетирование СР после получения устного информированного согласия с проведением до- и после тестового консультирования. Анализ данных проводился в программе Epi Info.

Для участия в исследовании отбирались женщины старше 18 лет, оказывающие сексуальные услуги за вознаграждение хотя бы один раз за последние 12 месяцев в географических пределах дозорного сайта. С учетом особенностей г. Темиртау: компактность застройки, небольшие расстояния, а также предпочтений секс-работников по оказанию услуг, приемлемым методом проведения ДЭН являлось приглашение СР в отдел центра СПИД и выезды передвижного пункта доверия на квартиры, в связи с тем, что СР находят клиентов, преимущественно по телефону и принимают их в своих или съёмных квартирах.

Серологический этап исследования предусматривает использование высокочувствительных тест-систем, которые должны иметь чувствительность не менее 99% по данным Инструкции по их применению и правильно идентифицировать 100% положительных образцов референс-панели.

Экспертный этап также предусматривает использование высокоспецифичных тест-систем, которые должны иметь специфичность не менее 98% по данным Инструкции по их применению и правильно идентифицировать 100% положительных образцов референс-панели.

Забор крови проводился методом сухой капли капиллярной крови (далее - СККК) на фильтровальные тест-карты. СККК исследовалась на ВИЧ, ВГС и сифилис. Кровью заполнялась площадь четырёх окружностей диаметром 10 мм, предварительно нанесённых на фильтровальную бумагу Schleicher & Schuell #903. Для каждого обследуемого использовался отдельный трафарет, на котором записывался код маркировки, включающий минимальную информацию: дата забора материала, территория проведения ДЭН, уникальный идентификационный код и регистрационный номер участника.

После взятия биоматериала каждая фильтровальная бумага высушивалась и

закладывалась в индивидуальный Зип-пакет. Транспортировка отобранного материала осуществлялась в специальных контейнерах в лабораторию центра СПИД, в которой ответственный специалист принимал и регистрировал биоматериал. Выдача результатов тестирования проводилась по желанию обследуемых в областном центре СПИД с проведением послетестового консультирования.

Результаты исследования

Социально-демографические характеристики СР [4]

В 2023 году и 2021 в исследовании принимали участие одинаковое количество СР - по 100 чел. Выборочная совокупность в 2023 году представлена респондентами в возрасте от 23 лет до 49 лет. В 2021 году от 19 лет до 49 лет. При этом, в 2023 году удельный вес респондентов в возрасте до 25 лет составил 1%, против 11% в 2021 году. Удельный вес СР старше 25 лет в 2023 году составил 99%, в 2021 году 89% (таблица 1).

Таблица 1. Возраст (ДИ – доверительный интервал)

Характеристика	2023 год (n*=100)	2021 год (n*=100)
Максимальный возраст	49 лет	49 лет
Минимальный возраст	23 года	19 лет
СР в возрасте до 25 лет	1 (1%) (ДИ от 0% до 5,4%)	11 (11%) (ДИ от 5,6% до 18,8%)
СР в возрасте 25 лет и старше	99 (99%) (ДИ от 94,6% до 100%)	89 (89%) (ДИ от 81,2% до 94,4%)

(n* - количество респондентов)

В 2023 году основной удельный вес (80%) приходится на СР со средним и средне-специальным образованием, 2021 году - 90%.

Количество секс-работников, имеющих незаконченное высшее и высшее образование в 2023 году сохранилось на уровне 2021 года (по 10%). При этом, в 2023 году увеличилась доля СР с начальным и неполным средним образованием до 10%, тогда как в 2021 году СР с аналогичным образованием не было зарегистрировано (таблица 2).

Таблица 2. Образование (ДИ – доверительный интервал) [4]

Характеристика	2023 год (n*=100)	2021 год (n*=100)
Начальное, неполное среднее	10 (10%) (ДИ от 4,9% до 17,6%)	-
Среднее, среднее специальное	80 (80%) (ДИ от 70,8% до 87,3%)	90 (90%) (ДИ от 82,4% до 95,1%)
Незаконченное высшее, высшее	10 (10%) (ДИ от 4,9% до 17,6%)	10 (10%) (ДИ от 4,9% до 17,6%)
Нет образования	-	-

(n* - количество респондентов)

В 2023 году отмечается увеличение удельного веса работающих СР до 84%, против 54% в 2021 году. Параллельно отмечается снижение количества СР, которые не работают и не учатся с 44% в 2021 году до 16% в 2023 году (таблица 3).

Таблица 3. Род занятий (ДИ – доверительный интервал) [4]

Характеристика	2023 год (n*=100)	2021 год (n*=100)
Работающие	84 (84%) (ДИ от 75,3% до 90,6%)	54 (54%) (ДИ от 43,7% до 64%)
Работающие и учащиеся	-	2 (2%) (ДИ от 0,2% до 7%)
Не работают и не учатся	16 (16%) (ДИ от 9,4% до 24,7%)	44 (44%) (ДИ от 34,1% до 54,3%)

(n* – количество респондентов)

По семейному положению СР основной удельный вес приходится на незамужних женщин, который в 2023 году составил - 59%, в 2021 году - 72%. При этом, в 2023 году отмечается снижение количества незамужних женщин на 13% в сравнении с 2021 годом. Одновременно отмечается увеличение разведенных СР на 6%, вдов на 4% и замужних на 3% (таблица 4).

Таблица 4. Семейное положение (ДИ – доверительный интервал) [4]

Характеристика	2023 год (n*=100)	2021 год (n*=100)
Незамужние	59 (59%) ДИ (от 48,7% до 68,7%)	72 (72%) ДИ (от 62,1% до 80,5%)
Разведенные	31 (31%) ДИ (от 22,1% до 41,0%)	25 (25%) ДИ (от 16,9% до 34,7%)
Вдовы	5 (5%) ДИ (от 1,6% до 11,3%)	1 (1%) ДИ (от 0,0% до 5,4%)
Замужние (официальный или гражданский брак)	5 (5%) ДИ (от 1,6% до 11,3%)	2 (2%) ДИ (от 0,2% до 7,0%)

(n* – количество респондентов)

Среди СР преобладают представительницы русской национальности (2023 г. - 56%; 2021 г. – 59%), а также казахской национальности (2023 г. - 24%; 2021 г. - 17%). При этом, в 2023 году по сравнению с 2021 годом увеличилась доля казашек на 7% и татарок на 4%. Количество представительниц других национальностей снизилось на 4% (таблица 5).

Таблица 5. Национальность (ДИ – доверительный интервал) [4]

Характеристика	2023 год (n*=100)	2021 год (n*=100)
Казашка	24 (24%) (ДИ от 16,0% до 33,6%)	17 (17%) (ДИ от 10,2% до 25,8%)
Русская	56 (56%) (ДИ от 45,7% до 65,9%)	59 (59%) (ДИ от 52,8% до 72,4%)
Татарка	10 (10%) (ДИ от 4,9% до 17,6%)	6 (6%) (ДИ от 2,2% до 12,6%)
Немка	5 (5%) (ДИ от 1,6% до 11,3%)	9 (9%) (ДИ от 4,2% до 16,4%)
Корейнка	2 (2%) (ДИ от 0,2% до 7%)	2 (2%) (ДИ от 0,2% до 7%)
Другая национальность	3 (3%) (ДИ от 0,6% до 8,5%)	7 (7%) (ДИ от 2,9% до 13,9%)

(n* – количество респондентов)

При анализе поведенческих факторов установлено, что только у 8% секс-работников были постоянные половые партнеры, в 2021 году - 13%. Кроме того, в 2023 году снизилось количество СР, которые употребляли когда-либо инъекционные наркотики до 1% в возрастной группе старше 25 лет, против 9% в 2021 году в аналогичной группе.

