



Вестник

Башкирского государственного медицинского университета

сетевое издание

ISSN 2309-7183



приложение №4, 2017

vestnikbgmu.ru

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Вестник Башкирского государственного медицинского университета

сетевое издание

приложение №4, 2017 г.

Редакционная коллегия:

Главный редактор: чл.-корр. РАН, проф. Павлов В.Н. – ректор Башкирского государственного медицинского университета (Уфа)

Зам. главного редактора: проф. Нартайлаков М.А. (Уфа)

Члены редакционной коллегии: проф. Катаев В.А. (Уфа); проф. Ахмадеева Л.Р. (Уфа); доц. Цыглин А.А. (Уфа); проф. Галимов О.В. (Уфа); проф. Загидуллин Н.Ш. (Уфа); проф. Малиевский В.А. (Уфа); доц. Стрижков А.Е. (Уфа); проф. Еникеев Д.А. (Уфа); доц. Гончаров А.В. (Уфа); проф. Мавзютов А.Р. (Уфа); проф. Гильманов А.Ж. (Уфа); проф. Минасов Б.Ш. (Уфа); проф. Викторова Т.В. (Уфа); проф. Валишин Д.А. (Уфа); проф. Сахаутдинова И.В. (Уфа); проф. Садритдинов М.А. (Уфа); проф. Новикова Л.Б. (Уфа); проф. Верзакова И.В. (Уфа); проф. Моругова Т.В. (Уфа); проф. Гильмутдинова Л.Т. (Уфа).

Редакционный совет:

Чл.-корр. РАМН, проф. Тимербулатов В.М. (Уфа), проф. Бакиров А.А. (Уфа), проф. Ганцев Ш.Х. (Уфа), доц. Шебаев Г.А. (Уфа), проф. Мулдашев Э.Р. (Уфа), проф. Викторов В.В. (Уфа), проф. Кубышкин В.А. (Москва), проф. Гальперин Э.И. (Москва), проф. Вишневский В.А. (Москва), чл.-корр. РАМН, проф. Аляев Ю.Г. (Москва), чл.-корр. РАМН, проф. Чучалин А.Г. (Москва), чл.-корр. РАМН, проф. Долгушин И.И. (Челябинск), чл.-корр. РАМН, проф. Котельников Г.П. (Самара), проф. Созинов А.С. (Казань).

Состав редакции сетевого издания «Вестник Башкирского государственного медицинского университета»: зав. редакцией – к.м.н. Кашаев М.Ш.

ответственный секретарь – к.м.н. Рыбалко Д.Ю.

научный редактор – к.фарм.н. Файзуллина Р.Р.

технический редактор – к.м.н. Насибуллин И.М.

художественный редактор – доц. Захарченко В.Д.

технический секретарь редакции - Зиятдинов Р.Р.

корректор – Брагина Н.А.

корректор-переводчик – к.ф.н. Майорова О.А.

ЗАРЕГИСТРИРОВАН В ФЕДЕРАЛЬНОЙ СЛУЖБЕ ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ СВЯЗИ, ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ И МАССОВЫХ КОММУНИКАЦИЙ 26.07.2013, НОМЕР СВИДЕТЕЛЬСТВА ЭЛ № ФС 77 - 54905.



**СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
СТУДЕНТОВ И МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ
«АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ХРОНИЧЕСКИХ ДЕРМАТОЗОВ»,
Г. УФА, 30 НОЯБРЯ 2017Г.**

ОГЛАВЛЕНИЕ

| | |
|--|-----------|
| ВЕЛИЧКО Л.И. | 4 |
| МЕЖДУНАРОДНЫЕ РАЗРАБОТКИ И ОТКРЫТИЯ ПО ВИТИЛИГО | |
| ВИЛЬДАНОВА И.Р. | 9 |
| АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ИНФЕКЦИЯМИ, ПЕРЕДАВАЕМЫМИ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ И ЗАРАЗНЫМИ КОЖНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН ЗА 2014-2016 ГОДЫ И ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ | |
| РАХМАТУЛЛИНА Р.Р., ГИЛМУТДИНОВА С.З. | 14 |
| РОЛЬ ПРАВИЛЬНОГО УХОДА И ПЕРЕВЯЗОЧНЫХ МАТЕРИАЛОВ В ЛЕЧЕНИИ БУЛЛЕЗНОГО ЭПИДЕРМОЛИЗА | |
| М.М. ГАФАРОВ, Е.Р. КУПРИНА, А.Б. ВЕДЕРНИКОВА, А.А. ЗАХАРОВА | 19 |
| АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ: ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЙ ПУСТУЛЕЗНЫЙ ПСОРИАЗ ИЛИ СУБКОРНЕАЛЬНЫЙ ПУСТУЛЕЗНЫЙ ДЕРМАТИТ | |
| КУЛЕШОВА М.А., СУЛТАНОВА Э.А., ВЕЛИЧКО Л.И., АХМЕТЗЯНОВА И.Р. | 25 |
| СРАВНИТЕЛЬНАЯ СТАТИСТИКА УРОВНЯ ЗНАНИЙ У ПОДРОСТКОВ Г. УФЫ ОБ ИППП И МЕТОДАХ ИХ ПРОФИЛАКТИКИ ЗА 2016-2017 ГГ. | |
| М.М.ГАФАРОВ, А.Ю.ЛАЗАРЕВА, М.Ю.ГРАДУСОВА | 30 |
| ГИПНОСУГГЕСТИВНЫЙ МЕТОД В ЛЕЧЕНИИ ДЕРМАТОЗОВ, В ЧАСТНОСТИ ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИИ | |
| СУЛТАНОВА Э.А., КУЛЕШОВА М.А. | 35 |
| КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВРОЖДЕННОГО И НЕВРОЖДЕННОГО ИХТИОЗА | |
| О.Р. МУХАМАДЕЕВА, Л.М. ХАЙРУЛЛИНА | 41 |
| ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ВИДЫ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ЗООАНТРОПОНОЗНОЙ МИКРОСПОРИИ И ТРИХОФИТИИ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН | |
| ЮСУПОВА А.Р., АХМЕТЗЯНОВА И.И., ТАЗИЕВА Э.Ф., ОПЕНЧЕНКО А.Д. | 47 |
| УРОВЕНЬ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ, ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ У ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ | |
| СВЕДЕНИЯ ДЛЯ АВТОРОВ | 54 |

ВЕЛИЧКО Л.И.

МЕЖДУНАРОДНЫЕ РАЗРАБОТКИ И ОТКРЫТИЯ ПО ВИТИЛИГО

Научный руководитель – к.м.н., доцент О. Р. Мухамадеева

ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, Уфа

Кафедра дерматовенерологии с курсами дерматовенерологии и косметологии ИДПО

***Резюме:** в данной статье описаны международные разработки и открытия по Витилиго за период с 2013 по 2017 гг. : новое в генетике , патогенезе, лечении и проведенные исследования учеными. Также описано немного информации о Научно-исследовательском фонде Витилиго.*

***Ключевые слова:** Витилиго, международные разработки, открытия . спектрофотометр, аутоиммунное заболевание , меланин , дисхромия.*

VELICHKO, L. I.

INTERNATIONAL DEVELOPMENT AND OPENING OF VITILIGO

Scientific supervisor – PhD, associate Professor Mukhamadeeva O. R.

Bashkir State Medical University, Ufa

The Chair of Dermatovenerology with courses Dermatovenerology and Cosmetology

***Summary:** this article describes the international development and opening of Vitiligo for the period from 2013 to 2017 : the new genetics , pathogenesis, treatment and to research scientists. Also described is some information about the research Foundation Vitiligo.*

***Keywords:** Vitiligo, international development, open . spectrophotometer, an autoimmune disease , melanin , dichromia.*

Актуальность: Одним из наиболее актуальных заболеваний XXI века считаются дисхромии кожи и волос. Витилиго – это хроническое , аутоиммунное заболевание , которое характеризуется внезапным появлением белых , лишенных меланоцитов, пятен в дополнение ко всему они склонны к росту и слиянию, также могут поражаться брови , ресницы и волосы . Этиология витилиго до сих пор остается загадкой, также как и отсутствие более точных представлений о механизмах патогенеза, что и объясняет трудности в подборе наиболее эффективных методах лечения . Нервный стресс является одним из трех важных триггерных факторов , также особую роль играют чрезмерное УФО , травмы и авитаминоз , заболевания желудочно-кишечного тракта и ферментопатии, гормональный сбой , дефицит

микроэлементов и контакт с химическими средствами. Также может возникнуть репигментация и протекать медленно, либо внезапно, но она не всегда бывает полной.

Анализируя зарубежную литературу я акцентировала своё внимание на новые разработки и открытия в структуре заболевания, так как на протяжении последних десятилетий было проведено достаточно малое количество исследований.

Выделила некоторые из них в данной статье:

Новости 2017 года

Ученые -генетики Р.Спритц и его коллеги в своей лаборатории на протяжении 10 лет изучали Витилиго и все же нашли гены, которые отвечают за проявление заболевания. В структуре гена больного человека были обнаружены двадцать три гена Витилиго. В то же время ученые из Эстонии также обнаружили данные гены. Для этого исследования им потребовалось 2 группы больных: болеющие Витилиго (4680 человек) и контрольная группа - здоровые (39586 человек). Благодаря этому открытию могут быть выдвинуты совершенно новые мысли и идеи по поводу механизмов патогенеза. Большой вклад в исследовании внесли из Эстонии патофизиолог Сулев Кыкс и дерматовенеролог профессор КЮлли Кинго. Существование этих генов в некоторых случаях говорит о том, что вероятность проявления у человека болезни приравнивается к 70-80%.

Витамин D и Витилиго

3 ноября 2017 года Райли Петерсон опубликовал статью о том, что «Дефицит витамина D может быть связан с патогенезом Витилиго».

Из-за гипотезы о том, что витилиго является результатом дисфункции иммунной системы, исследователи решили оценить роль статуса витамина D на активность заболевания у пациентов с этим заболеванием.

Исследователи включали в общей сложности 70 участников из Каира, Египет. Из этих людей, 30 были диагностированы витилиго и остальные 40 были сопоставимы управления без условия. Все участники были опрошены для того, чтобы определить историю болезни, привычки, воздействие солнца и питания.

У пациентов активность течения болезни определялась путем оценки изменений страш поражений кожи или появление новых очагов в течение последних 3 мес.

Также были взяты пробы крови для того, чтобы определить статус витамина D и уровней провоспалительных цитокинов интерлейкина-17 (ил-17), общим маркером активности заболевания витилиго.

Вот что исследователи обнаружили:

- Средний уровень витамина D среди пациентов с витилиго были значительно ниже, чем в контрольной группе ($p < 0,001$).
- Существует значительная положительная корреляция между статусом витамина D и длительности заболевания ($p = 0,038$).
- У пациентов с витилиго, имели значительно более высокие сывороточные уровни ил-17 по сравнению с контролем ($p = 0,001$).
- Там не было никакой значимой связи между ил-17 и витамина D уровнях ($p = 0.597$).

Исследователи пришли к выводу:

“...Витамин D является потенциальным игроком в сложном патогенезе витилиго. Вполне возможно, регулирующих отношения с ИЛ-17, как провоспалительных цитокинов, участвующих в такое заболевание, вместе с ее реальным весом в качестве скринингового инструмента для восприимчивости витилиго, достоин дальнейшего анализа и оценки”.

Это исследование было ограничено : небольшой размер выборки и кросс-секционной конструкции. Исследование продолжается.

Антитела к тиреоидной пероксидазе и Витилиго

В Индии были произведены исследования Морган и соавт. оценивали наличие и частоту специфических антител органа у 20 пациентов с витилиго и их родственников . По данным исследования доля положительных анти-ТПО были достоверно выше у больных витилиго по сравнению с контрольной группой. Они обнаружили анти-микросомальные и анти-тиреоглобулиновые антитела в 50% и 40% их случаев. Также была отмечена повышенную распространенность специфических антител у родственников, особенно при генерализованном витилиго, по сравнению со здоровыми людьми . Учитывая тот факт, что витилиго обычно предшествует появлению дисфункция щитовидной железы, периодические последующие витилиго пациентов для выявления заболеваний щитовидной железы дополнительно подчеркивается особенно у молодых женщин с повышенным уровнем анти-ТПО.

Оптический спектр отражения кожи при Витилиго. В г.Томск в клинике кожно-венерических болезней СибГМУ (в 2013 году) было проведено исследование с целью оценки спектра отражения кожи с белыми пятнами , краевой зоны и следовательно здоровой кожи , в состояниях ДО и ПОСЛЕ применения терапии у пациентов с Витилиго.