Наряду с этим, снизилось количество СР, которые имели симптомы ИППП: в возрастной группе до 25 лет ни один респондент не имел симптомов ИППП и соответственно, не получал лечение в медицинских организациях. Отмечается снижение среди СР в возрастной группе старше 25 лет до 1%, против 22,4% в 2021 году.

В 2023 году отмечается увеличение количества СР, указавших на использование презерватива при последнем половом контакте с клиентом до 98%, в 2021 году – 97% (рисунок 1).

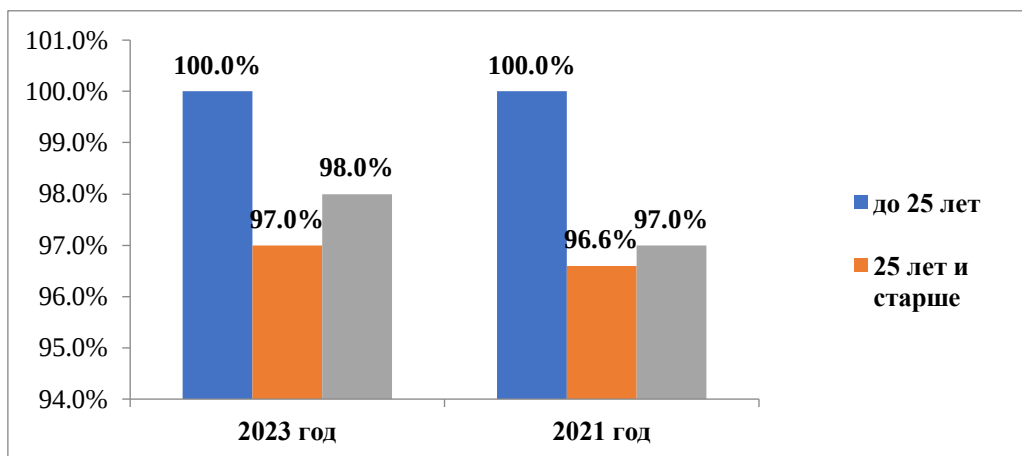


Рисунок 1. Процент СР, указавших на использование презерватива во время сексуального контакта с последним клиентом [4]

В возрастной группе до 25 лет в 2023 году и в 2021 доля использовавших презерватив при последнем половом контакте с клиентом составила 100%. В возрастной группе 25 лет и старше по сравнению с 2021 годом данное количество незначительно увеличилось (рисунок 1).

В 2023 году процент СР, которые использовали презервативы с постоянными половыми партнерами при последней половой связи увеличилось до 37,5%, против 30,8% в 2021 году (рисунок 2).

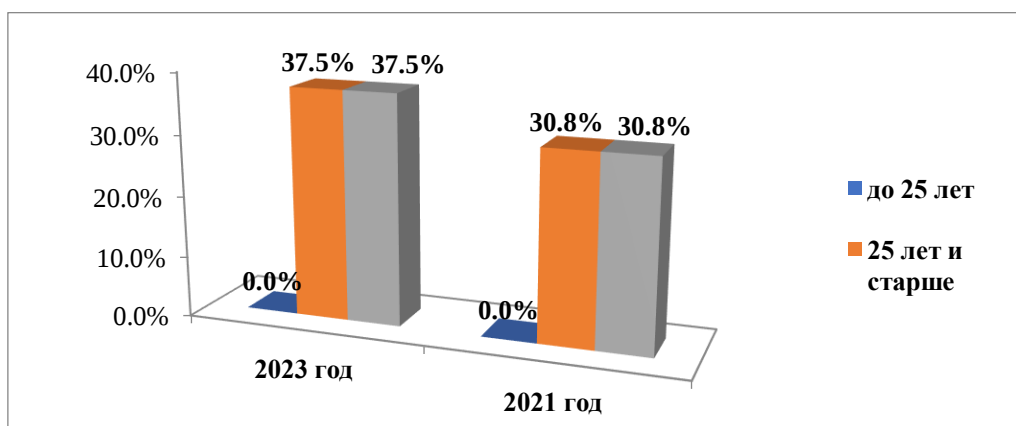


Рисунок 2. Процент СР, которые использовали презервативы с постоянными половыми партнерами при последней половой связи [4]

В 2023 году увеличилось количество СР правильно указавших способы профилактики ВИЧ-инфекции, и в то же время отвергших основные неверные представления о передаче ВИЧ до 89% во всех возрастных группах, в 2021 году - 87% (рисунок 3).

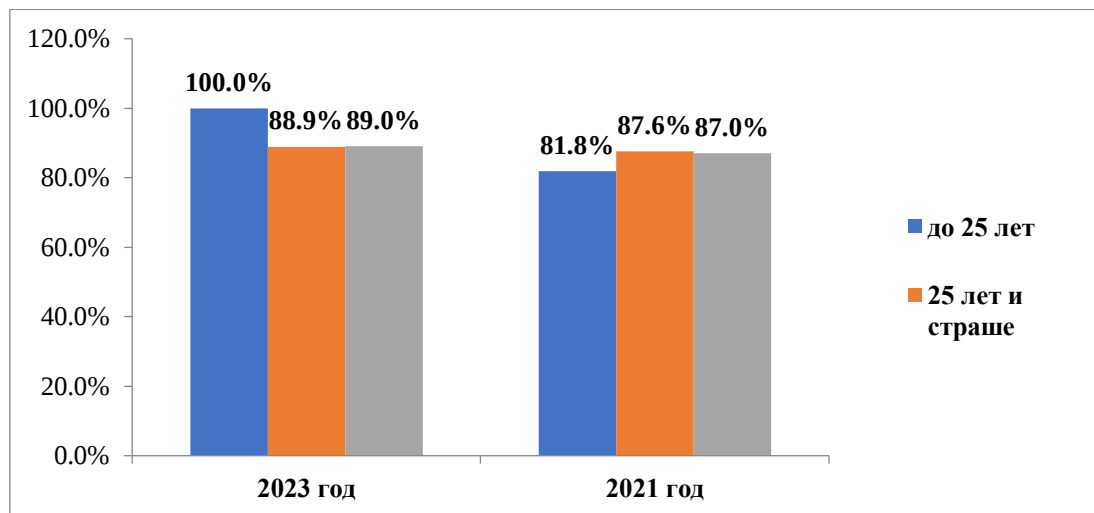


Рисунок 3. Определение уровня знаний СР [4]

В 2023 году отмечается увеличение охвата СР профилактическими программами по ВИЧ-инфекции до 93%, что на 8% больше, по сравнению с 2021 годом (85%) (рисунок 4).

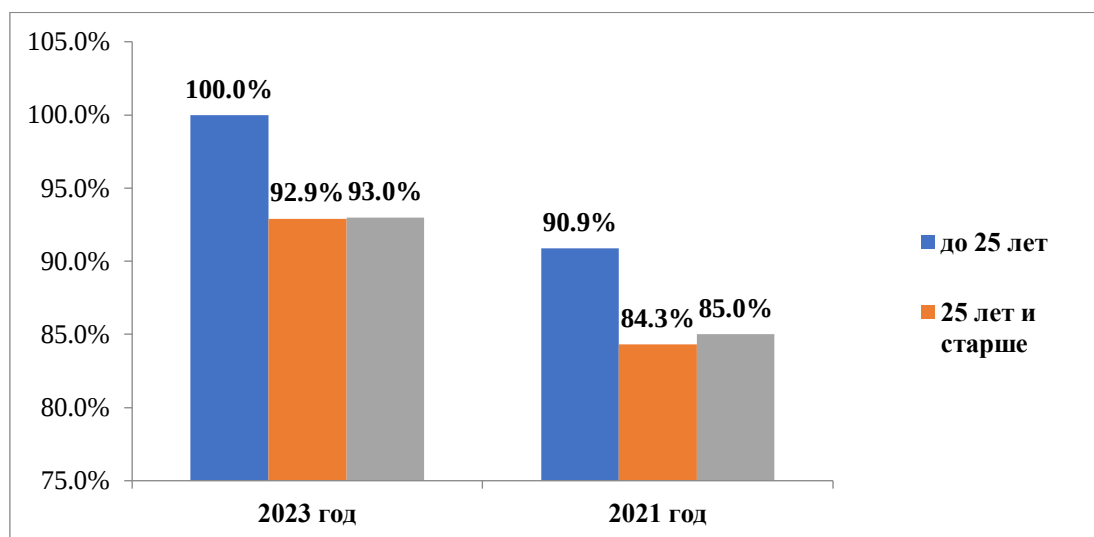


Рисунок 4. Охват профилактическими программами СР [4]

Серологические показатели

В 2023 году распространённость ВИЧ-инфекции среди СР осталась на уровне 2021года и составила 2% (рисунок 5).

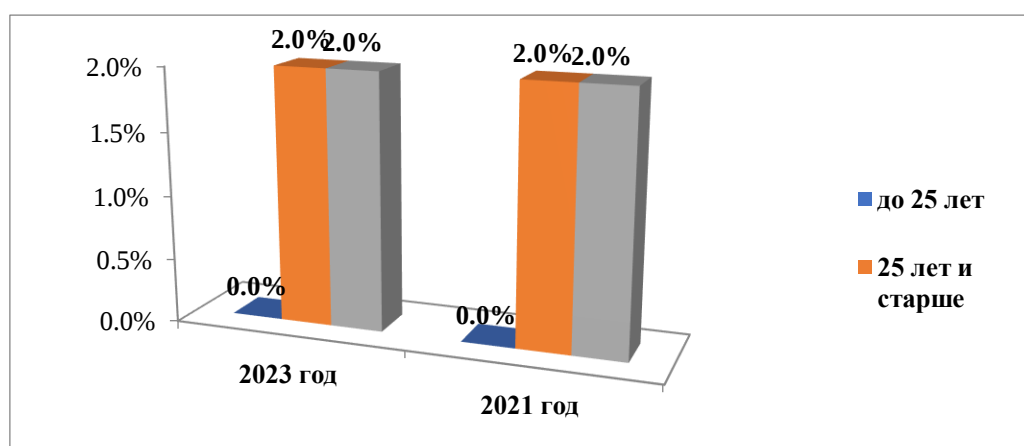


Рисунок 5. Распространенность ВИЧ-инфекции среди СР [4]

В 2023 году распространённость ВГС среди СР снизилась на 4% и составила 2%, в 2021 году - 6% (рисунок 6).

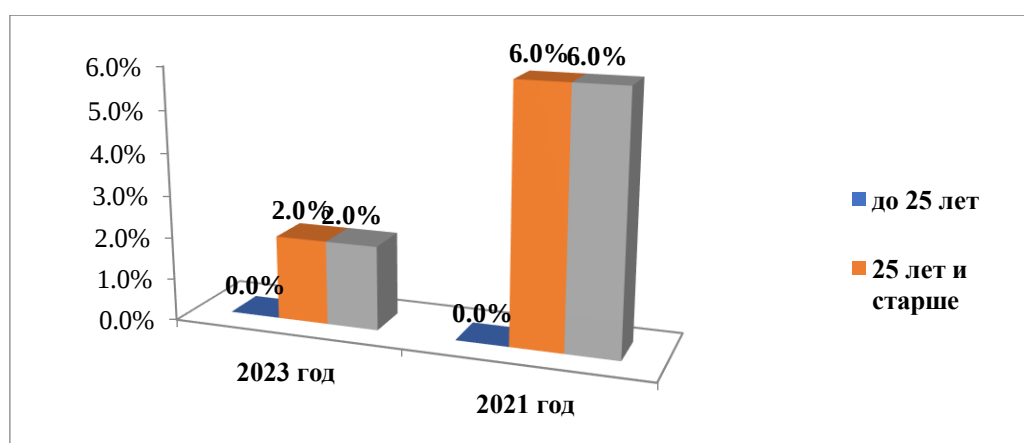


Рисунок 6. Распространённость ВГС среди СР [4]

В 2023 году распространённость сифилиса среди СР снизилась на 2% и составила 4%, в 2021 году - 6% (рисунок 7).

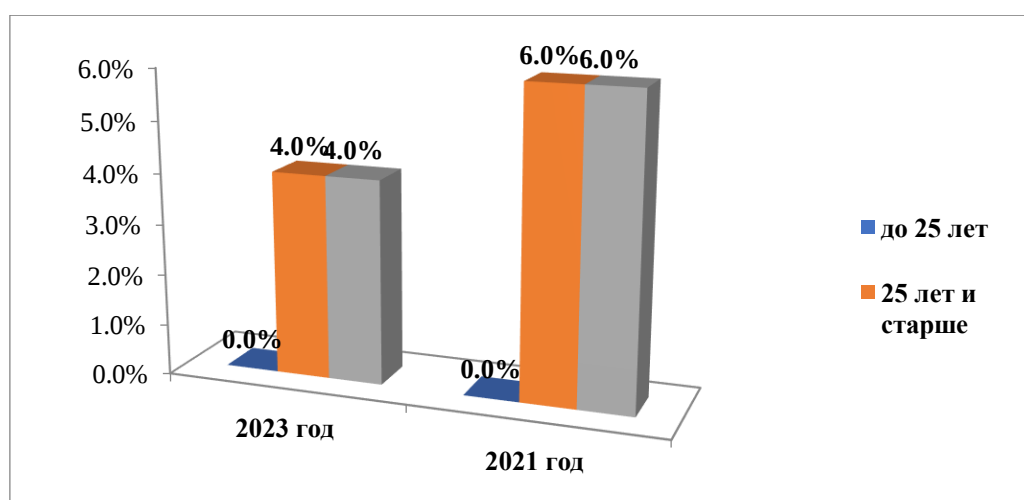


Рисунок 7. Распространённость сифилиса среди СР [4]

Обсуждение результатов исследования

В биоповеденческом исследовании приняли участие в 2023 и 2021 годах одинаковое количество СР по 100 человек. Выборочная совокупность в 2023 году представлена респондентами от 23 до 49 лет. В 2021 году принимали участие респонденты от 19 до 49 лет.