Принимали участие в исследовании 21 пациент из них 5 мужчин и 16 женщин , разных возрастов (от 18 и до 50 лет) , с длительностью заболевания от 12 месяцев и до 15 лет. В 48 % случаев процесс имел ограниченную форму , а генерализованную форму в 52 % .

В качестве неспецифической системной терапии были применены витамины , микроэлементы , фотодесенсибилизирующие препараты , также для местного лечения был использован крем «Витасан» , физиопроцедуры - ультрафонофорез.

Для оценки состояния депигментированных участков кожи до и после лечения проводилась спектрофотометрия с последующим вычислением интегрального критерия функционального состояния. Измерения проводили при помощи спектрофотометра Spektra (изобретение г. Томск 2005год) в очаге депигментации, на границе со здоровой кожей и отдаленном от очага депигментации здоровом участке кожи. Сравнение спектров отражения на границе очага поражения у больных витилиго до и после лечения показало, что в 57% случаев наблюдается статистически значимое увеличение значения интегрального критерия, что может свидетельствовать об активно протекающих регенеративных процессах. Таким образом, в результате проведенного исследования впервые были получены данные о некоторых закономерностях изменений спектральных характеристик отраженного от кожи света при депигментации.

Пептидогликан с иммуномодулирующей активностью в терапии Витилиго

В 2015 году ученые Коробко И.В., Ломоносов К.М.3 из Первого МГМУ им.Сеченова совместно с Научно-Исследовательским Фондом Vitiligo провели исследование на способность кислого пептидогликана (растительной природы) с иммуномодулирующей активностью останавливать прогрессию заболевания Витилиго.

В исследовании приняли участие 25 пациентов с активной формой Витилиго , они получили курс лечения , из 6 инъекций. Активность оценивали через месяц , 3 и 6 мес. после проведения курса лечения. Результаты сравнивали с клиническими и иммунологическими показателями пациентов ДО и ПОСЛЕ лечения. У 18 (72%) из 25 пациентов наблюдалась стабилизация заболевания через 6 мес после курса лечения. Низкий уровень секреции индуцированного фитогемагглютинином интерферона γ мононуклеарами периферической крови до лечения, возможно, является прогностическим фактором продолжающегося после лечения активного течения витилиго . Исходя из проведенного исследования , можно данный пептидогликан рассматривать как новейший безопасный и эффективный способ приостановления прогрессирования витилиго.

Новые методы лечения от витилиго 2016-2017

Летом в 2016 году ученые Американского университета (Нью-Хейвен) опубликовали статью о том , что витилиго можно лечить с помощью препарата от ревматоидного артрита.

Основой для данной публикации послужило их исследование на пациентке 53 лет с распространенным витилиго (более 80% тела), которой они провели курс лечения и тем самым полностью излечили от пятен лишенных меланоцитов.

Этим веществом является иммунодепрессант - Тофацитиниб (Яквинус). Витилиго как и ревматоидный артрит является аутоиммунным заболеванием, при котором организм начинает воспринимать свои здоровые клетки как чужеродные и начинает их отторгать. А так как иммунодепрессанты влияют на функции иммунитета всего организма, то он постепенно приходит в норму. И несмотря на то, что исследование было не столь обширно и проведено лишь на одной пациентке, ученые назвали это прорывом в изучении витилиго и понимания многих дерматологических заболеваний. По их заверению в скором времени планируют провести более масштабный эксперимент по изучению этого препарата, и также возьмут во внимание препарат близкий к нему по составу - руксолитиниб.

Ученые из Кореи проводили подобное исследование, но на 32 пациентах с витилиго. Лечение продолжалось на протяжении 3х месяцев, пациенты дважды в неделю принимали метилпреднизолон и проводилась терапия ультрафиолетом 311нм.

После курса лечения абсолютно у всех участников исследования витилиго перестало распространяться. У 50% пятна начали репигментироваться.

Научно-исследовательский фонд Витилиго

Цель заключается в разработке эффективных методов лечения для миллионов людей во всем мире, которые страдают от витилиго.

Фонд родился от решимости одного человека - Дмитрия Аксенова - помогать своей дочери, которой был поставлен диагноз этого заболевания кожи в раннем возрасте.

После многолетних попыток, и неспособности, чтобы найти эффективное лечение для его дочери Дмитрий понял, что-то не так как витилиго не получает необходимого внимания со стороны исследователей, потому что денег не было там, чтобы поддержать проекты.

Он создал исследовательский Фонд витилиго в 2010 году.

ВИЛЬДАНОВА И.Р.

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ИНФЕКЦИЯМИ, ПЕРЕДАВАЕМЫМИ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ И ЗАРАЗНЫМИ КОЖНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН ЗА 2014-2016 ГОДЫ И ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

ГАУЗ Республиканский кожно-венерологический диспансер №1

В соответствии с Концепцией долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года (Концепция 2020), утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации от 17 ноября 2008 г. № 1662-р, основной целью государственной политики в области здравоохранения на период до 2020 года станет формирование системы, обеспечивающей доступность медицинской помощи и повышение эффективности медицинских услуг, объемы, виды и качество которых должны соответствовать уровню заболеваемости и потребностям населения, передовым достижениям медицинской науки. В Концепции-2020 сделан акцент на достигнутых положительных результатах внедрения и необходимости дальнейшей разработки современных медицинских технологий, благодаря которым повышаются возможности управления заболеваемостью населения.

Социальные, экономические и политические изменения, происходившие в 80-90-е годы XX века в России, явились основными детерминантами, способствовавшими осложнению эпидемиологической ситуации по многим заболеваниям социального характера: ВИЧ-инфекции, туберкулезу, наркомании, в том числе по инфекциям, передаваемым половым путем (ИППП). В этот период правительством страны было принято решение о пересмотре многих нормативно-правовых документов, касающихся разработки и внедрения в практику здравоохранения новых подходов к тактике ведения больных ИППП. Основной акцент был сделан на профилактику заболеваний и внедрение современных технологий диагностики и лечения ИППП.

В целях стабилизации ситуации с заболеваемостью социально-значимыми болезнями, сложившейся на рубеже XX-XXI веков в Российской Федерации, 13 ноября 2001 г. Правительство Российской Федерации утвердило Постановление № 790 «О федеральной целевой программе «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера (2002 – 2006 г. г.)», а 10 мая 2007 г. – Постановление Правительства РФ № 280, О федеральной целевой программе «Предупреждение и борьба с социально-значимыми заболеваниями (2007-2012 г. г.)». 3 декабря 2012 года издан приказ Министерства

здравоохранения РФ N 996н «О мерах по реализации постановления Правительства Российской Федерации» от 10 мая 2007 г. № 280, О федеральной целевой программе «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007 - 2012 годы)».

В качестве составной части в обе федеральные целевые программы была включена подпрограмма «Инфекции, передаваемые половым путем», направленная на борьбу с распространением с ИППП.

В соответствии с этими программами приняты и осуществляются неотложные меры охраны здоровья населения, как на общероссийском, так и на региональном уровне.

Сегодня отечественная дерматовенерология может с уверенностью констатировать значительные положительные результаты реализации мероприятий подпрограммы «Инфекции, передаваемые половым путем» (2007-2012 годы).

В 2012 – 2016 гг. в Республике Башкортостан отмечается снижение заболеваемости ИППП в 1,8 раза - с 337,5 случаев на 100 тыс. населения до 190,8, в т.ч. сифилисом – в 1,5 раза, гонококковой инфекцией – в 2,4 раза, паравенерическими заболеваниями – в 1,8 раза. Среди заразных кожных болезней отмечается снижение заболеваемости: микроспорией – на 25,2 %, трихофитией – в 2 раза, чесоткой – в 2,7 раза.

За эти годы заболеваемость сифилисом снизилась благодаря проведенным профилактическим и противоэпидемическим мероприятиям, хотя темпы снижения замедлились по сравнению с предыдущими годами, когда с 1996 года наблюдалась эпидемия сифилиса. Высокий показатель заболеваемости в 2015 году обусловлен большим количеством иностранных граждан с впервые установленным диагнозом (135 человек).

Чаще регистрируются больные в возрасте от 18 лет до 29 лет. Такую закономерность можно связать с наибольшей сексуальной активностью в молодом возрасте, и, возможно, малым опытом в плане использования безопасных методов сексуального общения.

На базе консультативно-диагностического отделения №2 ГАУЗ РКВД №1 с 2009г. функционирует специализированный подростковый центр «Доверие», где проводится обследование детей в возрасте от 0 до 18 лет на наличие инфекций, передаваемых половым путем. Центр «Доверие» тесно сотрудничает с «Социально-реабилитационным центром для несовершеннолетних» городского округа г.Уфа, с «Социальным приютом для детей и подростков городского округа г.Уфа», с детскими домами города.

В 2014 году в центре обследовано 1906 детей,

в 2015 году - 2172 ребенка,

в 2016 году - 2023 ребенка.

Целью центра «ДОВЕРИЕ» является осуществление программы профилактики ИППП среди детей и подростков путем чтения лекций в школах и средних образовательных учреждениях, раздачи наглядных материалов, формирование ответственного отношения к здоровому образу жизни, репродуктивному здоровью, а также возможность получить квалифицированную, бесплатную медицинскую помощь опытного врача дерматовенеролога.

За последние 3 года зарегистрировано 5 детей до 18 лет, больных сифилисом, случаев врожденного сифилиса не было. Источники заражения выявлены у 4 детей – 80 %. Взято на учет 18 подростков.

За последние 3 года отмечается стабильное снижение заболеваемости гонореей в ГО г. Уфа. Нужно отметить, что показатели заболеваемости гонореей в ГО г.Уфа не являются истинными, т.к. часть больных лечится самостоятельно, по совету знакомых, по интернету, или в частных клиниках, которые неподотчетны в своих результатах работы.

Наивысшая заболеваемость в Калининском, Орджоникидзевском районах, т.к. эти районы территориально близко расположены к отделению; пациенты других районов ГО г.Уфа обращаются в частные клиники или отделение платных услуг ГАУЗ РКВД №1.

Чаще болеет молодежь (от 18 до 29 лет) – до 63,7%, что связано с сексуально активным поведением пациентов этого возраста.

Случаев гонореи у детей до 18 лет за последние 3 года не было.

На низком уровне остается регистрация женщин, больных гонореей.

Преобладающим дерматомикозом в г. Уфа является микроспория.

В городе заболеваемость микроспорией (дерматофития, передающаяся от кошек и собак) всегда выше, чем в селе.

Трихофития - это грибковое заболевание, передающееся от крупного рогатого скота, поэтому заболеваемость трихофитией в селе всегда выше, чем в городе. В 2016г. отмечается снижение заболеваемости трихофитией в городском округе г.Уфа на 3 случая по сравнению с 2015г.

Наибольшая заболеваемость отмечается в Орджоникидзевском и Калининском районах, т.к. эти районы территориально близко расположены к диспансеру.

Основная масса пациентов лечится амбулаторно. Диагноз дерматофитии ставится на основании клинической картины, микроскопического исследования, бактериологической и люминисцентной диагностики. Рецидивов заболевания за последние 3 года не отмечено.

Зимой дети меньше контактируют с уличными животными, а в конце лета - начале осени начинаются медосмотры, отсюда сезонный характер заболевания.

В 2016 году отмечается двукратное снижение заболеваемости чесоткой в ГО г.Уфа. Как всегда характерен осенне-зимний подъем.

Удельный вес детей, больных чесоткой, составляет около половины всех больных; остальные – взрослые. Это связано с тем, что чесотка передается при тесных контактах, в том числе половых.

В соответствии с Основными направлениями деятельности Правительства Российской Федерации на период до 2012 года, утвержденными распоряжением Правительства Российской Федерации от 17 ноября 2008 г. № 1663-р, развитие здравоохранения ориентировано на реализацию прав и потребностей человека в этой сфере, строится на принципах открытости, конкурентности, использования современных технологий и стандартов качества. Правительством Российской Федерации обозначены 6 основных направлений развития здравоохранения на среднесрочную перспективу:

1. Обеспечение государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи и совершенствование страховых принципов;
2. Осуществление структурных преобразований в здравоохранении;
3. Повышение открытости управления организациями здравоохранения;
4. Обеспечение населения специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощью;
5. Улучшение лекарственного обеспечения;
6. Укрепление кадрового потенциала и материально-технической базы.

В деятельности специализированных медицинских учреждений дерматовенерологического профиля наибольшее развитие получают следующие направления:

- конкретизация государственных гарантий в отношении видов, объемов, порядка и условий оказания бесплатной и платной медицинской помощи;
- совершенствование системы стандартизации в области здравоохранения с целью внедрения современных медицинских технологий оказания медицинской помощи при наиболее распространенных заболеваниях и заболеваниях, наносящих наибольший ущерб здоровью населения и социальному благополучию страны;
- поэтапный переход к эффективным способам оплаты медицинской помощи на основе обоснованных тарифов в зависимости от качества её оказания и объемов;
- снятие ограничений по доле платных услуг в общем доходе учреждений здравоохранения, что будет способствовать легализации платежей граждан за оказание медицинских услуг;

- расширение хозяйственной самостоятельности бюджетных медицинских учреждений и преобразование их части в автономные;
- обеспечение доступности для населения эффективных технологий оказания медицинской помощи на всех её этапах;
- создание условий для преимущественного оказания специализированной дерматовенерологической помощи на уровне амбулаторно-поликлинических медицинских учреждений, развитие стационаров на дому и дневных стационаров, а также повышение роли профилактического лечения лиц, состоящих в группе риска по социально значимым заболеваниям;
- оптимизация стационарной помощи, оказываемой населению на основе интенсификации занятости дерматовенерологической койки;
- усиление роли профессиональных общественных ассоциаций в обеспечении процессов сертификации и аттестации медицинских работников, разработке стандартов медицинской помощи, контроле качества медицинской помощи, оценке её эффективности;
- развитие инновационной деятельности медицинских и научных организаций для разработки и внедрения эффективных медицинских технологий;
- обеспечение потребностей населения в получении высокотехнологичной медицинской помощи на основе государственного задания, финансирование которого осуществляется с учетом всех необходимых расходов (по полному тарифу) на оказание этого вида помощи;
- увеличение государственных инвестиций, направленных на укрепление материально-технической базы медицинских организаций для оснащения их современными лечебно-диагностическим медицинским оборудованием и техникой в соответствии со стандартами оснащения, обеспечивающими качественное оказание медицинской помощи, развитие информатизации, электронного документооборота и телемедицины;
- формирование правовой базы, обеспечивающей защиту прав пациентов, и страхование профессиональной ответственности работников здравоохранения, рискующих причинить вред своему здоровью при выполнении служебных обязанностей;
- развитие медицинской науки и инноваций в сфере здравоохранения, повышение квалификации медицинских работников и создание системы повышения мотивации к качественному труду.

РАХМАТУЛЛИНА Р.Р., ГИЛМУТДИНОВА С.З.

**РОЛЬ ПРАВИЛЬНОГО УХОДА И ПЕРЕВЯЗОЧНЫХ МАТЕРИАЛОВ В ЛЕЧЕНИИ
БУЛЛЕЗНОГО ЭПИДЕРМОЛИЗА**

Научный руководитель – доцент, к.м.н. Мухамадеева О.Р.

Кафедра Дерматовенерологии с курсами дерматовенерологии и косметологии ИДПО,
ФГБОУ ВО Башкирский Государственный Медицинский Университет Минздрава России, г.
Уфа

***Резюме:** работа посвящена актуальной на сегодняшний день проблеме лечения врожденного буллезного эпидермолиза. В ходе работы были изучены данные заболеваемости хроническими дерматозами в г.Уфа, изучены клинические случаи.*

***Ключевые слова:** буллезный эпидермолиз, лечение, распространенность*

RAKHMATULLINA R.R., GILMUTDINOVA S.Z.

**THE ROLE OF PROPER CARE AND USING BANDAGE FOR A TREATMENT
EPIDERMOLYSIS BULLOSA**

Scientific Advisor - Candidate of Medical Sciences, Muhamadeeva O.R.

Department of Dermatovenereology with courses of dermatovenereology and cosmetology,
Baskir State Medical University, Ufa

***Abstract:** The work is about actual problem of treating epidermolysis bullosa. In the course of the work were studied the incidence of chronic dermatoses in Ufa and clinical cases*

***Keywords:** epidermolysis bullosa, treatment, prevalence*

Актуальность:

Буллёзный эпидермолиз (БЭ)– это редкое генетическое, наследственное заболевание, при котором нарушены дермо-эпидермальные связи, и характеризуется образованием на коже и слизистых пузырей и эрозий в результате малейших травм (другое название - механобуллёзные дерматозы). Является одним из самых тяжёлых наследственных дерматозов. Данная патология ухудшает физическое состояние больного, что часто приводит к инвалидизация, а также нарушает социально-психологическую адаптацию и в итоге снижает качество жизни [1]. В 2015 году было проведено анкетирование для определения числа больных, их возраста, а так же типа заболевания. Опрошены медицинские организации дерматовенерологического профиля в 85 субъектах Российской Федерации. На основании

полученных данных установлено: в 70 субъектах Российской Федерации известно о наличии 438 больных ВБЭ — 210 (48%) женщин и 228 (52%) мужчин. Возраст больных составлял от 0 до 66 лет. 15 субъектов данные не предоставили.

Диагноз с указанием типа ВБЭ был установлен у 139 (31,74%) больных ВБЭ, среди которых простой ВБЭ был диагностирован у 86 (19,64%) больных, дистрофический ВБЭ — у 50 (11,42%), пограничный ВБЭ — у 3 (0,68%). У 299 (68,26%) человек диагноз ВБЭ не включал тип заболевания, при этом у 6 (1,37%) из них был диагностирован согласно МКБ-10 другой буллезный эпидермолиз, у 3 (0,68%) — буллезный эпидермолиз неуточненный, а у большинства больных — у 290 (66,21%) был установлен диагноз врожденный буллезный эпидермолиз без его уточнения согласно МКБ-10. При анализе возрастной группы было отмечено преобладание несовершеннолетних пациентов [2].

С учётом клинических особенностей и методов микроскопии на сегодняшний день выделяют основные группы наследственного БЭ: простой БЭ, пограничный БЭ, дистрофический БЭ и синдром Киндлера.

Наиболее тяжёлой формой является синдром Киндлера (смешанный буллезный эпидермолиз). Его особенностью является образование пузырей во всех слоях кожи - в эпидермисе, в светлой пластинке, в дерме [3].

Клинические проявления при БЭ характеризуются пузырями, везикулами, рубцами, кератодермией, ананохией, милиумами, псевдосиндактилией, атрофией и аплазией кожи. На фоне БЭ может развиваться плоскоклеточный рак кожи, меланома, базальноклеточный рак. Поражаются и другие системы органов: стенозы и стриктуры ЖКТ, трахеи, симблефарон глаз, рубцевание роговицы.

Диагностика заключается в поиске мутаций, то есть в анализе мутирующего гена, вызывающего БЭ [4].

В настоящее время в мире, и в России в частности, существуют фонды в помощь больным БЭ: российский фонд БЭЛА и всемирный Debra-international.ru. Благотворительный фонд "Дети-бабочки" создан в 2011 году. На сегодняшний день, БЭ встречается у одного ребенка на 50-100 тысяч родившихся. Благодаря фонду, дети, больные этим редким заболеванием, получают необходимую помощь, так как порой родители не имеют финансовых возможностей для закупки медикаментов и перевязочных материалов [5].

Учитывая вышеизложенное, проблема ранней диагностики и лечения БЭ на сегодняшний день является актуальной.

Цель: изучить заболеваемость БЭ в Уфе и эффективность методов терапии, применяемых в настоящее время.

Материал и методы: годовые отчеты по дерматологическим заболеваниям в г. Уфа за 2013-2016 года и карты стационарных больных БЭ в ГАУЗ РКВД №1 за 2015-2016 гг..

Результаты: общая обращаемость в поликлинику ГАУЗ РКВД №1 детей с дерматозами в 2013 году составила – 3515 больных, в 2014 году - 2275 больных, в 2015 году - 2748 больных, в 2016 году - 2331 больных. Основными в структуре заболеваемости являются такие заболевания как акне, себорея, атопический дерматит. С хроническими дерматозами, такими как ихтиоз, витилиго ежегодно обращалось в среднем 46 детей. В настоящее время в РБ на учете состоит 17 детей с БЭ, а в городе Уфа 4 ребенка. Несмотря на малое количество пациентов данное заболевание является тяжело протекающим и влекущими за собой тяжелые последствия.

Пациенты, находящиеся на учете получают лечение: ежедневные перевязки, в тяжелых случаях глюкокортикостероиды в малых дозах до 5 дней, витаминотерапию, препараты сульфонового ряда.

Клинический пример 1. Пациентка Л., 5 лет, поступила в дерматологическое отделение №7 ГАУЗ РКВД №1 с жалобами на высыпания на коже туловища, верхних и нижних конечностей. Субъективно у ребенка была болезненность в области высыпаний. Заболевание началось на первом году жизни ребенка, когда в трехмесячном возрасте мама впервые увидела появление пузырей с плотной крышкой с прозрачным содержимым на коже стоп и кистей. В последующем заболевание прогрессировало. Пузыри стали появляться на других участках кожи: туловище, волосистой части головы, верхних и нижних конечностях. В связи с длительным существованием поражения кожи и появлением новых высыпаний больная была осмотрена дерматологом по месту жительства. С подозрением на буллезный эпидермолиз ребенка отправили на консультацию в РКВД. При исследовании мазка-отпечатка со дна эрозии акантолитические клетки не обнаружены. В дальнейшем ребенок был взят на диспансерный учет. До трех лет мама сама проводила все перевязки и обработку эрозий дома, госпитализировать ребенка отказывалась. Заболевание прогрессировало. В возрасте четырех лет пациентку госпитализировали, в связи с распространенностью и тяжестью кожного процесса. Учитывая клиническую картину заболевания проведено лечение: преднизолон 30 мг/сут, наружно мази с глюкокортикостероидами и метилурацилом, антисептики. На фоне проводимой терапии наблюдалась положительная динамика. После выписки из стационара появление пузырей возобновилось. Мама неоднократно обращалась на прием к дерматологу РКВД. Проводилась терапия наружными препаратами: Адвантан, Локойд, Метилурацил и др. Делались повязки на области поражения обычным перевязочным материалом. Полной ремиссии процесса

достичь не удавалось. Любая травматизация кожи, трение одежды вызывало появление свежих пузырей. Учитывая неэффективность проводимой терапии пациентку снова госпитализировали в ноябре 2017 года. При поступлении в стационар на коже туловища, верхних и нижних конечностей на фоне как видимо неизменной, так и отечно-эритематозной кожи наблюдались множественные пузыри до 3 см в диаметре с дряблой покрывкой, с серозным или серозно-гнойным содержимым; множественные эрозии размером от 0,5 до 3,5 см с венчиком гиперемии ярко-красного цвета с синюшным оттенком. На коже туловища на отечно-эритематозном фоне отмечались множественные герпетиформно и кольцевидно расположенные везикулы. При исследовании мазка-отпечатка со дна эрозии акантолитические клетки и эозинофилы не были обнаружены. В общем и биохимическом анализах крови, общем анализе мочи все показатели в пределах нормы. На основании клинической картины и результатов исследований подтвержден диагноз: буллезный эпидермолиз. Основным методом лечения у больного ребенка проводится специальная обработка кожи и наложение перевязочного материала в виде мягких силиконовых повязок (Mepitel, Mepilex, Mepilex Transfer, Mepilex Border). Mepitel использован как первый слой, а поверх него накладывались другие перевязочные материалы – гидрогели второго поколения ActiFormCool (Activa), способные регулировать влажность и несколько облегчающие боль. На умеренно влажные раны – губчатые повязки, Mepilex (Mцlnlyске Health Care) для удаления лишнего экссудата с поверхности раны. Неповрежденную кожу закрывали защитной пленкой Cavilon производства 3М. Для предотвращения псевдосиндактилий использовали специальное профилактическое бинтование межпальцевых промежутков. На фоне проводимого лечения уже в течение четырех дней наблюдалось уменьшение площади поражения и отсутствие свежих пузырей.

Клинический пример 2. Пациентка К. 1 месяц, родилась в РПЦ г.Уфа с выраженной аплазией кожи. На туловище, верхних и нижних конечностях вскрывшиеся пузыри с отрывками эпителия по периферии и эрозиями. Была переведена в отделение патологии новорожденных ГБУЗ РДКБ, где был поставлен диагноз буллезный эпидермолиз. Родители не страдают данным заболеванием.

На основании клинических примеров можно сделать вывод, что основным в лечении данного заболевания является ежедневный уход за кожей ребенка и применение специальных средств, повязок, что позволяет избежать травматизации конечностей и как следствие развития псевдосиндактилии.