В 2023 году основной удельный вес (80%) приходится на СР со средним и средне-специальным образованием, 2021 году - 90%. При этом, в 2023 году увеличилась доля СР с начальным и неполным средним образованием до 10%, тогда, как в 2021 году СР с аналогичным образованием не было зарегистрировано.

Отмечается увеличение в 2023 году удельного веса работающих СР до 84%, против 54% в 2021 году. Параллельно отмечается снижение количества СР, которые не работают и не учатся с 44% в 2021 году до 16% в 2023 году.

По семейному положению СР основной удельный вес приходится на незамужних женщин, который в 2023 году составил - 59%, в 2021 году - 72%. При этом, в 2023 году отмечается снижение количества незамужних женщин - на 13% в сравнении с 2021 годом. Одновременно отмечается увеличение разведенных СР на 6%, вдов на 4% и замужних на 3%.

Среди СР преобладают представительницы русской национальности (2023 г. - 56%; 2021 г. - 59%), а также казахской национальности (2023 г. - 24%; 2021 г. - 17%). При этом, в 2023 году по сравнению с 2021 годом увеличилась доля казашек на 7% и татарок на 4%. Количество представительниц других национальностей снизилось на 4%.

В 2023 году отмечается увеличение количества СР, указавших на использование презерватива при последнем половом контакте с клиентом до 98%, против 97% в 2021. Наряду с этим, снизилось количество СР, которые употребляли, когда-либо инъекционные наркотики до 1%, в 2021 году составляли 9%.

Отмечается увеличение количества СР, которые правильно указали способы профилактики ВИЧ-инфекции, и в то же время отвергли основные неверные представления о передаче ВИЧ до 89% во всех возрастных группах, в 2021 году - 87%.

Также наблюдается увеличение охвата СР профилактическими программами по ВИЧ-инфекции до 93%, что на 8% больше, по сравнению с 2021 годом - 85%.

По данным серологического исследования в 2023 году распространённость ВИЧ-инфекции среди СР осталась на уровне 2021 года и составила 2%. Отмечается снижение распространённости ВГС до 2% (в 2021 году - 6%), а также снижение распространённости сифилиса до 4%, против 6% в 2021 году.

По результатам анализа проведенного исследования, становится очевидным необходимость проведения дальнейших биоповеденческих исследований среди СР и других КГН, с учетом того, что данные группы являются уязвимыми к ВИЧ, с высокой вероятностью распространения ВИЧ-инфекции в общей популяции.

Рекомендации:

1. Данная целевая КГН нуждается в продолжении и корректировке проводимых профилактических программ;
2. Необходимо ежегодно увеличивать процент охвата профилактическими программами СР, а также их информированность о ВИЧ-инфекции, ИППП и парентеральных гепатитах;
3. Усилить работу Дружественных кабинетов с целью увеличения доступа СР к своевременной и квалифицированной помощи по диагностике и лечению ИППП;
4. Шире использовать потенциал передвижных пунктов доверия для привлечения новых СР в профилактические программы;
5. Внедрить в областном центре СПИД самотестирование экспресс-тестами на ВИЧ-инфекцию среди СР через Дружественные кабинеты и Пункты доверия;

6. Активнее использовать социальные сети для повышения информированности СР о возможности получения профилактических услуг, предоставляемых в Дружественных кабинетах при областном центре СПИД;

7. Продолжить работу по привлечению постоянных половых партнеров СР к проведению тестирования на ВИЧ-инфекцию для раннего выявления ВИЧ;

8. При проведении мини-сессий и бесед среди СР, акцентировать внимание на обязательном использовании презервативов со всеми половыми партнерами, а также исключении половых контактов с наркопотребителями;

9. Специалистам центра СПИД и НПО особое внимание при проведении профилактических мероприятий уделять СР употребляющим инъекционные наркотики, как уязвимой части популяции СР к ВИЧ-инфекции;

10. Информировать СР и их половых партнеров о предоставлении доконтактной профилактики, осуществляемой в центре СПИД;

11. Инициировать ежегодно вопрос перед уполномоченным органом о выделении финансовых средств на реализацию государственного социального заказа на профилактику ВИЧ-инфекции среди СР и других КГН.

Список использованных источников:

1. Страновой отчет «Глобальный мониторинг эпидемии СПИД в Республике Казахстан за 2023 год».

Stranovoy otchet «Global'nyy monitoring epidemii SPID v Respublike Kazakhstan za 2023 god».

2. Шульц К.В. «Некоторые эпидемиологические особенности ВИЧ-инфекции на современном этапе на территории Российской Федерации» (обзорная статья). - Россия, 2023.-76 с.

Shul'ts K.V. «Nekotoryye epidemiologicheskiye osobennosti VICH-infektsii na sovremennom etape na territorii Rossiyskoy federatsii» (obzornaya stat'ya). - Rossiya, 2023.-76 s.

3. Таишева Л.И. «Профилактика ВИЧ/ИППП среди коммерческих секс-работников на удаленном доступе». – Казань, 2021.- 63 с.

Taishева L.I. «Profilaktika VICH/IPPP sredi kommercheskikh seks-rabotnikov na udalennom dostupe». – Kazan', 2021.- 63 s.

4. Отчет по результатам дозорного эпидемиологического надзора в группе секс-работников за 2023 год в г. Темиртау.

Otchet po rezul'tatam dozornogo epidemiologicheskogo nadzora v gruppe seks- rabotnikov za 2023 god v g. Temirtau.

Т.И. Князева, С.С. Бурханшина, А.Ю. Шалина*

«Қарағанды облыстық ЖИТС-тың алдын алу және күресі жөніндегі орталығы» КМК,
Темиртау, Қазақстан

**Хат алысатын автор: А.Ю. Шалина – «Қарағанды облыстық ЖИТС-тың алдын алу күресі жөніндегі орталығы» КМК, Қарағанды, Қазақстан, e-mail: orgmetodotdel14@mail.ru*

Мүдделер қақтығысы: Авторлар мүдделер қақтығысының жоқтығын мәлімдейді.

Авторлардың үлесі: Барлық авторлар осы мақаланы жазуға тең дәрежеде қатысты. Бұл материал басқа басылымдарда жариялану үшін бұрын мәлімделмеген және басқа басылымдардың қарауына ұсынылмаған.

Қаржыландыру: қорсетілмеген

**2023 ЖЫЛЫ ЖҮРГІЗІЛГЕН КҮЗЕТ ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ ҚАДАҒАЛАУ
НӘТИЖЕЛЕРІ БОЙЫНША ТЕМІРТАУ ҚАЛАСЫНДА
СЕКС-ЖҰМЫСКЕРЛЕР АРАСЫНДАҒЫ МІНЕЗ-ҚҰЛЫҚ ЗЕРТТЕУЛЕРІ**

Аннотация

Жұмыста Теміртау қ. 2023 жылы жүргізілген эпидемиологиялық бақылауды қадағалау (бұдан әрі - ЭБК) нәтижелері бойынша секс-қызметкерлердің (бұдан әрі - СҚ) мінез-құлық ерекшеліктерінің талдауы ұсынылған.

Осы бапта эпидемиологиялық бақылауды қадағалаудың серологиялық және сараптамалық, дайындық, далалық, кезеңдерін қамтитын зерттеу әдістері егжей-тегжейлі баяндалған.

Бұл зерттеу жасын, білімін, кәсібін, отбасылық жағдайын және ұлтын қамтитын әлеуметтік-демографиялық көрсеткіштер бойынша жүргізілді. Сонымен қатар, мінез-құлық факторларына, атап айтқанда, СҚ жыныстық және инъекциялық мінез-құлыққа зерттеу; тұрақты әріптестермен жыныстық қатынас кезінде презервативтерді пайдалану пайызы, жыныстық жолмен берілетін инфекциялар (бұдан әрі - ЖЖБИ) белгілерінің болуы; профилактикалық бағдарламалармен қамтуы жүргізілді.

Мақалада АИТВ-инфекциясының, С вирустық гепатитінің (бұдан әрі - СВГ) және мерездің таралу деңгейін талдаумен, әрі қарай Теміртау қаласында профилактикалық іс-шараларды әзірлеумен халықтың осы тобы арасында профилактикалық бағдарламаларды іске асырудың тиімділігін бағалауға мүмкіндік беретін СҚ тексеру нәтижелері егжей-тегжейлі ұсынылған.

СҚ арасында АИТВ инфекциясының таралуын эпидемиологиялық қадағалау нәтижелері бойынша халықтың осы негізгі тобы арасында іске асырылатын профилактикалық іс-шаралардың тиімділігін арттыру бойынша ұсынымдар әзірленді.

Түйінді сөздер: АИТВ-инфекциясы, С гепатит вирусы, мерез, секс-жұмыскерлер, таралу, қауіпті жыныстық және инъекциялық мінез-құлық, алдын алу бағдарламалары.

T.I. Knyazeva, S.S. Burkhanshina, A.Y. Shalina*

MSE "Karaganda Regional Center for the Prevention and Control of AIDS"
Temirtau, Kazakhstan

***For correspondence:** A.Y. Shalina - MSE "Karaganda Regional Center for the Prevention and Control of AIDS" Karaganda, Kazakhstan, e-mail: orgmetodotdel14@mail.ru

Conflict of interest: The authors declare that they have no conflict of interest.

Author contribution: All authors contributed equally to the conception, execution, processing of the results and writing of the article. This material has not been previously published and is not under consideration by other publishers.

Funding: none

**BEHAVIORAL RESEARCH AMONG SEX WORKERS
IN THE CITY OF TEMIRTAU, ACCORDING TO THE RESULTS OF SENTINEL
EPIDEMIOLOGICAL SURVEILLANCE CONDUCTED IN 2023**

Annotation

The paper presents an analysis of the behavioral characteristics of sex workers based on the results of sentinel epidemiological surveillance conducted in 2023 in the city of Temirtau.

The article describes in detail the research methods, including preparatory, field, serological and expert stages of sentinel epidemiological surveillance.

The study was conducted on socio-demographic indicators, including: age, education, occupation, marital status and nationality. At the same time, behavioral factors were studied, in particular the sexual and injectable behavior of sex workers; the percentage of condom use during sexual intercourse with regular partners, the presence of symptoms of sexually transmitted infections; coverage of preventive programs.

The article presents in detail the results of a survey of sex workers with an analysis of the prevalence of HIV infection, viral hepatitis C and syphilis, which allow us to assess the effectiveness of preventive programs among this population group, with further development of preventive measures in Temirtau.

Based on the results of epidemiological monitoring of the prevalence of HIV infection among sex workers, recommendations have been developed to improve the effectiveness of preventive measures implemented among this key population group.

Key words: HIV infection, hepatitis C virus, syphilis, sex workers, prevalence, risk sexual and injectable behavior, preventive programs.

Сведения о соавторах:

Князева Татьяна Ивановна, врач-эпидемиолог оргметодотдела КГП «Карагандинский областной центр по профилактике и борьбе со СПИД по г.Темиртау», e-mail: orgmetodotdel14@mail.ru

Бурханишина Сания Сагидоллаевна, врач-эпидемиолог оргметодотдела КГП «Карагандинский областной центр по профилактике и борьбе со СПИД по г.Темиртау», e-mail: orgmetodotdel14@mail.ru

Дата поступления материала в редакцию: 14.11.2024

Дата рецензирования: 27.11.2024

Принято к публикации: 03.12.2024

МРНТИ: 76.33.43

УДК: 616.9

DOI: 10.61075/kncdiz-2707-3696.2024.90.4.005

Б.К. Култанова*, Г.С. Абуова

ГККП «Центр по профилактике ВИЧ-инфекции» акимата города Астана,
г. Астана, Казахстан

**Автор для корреспонденции – Б.К. Култанова – ГККП «Центр по профилактике ВИЧ-инфекции» акимата города Астана, г. Астана, Казахстан, e-mail: gold.kultanova@mail.ru*

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Вклад авторов: Все авторы внесли равноценный вклад в разработку концепции, выполнение обработки результатов и написания статьи. Авторы заявляют, что данный материал ранее не публиковался и не находится на рассмотрении в других издательствах.

Финансирование: отсутствует

ОБ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СРЕДИ ДОНОРОВ ГОРОДА АСТАНА

Резюме

С целью определения соответствия донорских материалов критериям инфекционной безопасности в городе Астана, и составления «портрета» ВИЧ-положительного донора проведено кросс-секционное исследование ситуации по результатам тестирования доноров и реципиентов на ВИЧ в городе Астана за 2015-2024 годы. Заболеваемость среди доноров ВИЧ-инфекцией сопоставима с заболеваемостью общего населения. «Социальный портрет» донора представлен среднестатистическим социально-благополучным жителем города. Многоэтапное тестирование доноров, дополнительная проверка донорской крови и тестирование реципиентов после переливания крови остается оправданным и позволяет добиться инфекционной безопасности для реципиента.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, донорство, реципиенты крови, тестирование на ВИЧ.

Вопросам обеспечения безопасности донорской крови в Казахстане уделяется особое внимание. С целью исключения риска гемоконтактных инфекций у реципиентов в стране организована и действует государственная служба крови, реализуется целый комплекс мероприятий, направленных на предотвращение передачи инфекционных заболеваний при переливании крови. Так, учитывая длительный латентный период гемотрансмиссивных инфекций, используются методы карантинизации, лейкофильтрации, внедрен метод вирусной инактивации [1]. Системы обеспечения качества донорства предполагает в числе прочего обязательное обследование донора на ВИЧ-инфекцию, бруцеллез, гепатит В, гепатит С и сифилис. Если в процессе анализа выявляется инфекция, человек бессрочно отстраняется от донорства. Результаты лабораторных исследований образцов донорской крови используются при проведении выбраковки компонентов донорской крови при определении пригодности для медицинского использования.

Цель данного исследования определить соответствие донорских материалов критериям инфекционной безопасности в городе Астана, и составить «портрета» ВИЧ-положительного донора.