Таким образом, несмотря на небольшое количество пациентов, данная патология требует повышенного внимания. Дети, страдающие буллезным эпидермолизом, нуждаются в ежедневном уходе как со стороны родителей, так и со стороны медицинского персонала.

ЛИТЕРАТУРА

1. Буллезный эпидермолиз. Под ред. Дж.-Д. Файна и Х. Хинтнера. Пер. с англ. под ред. Ю. Ю. Коталевской. — М.: Практика, 2014. — 358 с., 120 ил
2. Распространенность врожденного буллезного эпидермолиза у населения Российской Федерации А.А. Кубанов, В.И. Альбанова, А.Э. Карамова, В.В. Чикин, Л.Е. Мелехина, Е.В. Богданова
3. https://deti-bela.ru/for_patients/eb
4. Реабилитационная терапия при буллезном эпидермолизе. Х. Вайс и Ф. Принц. Пер. с англ. под ред. Ю. Ю. Коталевской. — М.: Практика, 2015. — 190 с., 154 ил.

М.М. ГАФАРОВ, Е.Р. КУПРИНА, А.Б. ВЕДЕРНИКОВА, А.А. ЗАХАРОВА
АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ: ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЙ ПУСТУЛЕЗНЫЙ
ПСОРИАЗ ИЛИ СУБКОРНЕАЛЬНЫЙ ПУСТУЛЕЗНЫЙ ДЕРМАТИТ
ФГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет», г. Уфа

***Резюме:** В данной работе анализировался клинический случай субкорнеального пустулезного дерматита. Редкое заболевание, представляющее значительные трудности в дифференциальной диагностике с пустулезным псориазом, герпетиформным импетиго Гебра, пустулезной формой дерматита Дюринга и рядом других болезней кожи. Пациентка прошла всестороннее клиническое, гистологическое и бактериологическое обследование. Наблюдался положительный эффект на комплексную терапию с использованием сульфонового препарата.*

***Ключевые слова:** субкорнеальный пустулез, генерализованный пустулезный псориаз.*

M.M. GAFAROV, E.R. KUPRINA, A.B. VEDERNIKOVA, A.A. ZAKHAROVA
ANALYSIS OF THE CLINICAL CASE: GENERALIZED DESTRUCTIVE PSORIASIS OR
SUBCORNEAL PUSTULAR DERMATITIS

Bashkir State Medical University, Ufa

***Summary:** This work focused on the clinical case subcorneal pustular dermatitis. A rare disease, representing a significant difficulties in the differential diagnosis with pustular psoriasis, impetigo herpetiformis Gebra, pustular form of dermatitis Duhring and several other skin diseases. The patient had a full clinical, histological and bacteriological examination. There was a positive effect of complex therapy with the use of sulfonic drug.*

***Keywords:** subcorneal pustules, generalized pustular psoriasis.*

Актуальность: Субкорнеальный пустулезный дерматит или болезнь Снеддона-Уилкинсона – хроническое рецидивирующее заболевание кожи неясной этиологии, характеризующееся буллезно-пустулезными высыпаниями. [1,2] Впервые описание патологического процесса и клинических проявлений в 1956 году дали английские дерматологи Sneddon и Wilkinson. В литературе обсуждается вопрос: является ли заболевание самостоятельной нозологической формой дерматоза или под его маской скрываются пустулезный псориаз, герпетиформное импетиго Гебра, пустулезная форма дерматита Дюринга и ряд других болезней кожи. [2,4]

Этиология и патогенез субкорнеального пустулеза не установлены. В возникновении заболевания важную роль играют сопутствующие инфекции, иммунологические и эндокринные нарушения. Встречается чаще у женщин старше 40 лет. [3]

Клинически проявляется возникновением эритемы, на фоне которой формируются небольшие фликтены с дряблой складчатой крышкой с серозно-гнойным и гнойным содержимым, красной каймой по периметру. Локализуются в основном на коже туловища, редко конечностей, вскрываются с образованием поверхностных эрозий, покрытых корочками с обрывками крышек пустул по периферии. После разрешения элементов остаются вначале розоватые, а затем слабо пигментированные пятна. Первичные элементы, сливаясь, образуют очаги с неровными границами, которые начинают разрешаться с центра. На освободившейся поверхности сразу же возникают новые высыпания, поскольку патологический процесс длится месяцами, визуально кожа напоминает очертания материков на географической карте. Особенностью субкорнеального пустулёзного дерматита является неполная ремиссия, продолжительность которой может колебаться от нескольких месяцев до нескольких лет. Диагноз ставят клинически и гистологически, используют пробы Тцанка и Ядассона. Лечение включает антибактериальную терапию, силиконовые препараты, кортикостероиды, ретиноиды наружно и внутрь, УФО [1,3]

Актуальность проблемы для современной дерматологии связана с нарушением качества жизни пациентов, страдающих субкорнеальным пустулёзным дерматитом, возможностью трансформации в более тяжёлые случаи псориазического пустулёза и риском развития паранеопластического процесса.

Цель работы: Рассмотреть клинический случай и провести дифференциальную диагностику субкорнеального пустулёзного дерматита с генерализованным пустулёзным псориазом.

Материалы и методы: Материалом послужила история болезни пациентки, находящейся в стационаре ГАУЗ РКВД №1. Был исследован клинический случай субкорнеального пустулёзного дерматита, в ходе которого собран анамнез болезни, данные объективного исследования, описан St.localis, обсуждены результаты общеклинических, бактериологических, гистологических и специфических анализов, проведена дифференциальная диагностика с другими заболеваниями кожи, рассмотрена эффективность терапии.

Результаты и обсуждения: Мы наблюдали пациентку Г.54 года, с диагнозом: Генерализованный пустулёзный псориаз Цумбуша (L40.2). Больная предъявляла жалобы на слабость, озноб, боль в мышцах и суставах нижних конечностях, повышение температуры

тела до 38,5°C, обширные высыпания на коже лица, волосистой части головы, туловища, конечностей, сопровождающиеся незначительным зудом и чувством жжения.

Заболевание началось в 2013 году с появлением обильно шелушащихся папулезных высыпаний на верхних и нижних конечностях. Обратилась в поликлинику по месту жительства, где поставили диагноз: Псориаз распространенный, прогрессирующая стадия. Лечение проводилось. Получала лечение при обострении заболевания: реамберин в/в, натрия тиосульфат в/в, эссенциале Н форте в/в, СФТ, местное лечение: мази с глюкокортикоидами+салициловая кислота. Пациентка по окончании лечения не являлась. С ее слов лечение приводило к значительному улучшению. В 2016 году больная после нервного стресса вновь обратилась с жалобами на высыпания на туловище, лечение проводила самостоятельно мазью Бетасалик (Бетаметазон), также протирала воспалительные очаги спиртовой настойкой сирени, после чего отмечает появление пустулезных высыпаний на эритематозной коже, локализующиеся на коже туловища и волосистой части головы. В связи с отсутствием эффекта от проводимой терапии пациентка была направлена в ГАУЗ РКВД №1.

Status localis

Общее состояние больной среднетяжелое, сознание ясное. Положение активное. Телосложение гиперстеническое. Температура тела 38,5°C. Патологический процесс на коже носит распространенный диффузный характер и локализуется на коже туловища (преимущественно на пояснице, груди), верхних и нижних конечностей и волосистой части головы. Процесс представлен симметричными, поверхностно расположенными пустулами (фликтенами) диаметром до 1-1,5 см, с дряблой складчатой крышкой и серозно-гнойным или гнойным содержимым. Высыпания располагаются на гиперемизированном фоне и окружены зоной воспалительной эритемы, горячей на ощупь. Фликтены имеют склонность к группировке в виде «гнойных озер». Вследствие слияния элементов образуются фестончатые очаги поражения, по периферии которых возникают свежие элементы, а в центральной зоне высыпания находятся в стадии разрешения. Пустулы быстро вскрываются, и результате чего в клинической картине преобладают полициклические эрозии, покрытые серо-желтыми корочками с обрывками крышек пустул по периферии. Видимые слизистые не изменены. Ладони и подошвы не поражены. Симптом Никольского отрицательный.

Результаты обследования: Общий анализ крови: лейкоциты — $17,65 \cdot 10^9$ /л, эритроциты — $4,19 \cdot 10^{12}$ /л, гемоглобин — 124 г/л, тромбоциты — $224 \cdot 10^9$ /л, эозинофилы — 0, палочкоядерные — 2, сегментоядерные — 87, лимфоциты — 4, моноциты — 7, СОЭ — 40 мм/ч. (Лейкоцитоз со сдвигом вправо, повышенное СОЭ).

Общий анализ мочи: рН 6,0, прозрачная, желтая, удельный вес — 1030; белок, сахар, уробилиноген, лейкоциты, эритроциты, кетоны, нитраты — отрицательно. (Показатели в норме).

Исследование крови на RW и ВИЧ – Результат отрицательный.

При бактериологическом посеве содержимого пустул кожи микроорганизмы не обнаружены.

При гистопатологическом исследовании пустулы располагаются непосредственного под роговым слоем, что наиболее характерно для этого дерматоза. В верхней части собственно кожи отмечаются лишь самые незначительные явления неспецифического воспаления. В эпидермисе небольшой акантоз, участки паракератоза. Пустулы содержат нейтрофильные гранулоциты, фибрин, эпителиоциты, единичные эозинофильные гранулоциты и лимфоциты. Они обычно однокамерные. Покрышку пустул образует паракератотический роговой слой, дно - зернистый слой. Под пустулами отмечаются спонгиоз и экзоцитоз. В сосочковом слое дермы под пустулами - отек и периваскулярные инфильтраты, состоящие из лимфоцитов, гистиоцитов, нейтрофильных гранулоцитов и единичных эозинофильных гранулоцитов. В старых очагах поражения эпидермис несколько утолщен, под хорошо сохранившимся роговым слоем находят четко ограниченные пустулы, заполненные нейтрофильными гранулоцитами. Пустулы захватывают только поверхностные слои эпидермиса. Глубже - массивный межклеточный отек и проникновение отдельных нейтрофильных гранулоцитов из дермы; в верхней части последней капилляры резко расширены, отмечаются сильный отек и незначительный инфильтрат. Эластические и коллагеновые волокна без особых изменений. Проба Тцанка и Ядассона отрицательные.

Дифференциальный диагноз

Субкорнеальный пустулезный дерматит напоминает и может протекать по типу генерализованного пустулезного псориаза, однако наряду с этим имеет множество отличительных черт. При псориазе характерно возникновение высыпаний на разгибательной поверхности локтевых и коленных суставов, в области крестца в виде симметричных эпидермодермальных, плоских, воспалительных, розово-красных папул, размером 2-5 мм и более в диаметре, на месте которых при генерализованной форме появляются пустулы или пузыри, покрывающиеся рыхлыми слоистыми корками, при снятии которых обнаруживаются красные эрозии. На поверхности папул отмечаются пластинчатые, рыхлые, серебристо-белые чешуйки. При поскабливании поверхности папул предметным стеклом наблюдается псориазическая триада: обильное пластинчатое шелушение серебристо-белыми чешуйками и поверхность приобретает вид растертого стеарина (феномен стеаринового

пятна), при дальнейшем поскабливании чешуйки удаляются и обнаруживается блестящая красная поверхность (феномен псориатической пленки) и продолжение поскабливания вызывает появление мельчайших капелек крови (феномен кровавой росы). В прогрессирующей стадии наблюдается изоморфная реакция "симптом Кебнера" - появление новых папул в местах травматизации кожи. В отличие от субкорнеального пустулезного дерматоза при пустулезном псориазе высыпания локализуются на ладонях и подошвах, а при гистологическом исследовании обнаруживают пустулы в глубоких отделах шиповатого слоя эпидермиса. При этом не наблюдается подкожного расположения пузырей, столь характерного для субкорнеального пустулезного дерматоза. Характерно медленное начало и длительное рецидивирующее течение. Во время обострений отмечаются сильный зуд и болезненность, во время ремиссий на ладонях и подошвах выявляются плотные сухие чешуйки, между которыми периодически могут появляться пузырьки.

Обсуждение результатов лечения: Сперва лечение проводили по схемам терапии генерализованного пустулезного псориаза. Цитостатик (метотрексат 7,5–10 мг в неделю), ретиноиды (ацитретин), иммуносупрессоры (циклоsporин, 2,5–3 мг до 5 мг на кг в сутки в 2 приема), гепатопротекторы, ингибиторы фосфодиэстеразы (винпоцетин). Показаны плазмаферез, гемосорбция, фототерапия. Наружно применяют глюкокортикостероидные мази, препараты, содержащие аналоги витамина Д3 и цинк-содержащие. Однако терапия была мало эффективной.

В дальнейшем было принято решение, в качестве препарата выбора для лечения субкорнеального пустулеза применить дапсон в суточной дозе 50-150 мг 2 раза в сутки в течение 2 недель. Для наилучшего эффекта провести повторный курс через 5-6 недель, и в течении трех месяцев наблюдать. При наступлении ремиссии дозы уменьшить до поддерживающих или прекратить прием. Дополнительно назначили глюкокортикостероидные гормоны (30-50 мг в сутки), антигистаминные препараты, витамины, фототерапию, начиная с минимальной дозы (1 мин) и повышением до 7 мин, на курс 11 сеансов, в комбинации с ретиноидами (70 мг/кг ежедневно, затем 10 мг ежедневно, 7 мес). Наружно применяли анилиновые красители и кортикостероидные мази, содержащие антибиотики. Наблюдался положительный эффект.

Выводы: Согласно наблюдению больной с диагнозом субкорнеальный пустулезный дерматит, следует учесть, что данное заболевание напоминает и протекает по типу генерализованного пустулезного псориаза. Однако является самостоятельной нозологической единицей и в практике дерматовенеролога имеет место быть.

На основании: объективного осмотра (симптом интоксикации, локализация высыпаний на коже туловища в области поясницы и груди, верхних и нижних конечностей и волосистой части головы, наличие симметричных, поверхностно расположенных пустул (фликтен) с дряблой складчатой покрывкой на гиперемизированном фоне. серозно-гнойным и гнойным содержимым), гистологической картины (субкорнеальные пустулы, наполненные полиморфноядерными лейкоцитами, с незначительным отеком и небольшим количеством мигрирующих лейкоцитов в подлежащих эпидермальных слоях, умеренным воспалительным инфильтратом вокруг кровеносных сосудов дермы); отрицательного симптомокомплекса Никольского, отсутствия псориатической триады (феномены стероидного пятна, псориатической пленки и кровавой росы), отрицательных проб Тцанка и Ядассона, отсутствия эффекта от ранее проводимой терапии; положительного эффекта на сульфоновый препарат (дапсон) был выставлен клинический диагноз: субкорнеальный пустулезный дерматит (L13.1).

ЛИТЕРАТУРА

1. Bose, S. K. Sneddon – Wilkinson disease and arthritis /K. Bose // Indian J. Dermatol. Venereol. Leprol. – 2010. – Vol. 61, № 4. – P. 231–232.
2. Lebwahl, M. G. Subcorneal pustular dermatosis /G. Lebwahl, W. R. Heymann, J. Berth-Jones, I. Coulson. Book Chapter: Treatment of Skin Disease: Comprehensive Therapeutic Strategies, 2014. – P. 738–740.
3. Malhotra, S. K. Sneddon – Wilkinson disease / S. K. Malhotra // Indian J. Dermatol. Venereol. Leprol. – 2010. – Vol. 62, № 2. – P. 134–135.
4. Nievas, M. S. Patient with subcorneal pustular dermatosis: Sneddon – Wilkinson syndrome / M. S. Nievas, M. A. F. Pugnaire, M. T. G. Salmeron, V. C. Lora // Journal of the American Academy of Dermatology. – 2013. – Vol. 68, № 4. – P. AB57–AB57.

Сведения об авторах

Гафаров Мэлс Мухаметович, профессор кафедры дерматовенерологии с курсами дерматовенерологии и косметологии с курсом ИДПО, доктор медицинских наук, врач-дерматовенеролог в ГАУЗ РКВД №1

Куприна Елена Рашидовна, врач-дерматовенеролог в ГАУЗ РКВД №1

Ведерникова Анастасия Борисовна, студентка БГМУ, 5 курс, лечебное дело, группа Л1503а

Захарова Анна Андреевна, студентка БГМУ, 5 курс, лечебное дело, группа Л1503а,
ayametova@gmail.com

**КУЛЕШОВА М.А., СУЛТАНОВА Э.А., ВЕЛИЧКО Л.И., АХМЕТЗЯНОВА И.Р.
СРАВНИТЕЛЬНАЯ СТАТИСТИКА УРОВНЯ ЗНАНИЙ У ПОДРОСТКОВ Г. УФЫ ОБ
ИППП И МЕТОДАХ ИХ ПРОФИЛАКТИКИ ЗА 2016-2017 ГГ.**

Научный руководитель – к.м.н., доцент О. Р. Мухамадеева
ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, Уфа

***Резюме.** Цель: В статье описано проведение мероприятий, направленных на сравнение уровня первичных знаний о ИППП (инфекций, передаваемых половым путем) лицами 15-19 лет за 2016-2017 годы, а также осведомление молодежи о проблеме ИППП и методах их профилактики.*

***Ключевые слова:** инфекция, половой путь передачи, подростки, профилактика.*

**KULESHOVA M.A., SULTANOVA E.A., VELICHKO L.I., AKHMETZYANOVA I.R.
COMPARATIVE STATISTICS OF THE LEVEL OF KNOWLEDGE IN TEENAGERS OF
GIFTS ABOUT INFECTIOUS TRANSMITTED BY THE SEXUAL WAY AND THE
METHODS OF THEIR PREVENTION FOR 2016-2017**

Scientific Advisor – candidate of medical sciences, lecturer O. R. Mukhamadeeva
Bashkir State Medical University, Ufa

***Abstract:** The article describes the implementation of activities aimed at comparing the level of primary knowledge about sexually transmitted infections, individuals 15-19 years for 2016-2017, as well as informing young people about the problem of STIs and methods of their prevention.*

***Keywords:** infection, sexual transmission, teenagers, prevention.*

Актуальность: Инфекции, передаваемые половым путем (ИППП), в том числе ВИЧ-инфекция, являются глобальной угрозой здоровью людей.

К инфекциям, передаваемым половым путем, относятся: сифилис, гонококковая инфекция (гонорея), хламидийная инфекция (урогенитальный хламидиоз), урогенитальный трихомониаз, аногенитальная герпетическая вирусная инфекция.

Половым путем передаются ВИЧ, вирусы гепатитов В и С, а также некоторые паразитарные инфекции (фтириаз и чесотка), контагиозный моллюск, амебиаз и др.

Многие возбудители ИППП, а также ВИЧ и вирусы гепатитов могут передаваться от матери плоду и вызывать тяжелые заболевания новорожденного. Онкогенные типы вируса папилломы человека ответственны за развитие рака шейки матки и рака полового члена.

Осложнениями хламидийной и гонококковой инфекции могут быть мужское и женское бесплодие.

В настоящее время определены основные подходы к профилактике ИППП. Первичная профилактика ИППП заключается в проведении программ, направленных на формирование ответственного сексуального поведения населения для предотвращения инфицирования ИППП. Вторичная профилактика включает организацию медицинской помощи пациентам с ИППП; она направлена на снижение вероятности передачи инфекции половым партнерам и повторного заражения ИППП.

Уровень современных знаний о ЗППП позволяет говорить о прямой зависимости между риском заражения и личной сексуальной практикой (число половых партнеров, использование средств защиты). Целенаправленная просветительская работа в различных социальных и возрастных группах населения способствует успеху в борьбе с заболеваниями, передаваемыми половым путем (ЗППП). Эта работа рассматривается как приоритетная во многих странах, включая Россию, с точки зрения сохранения репродуктивного здоровья населения.

Однако существует ряд проблем, затрудняющих борьбу с ИППП:

- Сомнения пациентов в конфиденциальности медицинской помощи. Это препятствует привлечению сексуального партнера пациента для обследования и лечения.
- Широко распространенное ложное предубеждение о постыдности заболеваний, обусловленных возбудителями ИППП.
- Самолечение в связи со свободным доступом антимикробных и противовирусных препаратов в аптечной сети.
- Оказание лечебно-диагностической помощи медицинскими работниками, не имеющими соответствующих знаний по ИППП.
- Возможность бессимптомного течения некоторых ИППП, что, с одной стороны, способствует распространению ИППП, с другой стороны, скрывает реальную статистику и затрудняет планирование профилактических программ.
- Сложность организации и высокая стоимость проведения популяционных исследований, позволяющих установить реальную заболеваемость ИППП.
- Отсутствие стандартизированных протоколов диагностики и лечения большинства ИППП, базирующихся на принципах доказательной медицины.
- Высокая заболеваемость ИППП среди молодежи, включая подростков, а также представителей других групп риска, редко обращающихся за медицинской помощью.

Особенно важна организация такой деятельности среди подростков. Они зачастую уже вовлечены в сексуальную жизнь, но еще недостаточно готовы к ней. Отсутствие опыта, период психоэмоционального взросления объясняют "сексуальные" проблемы в этой возрастной группе с субъективной стороны.

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), происходит ежегодное заражение 1 из 12 подростков инфекциями, передаваемыми половым путём (ИППП).

В связи с изложенной актуальностью проблемы, научный кружок кафедры дерматовенерологии уже в течении 2х лет занимается изучением источников информированности подростков по вопросам сексуальности и ИППП и выявлению возможной их взаимосвязи с рискованным сексуальным поведением, а также проведением программ школьного сексуального просвещения.

Цель: проведение сравнительного анализа уровня знаний о ИППП и личной сексуальной практики в группе юношей и девушек 15-19 лет в г. Уфе.

Методы:

Анонимное анкетирование школьников 10-11 классов и студентов 1-2 курсов колледжей. Анализ результатов.

Проведение мультимедийных лекций о проблеме ИППП среди школьников и студентов колледжей.

Проводим наше наблюдение.

В прошедшем 2016 году работа проводилась среди учащихся 10-11 классов школы №39 города Уфы. В 2017 году мы решили сравнить уровень знаний школьников со студентами колледжей г. Уфы, а именно Автотранспортного и Машиностроительного.

Среди учеников было выполнено полностью добровольное и конфиденциальное анкетирование.

Основная часть которого состоит из вопросов, характеризующих – уровень знаний по профилактике ИППП – наличие сексуального опыта и возраста начала половой жизни – современную оценку пропаганды профилактики ИППП среди респондентов – оценку доверия детей к социальному окружению (родителям, ближайшим родственникам, педагогам, друзьям и одноклассникам) по проблемам сексуальных отношений и профилактики ИППП.

Результаты:

Согласно проведенному анкетированию в 2016 году, 80% респондентов отрицают наличие половых контактов (1 группа). Среди лиц, имевших половой опыт на момент

проведения анкетирования, минимальный возраст начала половой жизни составляет 15 лет, а максимальный возраст - 17 лет (2 группа).

Что касается 2017 года, то результаты более тревожные – уровень подростков, подтверждающих наличие сексуальных отношений вырос до 55%, а возраст их начала наоборот стал более ранним у снизился до 13 лет.

Обладают достаточной информацией по вопросам анкетирования 20% респондентов группы лиц, имевших сексуальные контакты. В группе, отрицающей наличие половых связей, этот показатель составляет всего 30%. Нельзя исключить, что подростки, уже столкнувшиеся с этой проблемой ранее, действительно более информированы в этой области, отчасти благодаря собственному опыту.

В 2017 году уровень знаний анкетлируемых подростков снизился до 15% среди общей группы лиц вне зависимости от сексуального опыта, приобретенного ранее.

Основным источником получения информации у ребят в 2016 и 2017 годах одинаково являются интернет и телевидение (85%), информирование от родителей получали лишь около 5% из исследуемой группы лиц и у 10% учащихся источниками получения информации являются ровесники и друзья. Лекции врача, специализированные уроки в школе и колледжах отметили 0% подростков соответственно.

После проведения анкетирования студентам также как и школьникам была прочитана мультимедийная лекция об ИППП и мерах профилактики. В ходе работы было замечено, что многие школьники интересуются данным вопросом.

Выводы:

Таким образом, опираясь на выше указанные статистические данные, можно говорить о снижении итак невысокого уровня санитарной культуры ребят, распространения рискованного сексуального поведения среди 15-19-летних подростков. Есть необходимость создания долгосрочной программы мероприятий, направленных на снижение влияния ранее указанных факторов, что затрудняют борьбу с ИППП, а также на сохранение и укрепление здоровья детей и подростков в условиях общеобразовательных учреждений.

По данным нашего исследования, основными причинами выявленных результатов являются: снижение возраста начала половой жизни или распространение небезопасного секса; увеличение числа сексуальных связей и количества сексуальных партнеров; недостаточная эффективность проводимых профилактических мероприятий в области борьбы с ИППП; снижение уровня санитарно-гигиенической грамотности подростков в отношении сексуальной жизни, природы венерических болезней, их проявлений и последствий; безответственность в отношении к собственному здоровью.