Материалы и методы. Проведен Cross-sectional study (поперечное, кросс-секционное, сквозное или исследование поперечного среза) ситуации по результатам тестирования доноров и реципиентов на ВИЧ в городе Астана за 2015-2024 годы.

Каждый донор в обязательном порядке проходит следующие лабораторные исследования:

- 1) биохимическое исследование на определение количества общего белка у доноров плазмы;
- 2) иммуногематологическое – определение группы крови по системе АВО, резус принадлежности, фенотипа по антигенам системы Резус, антигена К системы Келл, скрининг и идентификацию нерегулярных антиэритроцитарных антител;
- 3) скрининг маркеров гемотрансмиссивных инфекций - вируса иммунодефицита человека 1,2 типа (далее – ВИЧ-1,2), вирусный гепатит В (далее - ВГВ), вирусный гепатит С (далее – ВГС), сифилис, дополнительные - для доноров гемопоэтических стволовых клеток (далее – ГСК) на инфекционные маркеры цитомегаловирусной инфекции, токсоплазмоза, Т-лимфотропного вируса I, II типа.

Необходимо отметить, что существует единая база доноров, в которой регистрация отводов осуществляется в оперативном и опережающем режиме, информация о выявлении маркеров гемотрансмиссивных инфекций оперативно вносится в данную систему и обозначается как отвод от донорства.

На основании приказа Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 26 мая 2021 года № ҚР ДСМ - 44 «Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических, санитарно-профилактических мероприятий по вирусным гепатитам и ВИЧ-инфекции» лабораторное обследование и медицинское наблюдение реципиентов донорского биологического материала составляет 3 месяца, снятие с наблюдения при отрицательном результате ИФА, ИХЛА, ЭХЛА на ВИЧ-инфекцию – через один месяц и три месяца после гемотрансфузии, трансплантации и пересадки органов (части органов), тканей, половых, фетальных, стволовых клеток и биологических материалов.

Результаты и обсуждение. Прием доноров осуществляется по документам, удостоверяющим личность, проводится также осмотр доноров терапевтами, используется бесконтактный термометр у терапевта, проводится терапевтом осмотр кожных покровов, с пальпацией на наличие увеличения лимфатических узлов, осмотр ротовой полости. Но бывают единичные случаи допущения к донации доноров с симптомами возможными при ВИЧ-инфекции, это может быть увеличение лимфатических узлов, сыпи на коже и другое, поэтому по таким случаям рекомендуется проводить работу по улучшению отбора доноров к донации с исключением клинических признаков. Данная кровь утилизируется и не допускается для использования [2]. Результаты тестирования доноров на ВИЧ представлены в таблице 1.

Таблица 1. Объемы тестирования доноров на ВИЧ и число выявленных среди них положительных случаев ВИЧ в городе Астана в 2015-2023 годы

Годы	Всего обследовано доноров	Выявлено положительных случаев
2015	53402	0
2016	45348	0
2017	41190	2
2018	39304	3
2019	42597	11
2020	35577	9
2021	44879	12
2022	44373	12
2023	44178	16
9 месяцев 2024	33967	6

Как видно из таблицы, несмотря на преаналитический скрининг доноров, имеются факты допущения к донорству лиц с ВИЧ-инфекцией. Отмечается рост заболеваемости ВИЧ среди доноров, в сравнении с общим населением (рисунок 1) [3].

Высокий уровень заболеваемости ВИЧ среди лиц, желающих быть донорами, обязывает систему здравоохранения продолжать тщательный мониторинг за ВИЧ-статусом реципиентов. Неполный и несвоевременный охват реципиентов обследованием на ВИЧ создает риски возможной поздней диагностики ВИЧ-инфекции при нарастающих темпах распространения ВИЧ половым путем. Несмотря на то, что скрининг донорской крови и ее компонентов на наличие вируса иммунодефицита человека, существенно снижает риск передачи вируса, несвоевременное обследование реципиентов на ВИЧ через 1 и 3 месяца на уровне ПМСП, а также наличие периода «серонегативного окна», делает практически невозможным полное исключение риска передачи ВИЧ при трансфузиях крови и её компонентов. В этой связи, обследование реципиентов в установленные сроки, является решающим превентивным мероприятием по предупреждению гемоконтактного распространения ВИЧ-инфекции.

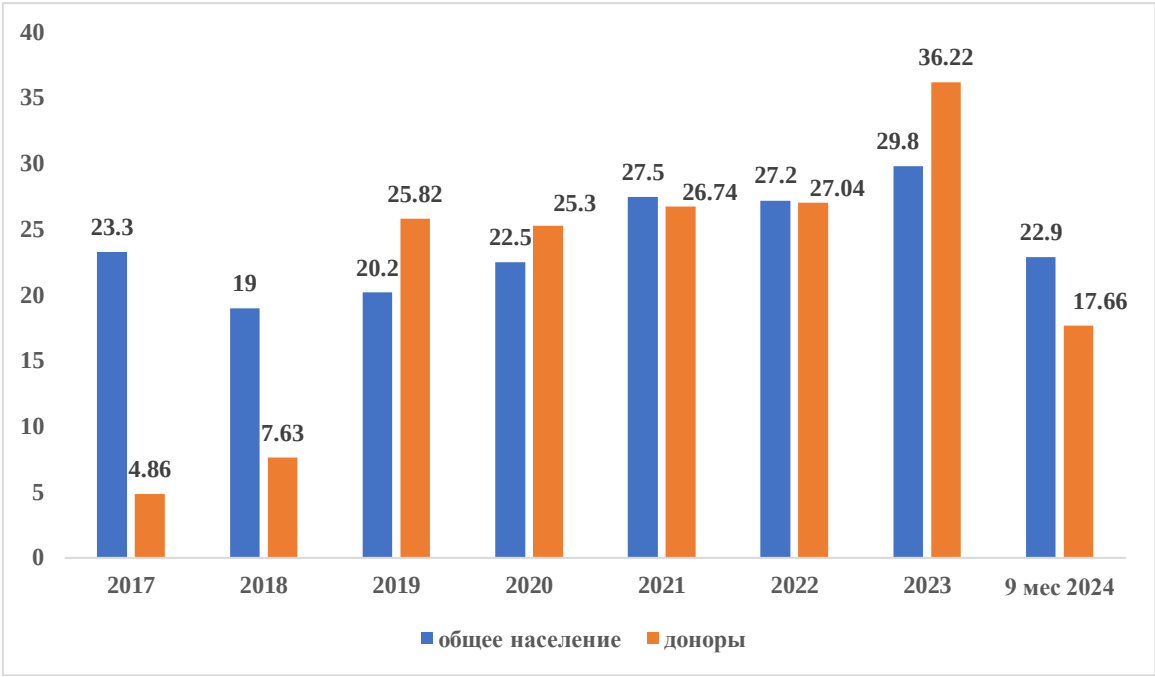


Рисунок 1. Рост заболеваемости ВИЧ среди доноров, в сравнении с общим населением

Центром по профилактике ВИЧ ведется ежемесячный мониторинг за полнотой охвата обследованием реципиентов через 1 и 3 месяца после гемотрансфузии (таблица 2) [3].