Рекомендации: полученные данные указывают на необходимость адресной и внятной пропаганды не только в средствах массовой информации, но и в учебных заведениях, в семье со стороны медицинских работников, специалистов по просветительской деятельности и др.

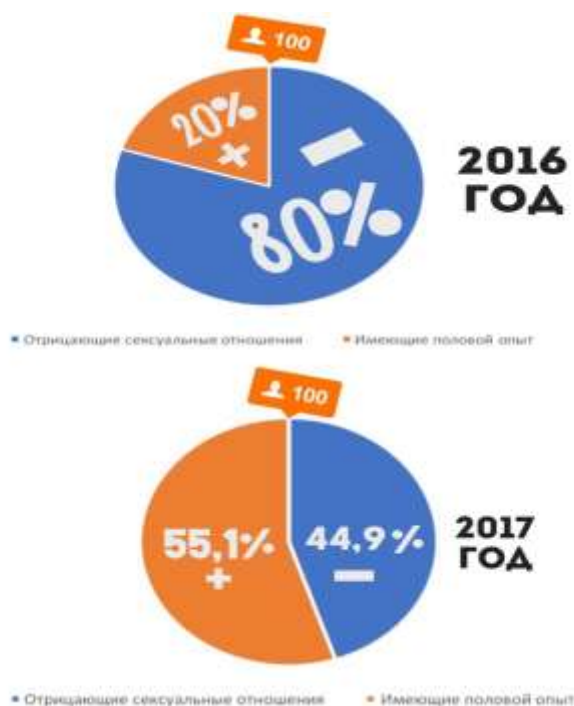


Рис.1 Частота наличия половых контактов у подростков г. Уфы в 2016 и 2017 г

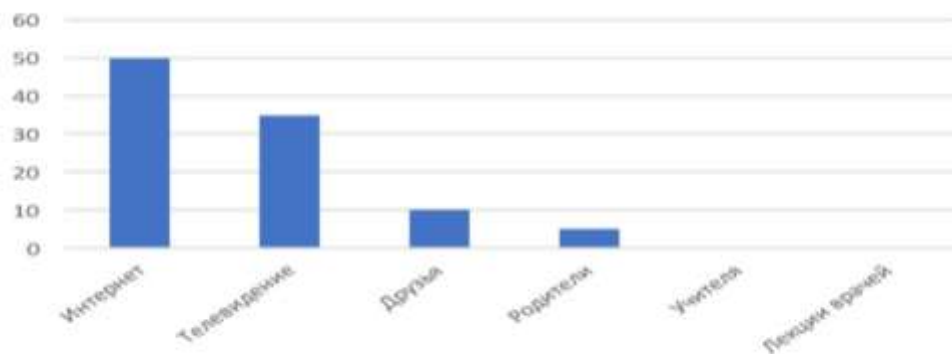


Рис.2 Основные источники информации о ИППП у подростков г. Уфы в 2016-2017 гг.

ЛИТЕРАТУРА

1. Васильева М.Ю. Профилактика ИППП среди несовершеннолетних по средствам их информированности: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2012.
2. Рахматулина М.Р., Шашкова А.А. Инфекции, передаваемые половым путем, и их влияние на репродуктивное здоровье детей и подростков // Вестник дерматологии и венерологии. – 2013. – No 4.

М.М.ГАФАРОВ, А.Ю.ЛАЗАРЕВА, М.Ю.ГРАДУСОВА
ГИПНОСУГГЕСТИВНЫЙ МЕТОД В ЛЕЧЕНИИ ДЕРМАТОЗОВ, В ЧАСТНОСТИ
ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИИ

ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет»
Минздрава России, г. Уфа.

***Резюме.** В статье приведены данные оценки эффективности терапии гнездовой алопеции гипносуггестивным методом. В ходе исследования данной проблемы нами были изучены и проанализированы научные и статистические данные на тему лечения гнездовой алопеции. В лечении широко используют медикаментозную терапию, также внедряются хирургические методы лечения, в частности, пересадку волос. Гипносуггестивный метод для лечения дерматозов в практике врача практически не используется. Однако, существуют данные и доказательства о высокой эффективности данного метода. Внедрение нового метода позволит расширить спектр лечения и увеличить процент излечившихся больных, для которых малоэффективны стандартные методы лечения.*

***Ключевые слова:** дерматоз, гнездовая алопеция, гипносуггестивный метод.*

M.M. GAFAROV, A.YU. LAZAREVA, M.YU. GRADUSOVA
GIPNOSUGGESTIVE METHOD IN TREATMENT OF DERMATOSES, IN
PARTICULARITY OF ALOPECIA AREATA

Bashkir State Medical University, Ufa

***Abstract.** The article presents data on the evaluation of the effectiveness of therapy of alopecia areata hypnosuggestion method. In the course of research on this problem, we have studied and analyzed scientific and statistical data on the treatment of nest alopecia. In the treatment, medical therapy is widely used, surgical methods of treatment are also being introduced, in particular, hair transplantation. Hypnosuggestive method for the treatment of dermatoses in the practice of a doctor is practically not used. However, there is evidence and evidence of high effectiveness of this method. The introduction of the new method will expand the range of treatment and increase the percentage of cured patients for whom standard treatment methods are ineffective.*

***Keywords:** dermatosis, alopecia areata, hypnosuggestive method*

Гнёздная алопеция является одной из сложнейших проблем дерматологии. Этиология и патогенез алопеции изучены недостаточно, следовательно, лечение крайне

затруднено[1]. Предполагается, что патологический процесс запускается местным аутоиммунным механизмом, вследствие чего происходит повреждение волосяной луковицы и нарушается иммунная восприимчивость клеток, участвующих в образовании фолликула, отсутствует и специфическая рецепция сосочков волосяных фолликулов[3].

Существует и прочная связь между гнездовой алопецией с определенными HLA-аллелями II класса, которые, скорее всего, становятся маркерами и играют основную роль в развитии предрасположенности к развитию гнездовой алопеции[1,3].

Гнёздное облысение составляет от 1,5% до 8% всех дерматозов и нередко принимает длительное рецидивирующее, а иногда и пожизненное течение. Гнёздная алопеция является многофакторным заболеванием, с которым традиционные методы лечения не всегда могут справиться[3].

Гипносуггестивный метод погружает больного в состояние, которое само по себе способно оказывать терапевтический эффект на организм, также больному делают внушения, направленные на достижения того или иного лечебного эффекта[2].

Целью настоящего исследования явилось – оценить эффективность применения гипносуггестивной терапии в лечении дерматозов, в частности гнездовой алопеции по литературным и статистическим данным.

Материалы и методы

В проведение данного исследования участвовал врач психотерапевт.

До начала сеанса гипноза было проведено клинико-психологическое обследование по тесту Зунга [2]. Суть методики состоит в заполнении больными анкеты, состоящей из таких вопросов как:

- я чувствую себя более нервным и тревожным, чем обычно;
- я испытываю чувство страха совершенно без причины;
- я легко огорчаюсь или впадаю в панику;
- у меня ощущение, что я не могу собраться и взять себя в руки; и тд.

После чего нами проводилась обработка результатов. Данная методика проводилась для оценки депрессии и уровня реактивности и личностной тревожности у пациентов. Обследование было поведено до начала лечения и после него[2,5].

Всего было обследовано 70 больных гнездовой алопецией, среди них 20 мужчин, 30 женщины и 20 подростков. Средний возраст $28,5 \pm 12,4$ г. Больные алопецией распределяются следующим образом: очаговая алопеция (89,1%) больных, субтотальная – (6,2%), тотальная – (4,7%) (рис.1).



Рис. 1. Распределение больных с аллопецией.

Результаты и их обсуждение

С помощью теста Зунга было выявлено, что у большинства пациентов группы взрослых больных аффективные расстройства представлены без состояния депрессии- у 43(86,0%) больных до лечения и у 46(92,0%) после лечения. Состояние легкой депрессии выявлено у 7(14%) до лечения и 4(8%) после лечения (рис.2).

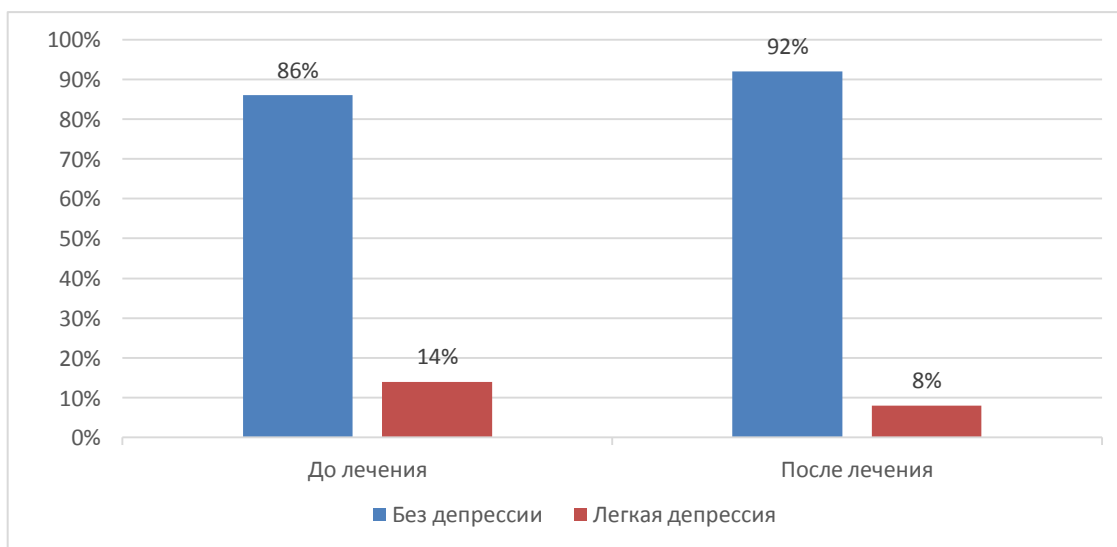


Рис.2. Результаты теста Зунга в группе взрослых.

В группе подростков аффективные расстройства представлены как состояние без депрессии у 17(85%) больных до лечения и 18(90%) после. Состояние легкой депрессии выявлено у 3(15%) до лечения и 2 (10%) после лечения (рис.3).

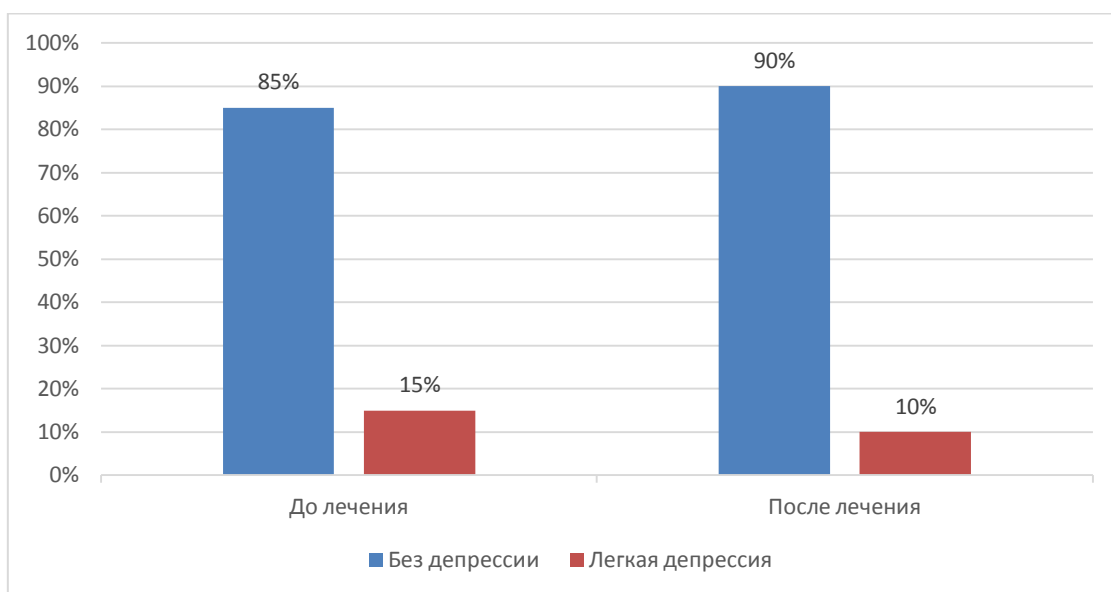


Рис.3. Результаты теста Зунга в группе подростков.

В результате проведенного лечения у 97% больных гнездовой, субтотальной, тотальной алопеции наблюдались стойкое косметически достаточное восстановление волос, а у 3% больных наблюдали рост единичных или сгруппированных пушковых волос(рис.4).

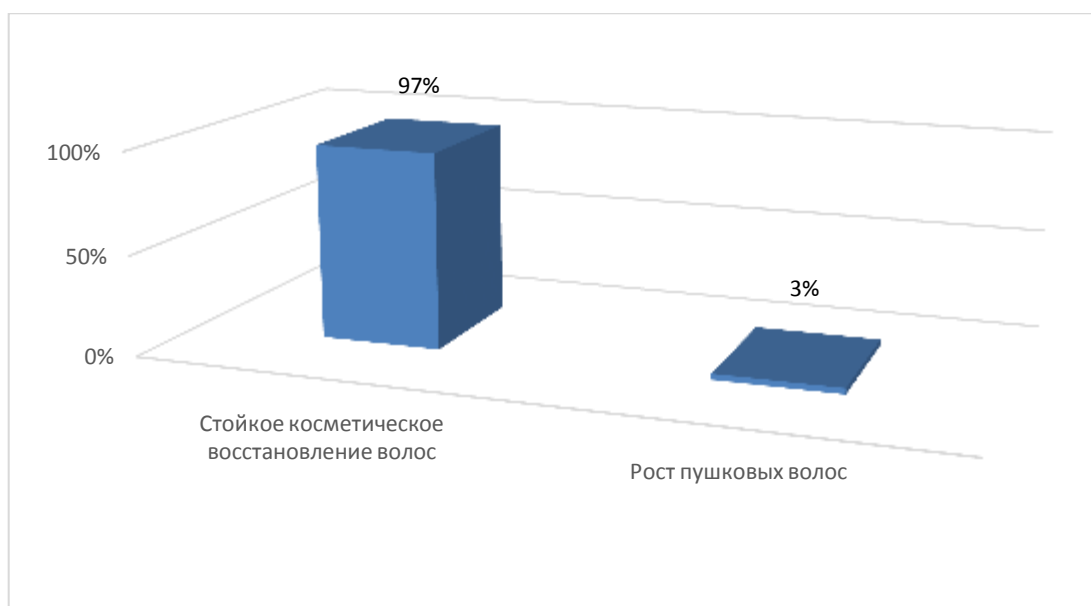


Рис. 4. Результаты лечения алопеции гипносуггестивным методом.

Лечение гнездовой алопеции методом гипносуггестивной терапии является доступным, может широко использоваться в амбулаторных и стационарных условиях. Не дает побочных эффектов и больших денежных затрат, обладает антидепрессивной активностью у взрослых. Также, больным гнездовой алопецией можно рекомендовать

применение седативных лекарственных препаратов, таких как препараты брома, настойка Валерианы, пустырник, на фоне проведения гипносуггестивной терапии.

Выводы

Таким образом, результаты наших исследований показывают, что метод гипносуггестивной терапии позволил достичь стойкого клинического эффекта у 97% больных аллопецией, у 3% частичное появление единичных волосков.

Данное исследование показало, что метод гипносуггестивной терапии способствует восстановлению роста волос, оказывает положительно воздействие на вегетативную нервную систему, выравнивает соотношение тонуса симпатического и парасимпатического отделов, а также обладает антидепрессивной активностью. Следовательно, лечение гипнозом следует практиковать и внедрять в обычную врачебную практику, так как данная терапия приводит к положительной динамике.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адаскевич В. П. «Аллопеция»/ В.П. Адаскевич, О.Д. Мяделец, И.В Тихоновская// Библиотека практического врача. Н. Новгород – 2005.- с. 79-205
2. Каменецкий Д. А. Неврология и психотерапия: учебное пособие. – М.: Гелиос АРВ, 2007. – 215с.
3. Мазитова Л.П. Лечение гнездного облысения у детей с учетом их неврологического статуса.// Дис. кан. мед. наук. –Москва, 1991, 20 с.
4. Мышляев С. Ю. Гипноз – М.: Медицинская книга, 2015 – 276с.
5. Рохлин Л.Л. Сон, гипноз, сновидения. М.: Гелиос АРВ, 2013. – 200 с.

Сведения об авторах:

Гафаров Мэлс Мухаметович - д.м.н., профессор кафедры дерматовенерологии с курсами дерматовенерологии и косметологии ИДПО ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3. 89177523414.

Лазарева Анна Юрьевна – студентка 5 курса ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, РБ г. Уфа, ул. Ленина, 3. 89875838662, lazarevaayu@mail.ru

Градусова Мария Юрьевна – студентка 5 курса ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, РБ г. Уфа, ул. Ленина, 3. 89871402266, gradusova.maria@mail.ru

СУЛТАНОВА Э.А, КУЛЕШОВА М.А

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВРОЖДЕННОГО И НЕВРОЖДЕННОГО ИХТИОЗА

Научный руководитель – доцент, к.м.н. Мустафина Г.Р.

Кафедра дерматовенерологии с курсами дерматовенерологии и косметологии ИДПО
ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, Уфа

***Резюме:** Цель клинического наблюдения: изучить клинико – анамнестические особенности наследственного и не наследственного ихтиоза у детей; обратить внимание специалистов на одну из проблем дерматологии – неинфекционные заболевания кожи у детей и особенности ухода за измененной кожей.*

***Ключевые слова:** кожа, врожденный ихтиоз, неврожденный ихтиоз.*

SULTANOVA E.A, KULESHOVA M.A.

CLINICAL CASE OF CONGENITAL AND NON CONGENITAL IHTIOSIS

Chair of Dermatovenerology with courses Dermatovenerology and Cosmetology
Bashkir State Medical University, Ufa

***Резюме:** The research goal is to explore the clinical anamnestic features of congenital ichthyosis and non congenital ichthyosis in children; to draw attention to one of the problems in dermatology – non-infectious diseases in children and skin care features on modified skin.*

***Keywords:** skin, congenital ichthyosis, non congenital ichthyosis.*

Актуальность. Ихтиоз – это генетически обусловленное изменение эпидермиса, нарушающее его барьерную функцию и снижающее способность связывать воду [1].

Неврожденный ихтиоз – в отличие от «истинных» врожденных ихтиозов, «неврожденные» при рождении сразу же не распознаются. Существует вульгарный ихтиоз и рецессивный ихтиоз связанный с X-хромосомой.

Врожденный ихтиоз - термин, объединяющий несколько сходных заболеваний, проявляющихся диффузным генерализованным поражением кожи по типу гиперкератоза. Частота встречаемости: 1:100000 – 1:500000 новорожденных. Заболевание носит аутосомно–рецессивный тип наследования. Патогенез врожденного ихтиоза до конца не изучен, однако отмечается дефицит витаминов А и Е на фоне иммунологической недостаточности, проявляющейся снижением реакции бласттрансформации на митогены и наличием атипичных Т-лимфоцитов. Существует четыре формы врожденного ихтиоза: врожденный

фетальный ихтиоз типа плода Арлекина, врожденный ихтиоз типа коллоидного ребенка, врожденная ихтиозиформная эритродермия Брока, врожденная буллезная ихтиозиформная эритродермия [2].

Цель: изучение особенностей наследственного и ненаследственного ихтиоза у детей.

Материалы:

Истории болезни

Сбор анамнестических данных

Приводим наше *клиническое наблюдение №1*

В сентябре 2017 года в ГАУЗ РКВД №1 г.Уфы поступил пациент Б., 2002 года рождения. Из анамнеза заболевания: поступает повторно с жалобами на поражение кожи верхних, нижних конечностей, туловища, лица, волосистой части головы. Болен с рождения, лечился стационарно в ГАУЗ РКВД №1 г.Уфы в 2015 году, отмечал улучшение. Гормональные препараты не принимал. Обострение заболевания отмечает в летний период. Последнее обострение 1 месяц назад.

Родился в Республике Башкортостан, первым ребенком в семье. В настоящий момент учащийся 9 класса. Среди перенесенных заболеваний отмечает ОРВИ. Травм, операций, гемотрансфузий не было. Инфекционным гепатитом не болел. Среди родственников отмечает у младшего брата вульгарный ихтиоз. Лекарственную непереносимость и пищевую аллергию отрицает.

Состояние больного удовлетворительное, правильного телосложения, умеренного питания. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Лимфатические узлы не увеличены. При пальпации безболезненные, не спаянны с окружающими тканями. Носовое дыхание свободное. Аускультативно дыхание везикулярное, тоны сердца ритмичные. Пульс 72 уд/мин, АД 110/70 мм.рт.ст. Зев розовый, миндалины не увеличены. Живот мягкий, безболезненный. Стул оформлен. Мочеиспускание не нарушено.

При осмотре наблюдается распространенный характер поражения кожи - рис.1. На коже волосистой части головы, лица, шеи, верхних и нижних конечностей, туловища имеются желтовато-коричневого цвета чешуйки, разных размеров, плотно прикрепленные друг к другу. При пальпации пораженных очагов определяется синдром «терки». Наиболее поражены разгибательные поверхности конечностей. Отмечается фолликулярный кератоз на боковых поверхностях верхних конечностей. На ладонях, подошвах – крупнопластинчатые чешуйки серого цвета. Ладони имеют подчеркнутый рисунок, повышенную складчатость(гиперлинейность), что придает им старческий вид - рис.2. На лице наблюдается

эктропион нижнего века. Уши и нос заполнены массивными корками. Ногтевые пластины деформированы.

В условиях ГАУЗ РКВД №1 было проведено комплексное клинико-лабораторное обследование. Был выставлен клинический диагноз: неврожденный вульгарный ихтиоз

Целью лечения ненаследственного ихтиоза является восстановление жирности кожи и кератолиза, отсутствие окклюзии и раздражения.

Местная терапия включала салициловую мазь 2% - 2 раза в день, ланолиновую мазь - 2 раза в день. Витамин В6 5% - 1.0 мл, Витамин В1 5% - 1.0 мл, Витамин А – 33000 МЕ по 1 капсуле – 3 раза в день, Липоевая кислота 0,25 – 1 таблетка 3 раза в день. Физиотерапевтическое лечение: парафино - озокеритовые аппликации на очаги поражения.

Результаты: на фоне проводимой терапии отмечалась положительная динамика: свежих очагов нет, на коже туловища, лица, волосистой части головы, коже верхних и нижних конечностей очаги светло-коричневого цвета, корочки отторглись.

Клиническое наблюдение №2

В октябре 2017 года в ГАУЗ РКВД №1 г.Уфы поступила пациентка О . , 2007 года рождения. Из анамнеза заболевания: поступает повторно с жалобами на поражение кожи верхних, нижних конечностей, туловища, лица, волосистой части головы. Больна с рождения, лечилась стационарно в ГАУЗ РКВД №1 г.Уфы в 2016 году, отмечала значительное улучшение. Обострение заболевания связывает с осенним периодом, последнее обострение 3 месяца назад.

Родилась в Республике Башкортостан, первым ребенком в семье. В настоящее время учащаяся 4 класса. Травм, операции, гемотрансфузий не было. Лекарственную непереносимость отрицает. Инфекционным гепатитом не болела. Среди родственников отмечает врожденный ихтиоз у матери.

Состояние больной удовлетворительное, правильного телосложения, умеренного питания, лимфатические узлы не увеличены. При пальпации безболезненные, не спаяны с окружающими тканями. Носовое дыхание свободное. Аускультативно дыхание везикулярное, тоны сердца ритмичные. Пульс 70 уд/мин, АД 110/70 мм.рт.ст. Зев розовый, миндалины не увеличены. Живот мягкий, безболезненный. Стул оформлен. Мочеиспускание не нарушено.

При осмотре наблюдается распространенный характер поражения кожи - рис.3. В области крупных естественных складок коленных, локтевых, лучезапястных и голеностопных суставов, на шейных складках, в области подмышечных впадин, наблюдается «иглистые» гиперкератозы, напоминающие шипы дикобраза - рис.4. Очаги гиперкератоза

бурого, буро-черного или грязно-серого цвета. При отторжении роговых наслоений остаются эрозированные очаги с заметными сосочковыми разрастаниями.

В условиях ГАУЗ РКВД №1 было проведено комплексное клинико-лабораторное обследование. Был выставлен клинический диагноз: врожденный ихтиоз.

Целью лечения врожденного ихтиоза является улучшение состояния кожи, повышение качества жизни больного.