Таблица 2. Охват обследованием на ВИЧ реципиентов в город Астане по итогам 9 месяцев 2024 года

Реципиенты	Подлежало обследованию на ВИЧ	Обследовано на ВИЧ	Охват тестированием на ВИЧ
Через 1 месяц после гемотрансфузии, код 110.2	2482	2237	90%
Через 3 месяца после гемотрансфузии, код 110.3	2010	1396	69%

Основные причины, по которым объем тестирования реципиентов недостаточный: медицинские организации нередко нерегулярно проводят сверки реципиентов со стационарами, соответственно страдает качество тестирования; наряду с этим имеет место низкое качество заполнения сводной информации о реципиентах, получивших гемотрансфузии.

Случаев гемотрансфузионной передачи ВИЧ в городе не зарегистрировано. Все доноры выявлены своевременно. Компоненты крови от всех ВИЧ-положительных доноров утилизированы.

Все выявленные ВИЧ-инфицированные доноры крови в городе Астана за 9 месяцев 2024 года являются безвозмездными, были повторные кроводачи.

У 3-х доноров были повторные кроводачи, 3 донора являются – первичными.

У всех 6 доноров – выявлено наличие факторов высокого риска заражения ВИЧ:

- в 100% случаях незащищенные половые контакты со случайными партнерами,
- у 100% путь передачи – половой, т.е. инфицирование ВИЧ при гетеросексуальных контактах.

Все выявленные доноры по г. Астана - экономически активные люди, т.е. относятся к

репродуктивной, трудоспособной, социально-адаптированной категории населения.

Доноры были выявлены в возрастных группах:

- 20-29 лет - 3 случая (50%)
- 30-39 лет – 1 случай (17%)
- 40-49 лет – 2 случая (33,0%)

Всего от шести доноров было - 13 кроводач (компоненты крови).

Проведено донаций 11 реципиентам (100% обследованы на ВИЧ, результаты отрицательные).

По данным эпидемиологического расследования составлен «социальный портрет» донора, жителя города Астана. Это мужчина среднего возраста, преимущественно от 30 до 49 лет (50%), работающий (66,6%), имеющий среднее образование (50%) или высшее (50%), является городским жителем (100%), преимущественно не состоит в браке (83%), имеет случайные связи (83,3%), один половой партнер находится в розыске (16,6%) (33,3%), имеющий более 2-х половых партнеров за последние 12 месяцев (от 2 до 4), не употребляющий инъекционные наркотики.

При сборе эпидемиологического анамнеза для своевременного выявления фактора и источника рисков остается проблемой из-за сокрытия данных при заполнении анкеты донора: наличие случайных и коммерческих связей, контактов с лицами, живущих с ВИЧ-инфекцией и людьми употребляющим инъекционные наркотики.

Таким образом, можно сделать следующие выводы:

- Заболеваемость среди доноров ВИЧ-инфекцией сопоставима с заболеваемостью общего населения;
- «Социальный портрет» донора представлен среднестатистическим социально-благополучным жителем города;
- Многоэтапное тестирование доноров, дополнительная проверка донорской крови и тестирование реципиентов после переливания крови остается оправданным и позволяет добиться инфекционной безопасности для реципиента.
- Недостаточное знание клинических и эпидемиологических вопросов, связанных с ВИЧ-инфекцией, требует регулярного обучения специалистов центров крови, особенно тех, кто участвует в предварительном отборе людей на донорство.

Список использованных источников:

1. Потапский В.М., Неминущая Е.И. Аналитические выводы и пути решения проблемы донорства крови (компонентов) на основе социологического опроса (анкетирования) доноров учреждений службы крови ДЗ города Москвы. Трансфузиология. 2013; 1.

Potapskiy V.M., Neminishchaya Ye.I. Analiticheskiye vyvody i puti resheniya problemy donorstva krovi (komponentov) na osnove sotsiologicheskogo oprosa (anketirovaniya) donorov uchrezhdeniy sluzhby krovi DZ goroda Moskvyy. Transfuziologiya. 2013; 1.

2. Приказ МЗ РК от 27.11.2020 года №КР ДСМ -211/2020 «Об утверждении правил обязательного конфиденциального медицинского обследования на наличие ВИЧ - инфекции».

Prikaz MZ RK ot 27.11.2020 goda №K,R DSM -211/2020 «Ob utverzhdenii pravil obyazatel'nogo konfidentsial'nogo meditsinskogo obsledovaniya na nalichiye VICH - infektsii».

3. Анализ «Об эпидемиологической ситуации по ВИЧ среди доноров за 6,9 месяцев 2024 года», Отчетные таблицы по мониторингу и оценке за 6,9 месяцев 2024 г.

Analiz «Ob epidemiologicheskoy situatsii po VICH sredi donorov za 6,9 mesyatsev 2024 goda», Otchetnyye tablitsy po monitoringu i otsenke za 6,9 mesyatsev 2024 g.

Б.Қ. Құлтанова*, Г.С. Абуова

Астана қаласы әкімдігінің «АИТВ-инфекциясының алдын алу орталығы» Мемлекеттік Қазыналық Кәсіпорны, Астана қ., Қазақстан

***Хат алысатын автор:** Б.Қ. Құлтанова - Астана қаласы әкімдігінің «АИТВ-инфекциясының алдын алу орталығы» Мемлекеттік Қазыналық Кәсіпорны, Астана қ., Қазақстан, e-mail: gold.kultanova@mail.ru

Мүдделер қақтығысы: Авторлар мүдделер қақтығысының жоқтығын мәлімдейді

Авторлардың үлесі: Барлық авторлар осы мақаланы жазуға тең дәрежеде қатысты. Бұл материал басқа басылымдарда жариялану үшін бұрын мәлімделмеген және басқа басылымдардың қарауына ұсынылмаған

Қаржыландыру: қорсетілмеген

АСТАНА ҚАЛАСЫНДАҒЫ ДОНОРЛАР АРАСЫНДАҒЫ АИТВ-ИНФЕКЦИЯСЫНЫҢ ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ ЖАҒДАЙЫ ТУРАЛЫ

Аннотация

Астана қаласы бойынша донорлық материалдардың инфекциялық қауіпсіздік критерийлеріне сәйкестігін анықтау және АИТВ-жұқтырған донордың «портретін» құрастыру мақсатында Астана қаласы бойынша 2015–2024 жж. донорларды және реципиенттерді тестілеу нәтижелері бойынша жағдайға көлденең зерттеу жүргізілді. Донорлар арасында АИТВ-инфекциясының жиілігі жалпы халықтың аурушандығымен салыстырылады. Донордың «әлеуметтік портретін» орташа әлеуметтік гүлденген қала тұрғыны бейнелейді. Донорларды көп сатылы сынау, донорлық қанды қосымша тексеру және қан құйылғаннан кейін реципиенттерді сынау ақталған болып қалады және реципиент үшін инфекциялық қауіпсіздікке қол жеткізуге мүмкіндік береді.

Түйінді сөздер: АИТВ-инфекциясы, донорлық, қан реципиенттері, АИТВ-ға тестілеу.

B.K. Kultanova*, G.S. Abuova

State Public Enterprise "Center for the Prevention of HIV Infection" of the Akimat of Astana, Astana, Kazakhstan

***For correspondence:** B.K. Kultanova - State Public Enterprise "Center for the Prevention of HIV Infection" of the Akimat of Astana, Astana, Kazakhstan, e-mail: gold.kultanova@mail.ru

Conflict of interest: The authors declare that they have no conflict of interest

Author contribution: All authors contributed equally to the conception, execution, processing of the results and writing of the article. This material has not been previously published and is not under consideration by other publishers

Funding: none

ON THE EPIDEMIOLOGICAL SITUATION OF HIV INFECTION AMONG DONORS IN THE CITY OF ASTANA

Annotation

In order to determine the compliance of donor materials with infectious safety criteria in the city of Astana, and to compile a “portrait” of an HIV-positive donor, a cross-sectional study of the situation was conducted based on the results of testing donors and recipients for HIV in the city of Astana for 2015–2024. The incidence of HIV infection among donors is comparable to the incidence of the general population. The “social portrait” of the donor is represented by the average socially prosperous city resident. Multi-stage testing of donors, additional testing of donated blood

and testing of recipients after blood transfusion remains justified and allows to achieve infectious safety for the recipient.

Key words: HIV infection, donation, blood recipients, HIV testing.

Сведения о соавторах:

Абуова Гульнара Сапаровна, главный специалист Службы общественного здоровья ГУ «Управление здравоохранения Карагандинской области», г. Караганда, Казахстан e-mail: shtab.20@mail.ru

Дата поступления материала в редакцию: 13.11.2024

Дата рецензирования: 26.11.2024

Принято к публикации: 03.12.2024

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Журнал состоит из следующих разделов:

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

Периодичность издания – ежеквартально.

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

АЛГОРИТМ ПУБЛИКАЦИИ НАУЧНОЙ СТАТЬИ

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

ПОДГОТОВКА МАТЕРИАЛОВ

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

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

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

Форма 1. - Образец сопроводительного письма в редакцию. Заполнить в отдельном MsWord файле (см. ниже)

В редакцию научно-практического журнала «Вопросы дерматологии и венерологии»		
от		
(Ф.И.О. автора (-ов), ученая степень, звание, должность и место работы, e-mail и телефон)		
Направляю (-ем) подготовленную мною (нами) статью «УКАЖИТЕ НАЗВАНИЕ СТАТЬИ» количество страниц - __*, таблиц - __*, рисунков - __*, для рассмотрения и публикации в разделе «УКАЖИТЕ НАЗВАНИЕ РАЗДЕЛА».		
С условиями публикации согласен (-а, -ы). Заверяю (-ем), что материалы, представляемые в данной статье, не были опубликованы и не находятся на рассмотрении в другом печатном издании. Автор (-ы) подтверждает (-ют), что не имеет (-ют) конфликтов интересов. Против воспроизведения данной статьи в других средствах массовой информации (включая электронные) не возражаю (-ем).		
Даю согласие на обработку персональных данных.		
Автор (-ы):		
(Ф. И.О.)	(подпись)	(дата, месяц и год)
(Ф. И.О.)	(подпись)	(дата, месяц и год)
(Ф. И.О.)	(подпись)	(дата, месяц и год)

Форма 2. - Образец сведения об авторах.

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

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

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

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

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

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

ПОРЯДОК ОФОРМЛЕНИЯ СТРУКТУРЫ СТАТЬИ

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

2. Структура научной статьи:

- 1) МРНТИ – Межгосударственный рубрикатор научно-технической информации;
- 2) УДК – Универсальная десятичная классификация;
- 3) DOI - Digital object identifier (будет присвоен при положительном решении о публикации);
- 4) ФИО авторов (соавторов)
- 5) Место работы, город, страна

- 6) E-mail автора-корреспондента
- 7) Название статьи
- 8) Аннотация
- 9) Ключевые слова
- 10) Введение
- 11) Основной текст, включающий материал и методы исследования, результаты и обсуждение, заключение
- 12) Список использованных источников / Транслитерация списка литературы.

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

Структурирование статьи проводится следующими способами:

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

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

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

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

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

		затем, на двух остальных. К примеру, если статья написана на казахском языке, то вначале представляется аннотация на казахском языке, затем на русском и английском. Образец: - Аннотация - Аннотация - Annotation
4.	Ключевые слова (от 5 до 7 слов).	Ключевые слова – это определенные слова из текста, отражающие проблемы, изучаемые в ходе исследования. До 7 ключевых слов или фраз, отражающие содержание и направление статьи. Ключевые слова предоставляются на трех языках. К примеру, если статья написана на казахском языке, то вначале представляются ключевые слова на казахском языке, затем на русском и английском. Образец: - Түйінді сөздер - Ключевые слова - Key words
5.	Текст статьи	Текст статьи шрифтом Times New Roman, кегль - 12, с межстрочным интервалом - 1,0. Ориентация книжная (портрет) с полями: верхнее и нижнее - 20 мм, внутреннее - 30 мм, внешнее - 10 мм. Выравнивание - по ширине, абзац - 0,7 см. Заголовки структурных элементов статьи (аннотация, материалы и методы исследований, результаты и обсуждение, источники финансирования, благодарности, список использованных источников) пишутся отдельным абзацем, выделяются полужирным шрифтом. При изложении экспериментального материала должна быть использована международная система единиц (СИ). В тексте статьи таблицы выполняются в редакторе MsWord, как файл изображения не принимаются. Название таблицы пишется шрифтом Times New Roman кеглем 12 пунктов, выравнивается по левому краю без отступа через одинарный междустрочный интервал. Внутри таблиц используется кегль 11 пунктов (при необходимости 10 пунктов, но не менее). Заголовки столбцов выравниваются по центру. Аббревиатуры или символы, используемые в таблицах, должны быть пояснены в примечаниях в нижней части таблицы. Примечание выравнивается по левому краю с абзацным отступом. Рисунки должны быть ограничены материалом, необходимым для понимания текста, при необходимости сопровождаться описательной легендой. Графики должны предоставляться с исходными файлами в Microsoft Excel. Нумеруются арабскими цифрами. Названия и пояснения даются непосредственно под ними, выравниваются по центру. Для названий и пояснений к рисункам и графикам используется шрифт Times New Roman с кеглем 12 пунктов.
6.	Список использованных источников / List of sources used	Список использованных источников представляет собой краткое библиографическое описание цитируемых работ в соответствии с ГОСТ 7.1–2003. Ссылки нумеруются по ходу их цитирования в тексте. Библиографические ссылки в тексте даются в квадратных скобках по мере упоминания. Фамилии иностранных авторов приводятся в оригинальной

		транскрипции. Оформляется с указанием фамилии и инициалов автора, полного названия статьи, места издания, названия журнала (год, том, номер, страницы).
7.	Объем статьи	На рассмотрение принимаются публикации объемом не менее 4-5 страниц, без учета списка литературы.

ПОДГОТОВКА СПИСКА ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

Список использованных источников представляется в двух вариантах:

- 1) Русскоязычный вместе с зарубежными источниками в соответствии с ГОСТ 7.1-2003.
- 2) В транслитерации буквами латинского алфавита с переводом источников публикации на английский язык в соответствии с требованиями БД Scopus. На сайте <http://www.translit.ru> можно бесплатно воспользоваться программой транслитерации русского текста в латиницу (вариант BGN или BSI).

Технология подготовки ссылок с использованием системы автоматической транслитерации и переводчика.

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

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

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