Терапия включала регулярную обработку кожного покрова и складок салициловой мазью 2% - 2 раза в день, ланолиновый крем – 2 раза в день. Аскорбиновая кислота 5% - 2.0 мл, Витамин А 33000МЕ по 1 капсуле – 2 раза в день, Витамин В6 5% - 1.0 мл, Витамин В1 5% - 1.0 мл. Физиотерапевтическое лечение: общее УФО в субэритемных дозах.

Результаты: на фоне проводимой терапии отмечалась положительная динамика: свежих очагов нет, на коже туловища, лица, волосистой части головы, коже верхних и нижних конечностей очаги светло-коричневого цвета, корочки отторглись.

Выводы: из представленных клинических случаев следует, что своевременно начатая терапия в условиях ГАУЗ РКВД №1 способствовали быстрому купированию симптомов и благоприятному течению врожденного и неврожденного ихтиоза, а также позволили избежать клинической манифестации инфекционно – воспалительному процессу.



Рис.1. Распространенное поражение кожи при неврожденном ихтиозе



Рис.2. Гиперлинейность ладоней при неврожденном ихтиозе



Рис.3. Распространенное поражение кожи при врожденном ихтиозе



Рис.4. В области физиологических складок -«иглистые» гиперкератозы, напоминающие шипы дикобраза

ЛИТЕРАТУРА

1. Детская дерматология Петер Г. Хёгер / под ред. академика РАМН, докт.мед.наук, профессора А.А. Кубановой, докт.мед.наук, профессора А.Н.Львова. М. 2013.
2. Неонатология / под ред. Т.Л. Гомеллы, М.Д. Каннингем. М.: Медицина, 1995.

О.Р. МУХАМАДЕЕВА, Л.М. ХАЙРУЛЛИНА

**ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ВИДЫ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ЗООАНТРОПОЗНОЙ
МИКРОСПОРИИ И ТРИХОФИТИИ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН**

ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России,

Кафедра дерматовенерологии с курсами дерматовенерологии и косметологии, г. Уфа

Резюме: *За последние десятилетия зооантропозные микозы остаются серьезной клинической проблемой во всем мире. Интерес к этой патологии обусловлен ростом заболеваемости дерматофитиями и эпидемиологическими вспышками в различных странах мира. Нами проведен анализ данных годовых отчетов о заболеваемости заразными кожными заболеваниями в Республике Башкортостан (РБ) и отчетов бактериологической лаборатории Республиканского кожно-венерологического диспансера с 2012 по 2017 годы. В РБ основными возбудителями трихофитии являются *Trichophyton verrucosum* и *Trichophyton mentagrophytes* var. *gypseum*, микроспории – *M. Canis*. Количество видов возбудителей зоофильной группы и сохраняющийся уровень заболеваемости трихофитией и микроспорией в РБ указывает на недооценку серьезности этих инфекций. Однако, данные заболевания в силу своей значительной контагиозности, множества источников инфекции и иногда трудностей в их диагностике, требует к себе усиленного внимания, для снижения уровня их заболеваемости.*

Ключевые слова: *трихофития, микроспория, эпидемиология, виды возбудителей дерматофитий*

O.P. MUKHAMADEEVA, LM HAYRULINA

**EPIDEMIOLOGY AND KINDS OF FORCES OF ZONANTROPONOUS MICROSPHORIA
AND TRICHOPHITIS IN THE REPUBLIC BASHKORTOSTAN**

Bashkir State Medical University

Abstract. *Over the past decades, zoonthropous mycoses remain a serious clinical problem throughout the world. Interest in this pathology is caused by an increase in the incidence of dermatophytia and epidemiological outbreaks in various countries of the world. We analyzed the annual reports on the incidence of contagious skin diseases in the Republic of Bashkortostan (RB) and the reports of the bacteriological laboratory of the Republican Dermatovenerologic Dispensary from 2012 to 2017. In the Republic of Bashkortostan, the main causative agents of trichophytosis are *Trichophyton verrucosum* and *Trichophyton mentagrophytes* var. *gypseum*, microsporia - *M.**

Canis. The number of species of pathogens of the zoophilic group and the persisting incidence of trichophytosis and microsporia in the Republic of Belarus indicate an underestimation of the severity of these infections. However, these diseases, due to their considerable contagiousness, a variety of sources of infection and sometimes difficulties in their diagnosis, require increased attention to reduce their incidence.

Keywords: *trichophytosis, microsporia, epidemiology, types of pathogens dermatophytosis.*

За последние десятилетия зооантропонозные микозы остаются серьезной клинической проблемой во всем мире. Интерес к этой патологии обусловлен ростом заболеваемости дерматофитиями и эпидемиологическими вспышками и в Российской Федерации (РФ). Наиболее неблагоприятными районами по заболеваемости трихофитией являются Северо-Кавказский и Сибирские регионы (Республика Алтай, Республика Тыва), где заболеваемость в 2010 году в среднем составила 16,6 и 1,5 на сто тысяч населения соответственно [1]. По заболеваемости микроспорией, на первом месте находится Приволжский и Южный Федеральные округа (53,0 и 51,5 на сто тысяч населения соответственно за 2008 год и 55,9 и 54,5 на сто тысяч населения соответственно за 2009 год) [2]. В Москве заболеваемость трихофитией в 2008 и 2009 г. составила 0,4 и 0,8 соответственно, а в 2010 году 0,9 на 100 000 населения [1,2]. В Астраханской области в 2008 и 2010 годах заболеваемость дерматофитиями (трихофития и микроспория) составила: трихофитии 2,9 и 1,0; микроспории 71,2 и 88,6 на сто тысяч населения соответственно [1,2]. В Иркутской области показатели заболеваемости в 2010 году всех форм трихофитией составила 0,6 на сто тысяч населения, микроспорией – 43,4 на сто тысяч населения [1].

Эпидемиологические вспышки дерматофитий, обусловленные зоофильными грибами, в республике Башкортостан (РБ) регистрируются с 30-х годов двадцатого столетия. В период 1949-1955 гг. инфекции, обусловленные зоофильными грибами, не представляли актуальности для РБ. С конца пятидесятых годов наблюдался постепенный рост, как трихофитии, так и микроспории, причем основной контингент больных составляли сельские жители. Исследователями отмечено, что до 1965 года доминирующей инфекцией была трихофития – до 55,5% среди всех дерматофитий. К концу 80-х годов заболеваемость трихофитией значительно снизилась благодаря организации комплекса лечебно-профилактических мероприятий в РБ. Однако, в течение последних тридцати лет среднереспубликанские показатели заболеваемости микроспорией находятся на одном уровне с показателями по России (32,0 на сто тысяч населения и 44,8 на сто тысяч населения

соответственно), а трихофитией остаются выше среднероссийских (2,55 на сто тысяч населения и 1,9 на сто тысяч населения соответственно).

Цель: Провести анализ заболеваемости и изучение состава грибковой флоры вызывающей трихофитию и микроспорию в РБ за 2012 – 2016 годы.

Материалы и методы: Для работы были использованы данные годовых отчетов о заболеваемости заразными кожными заболеваниями в Республике Башкортостан и данные годовых отчетов бактериологической лаборатории Республиканского кожно-венерологического диспансера с 2012 по 2016 годы.

Результаты: Изучение динамики заболеваемости дерматофитий в РБ за последние пять лет показало, что наблюдается некоторое увеличение их в значительной мере за счет микроспории (рис. 1).

Рисунок 1 иллюстрирует некоторое снижение количества микроспории и нахождение примерно на одном уровне трихофитии. Основную массу больных микроспорией составляли городские больные (до 86,6 % в отдельные годы). Среди же больных трихофитией преобладающим контингентом являлись сельские жители (до 89,5 %).

Материалы о соотношении между трихофитией и микроспорией, представленные на рисунке 2, позволяют заметить, что за последние 5 лет микроспория является доминирующим микозом, составляя от 67,4 % до 78,3% всех форм дерматофитий в РБ.

При сопоставлении показателей заболеваемости трихофитией и микроспорией в республике с общероссийскими данными (рис. 3) за 2015 год, отмечено, что показатели заболеваемости микроспорией находятся на более низком уровне, в то время как показатели заболеваемости трихофитией значительно превышают аналогичные по России.

Таким образом, достаточно высокие показатели заболеваемости дерматофитиями в РБ делают актуальным изучение вопросов касающихся диагностики, лечения и профилактики этих инфекций.

При изучении видового состава грибов, вызывающих дерматофитии, отмечено, что в середине 80-х годов в РБ произошла смена антропофильных дерматомицетов зоофильными, однако изучение спектра возбудителей зооантропофильных микозов до настоящего времени не проводилось.[3]

Обзор грибковой микрофлоры выделенной за последние 5 лет в лаборатории РКВД, подтверждает, что преобладающими возбудителями дерматофитий является зоофильная группа возбудителей (таблица 1).

Как видно из таблицы 1, на протяжении последних лет, наиболее часто выделяемым грибом является *M.canis*. Второе место занимает *T.verrucosum*. На третьем месте по частоте

выделения находится *T. mentagrophites var. gypseum*. Все перечисленные возбудители относятся к группе зоофильных грибов. Возбудители антропофильных инфекций составляют в структуре в среднем 4-5%.

При изучении флоры, обуславливающей трихофитию, можно отметить, что основными возбудителями на сегодняшний день являются *T. verrucosum* и *T. mentagrophitas var. gypseum* (таблица 1, рис.4).

Среди возбудителей зооантропофильной микроспории в 100% случаях инфекционным агентом является *M. Canis*.

В общей структуре микозов, по данным РКВД, зооантропофильные дерматофитии занимают до 25 %.

Рост возбудителей зоофильной группы и значительная заболеваемость трихофитией и микроспорией среди людей указывает на недооценку серьезности данных инфекций, а между тем эти микозы, в силу значительной контагиозности, множества источников инфекции и иногда трудностей в их диагностике, требует к себе усиленного внимания. Поэтому представляется необходимым изучение клиники, эпидемиологии и профилактики этих заболеваний, возбудителей, их жизнеспособности и других свойств в целях правильной организации борьбы с этими микозами и своевременного лечения.

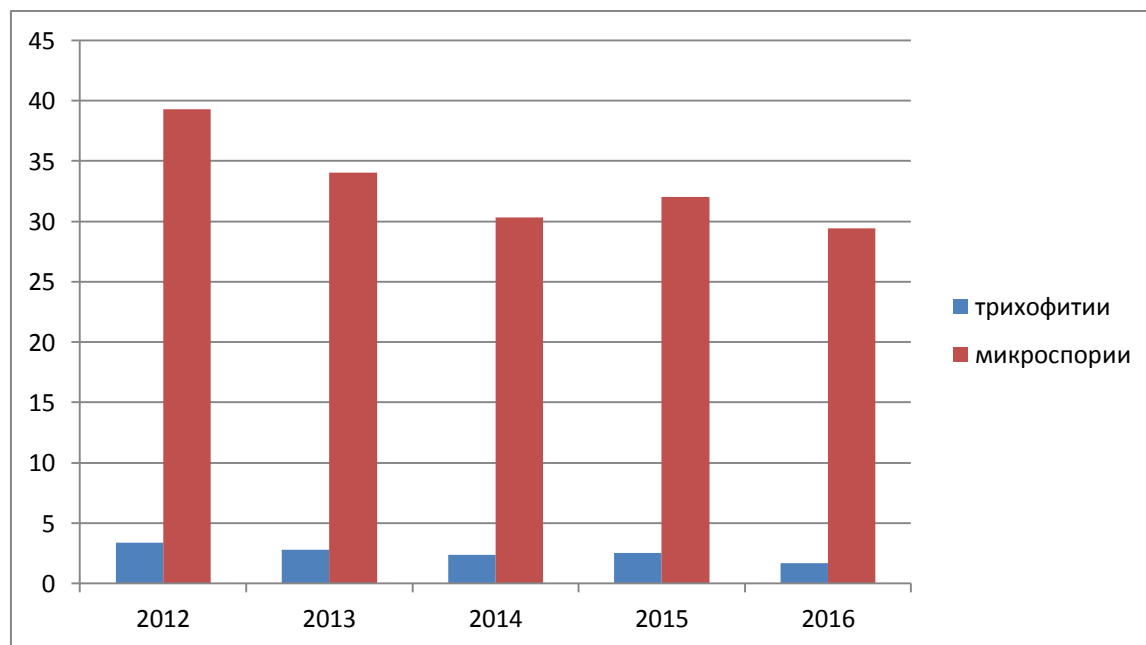


Рис. 1 Динамика заболеваемости дерматофитиями в Республике Башкортостан с 2012 по 2016 годы.

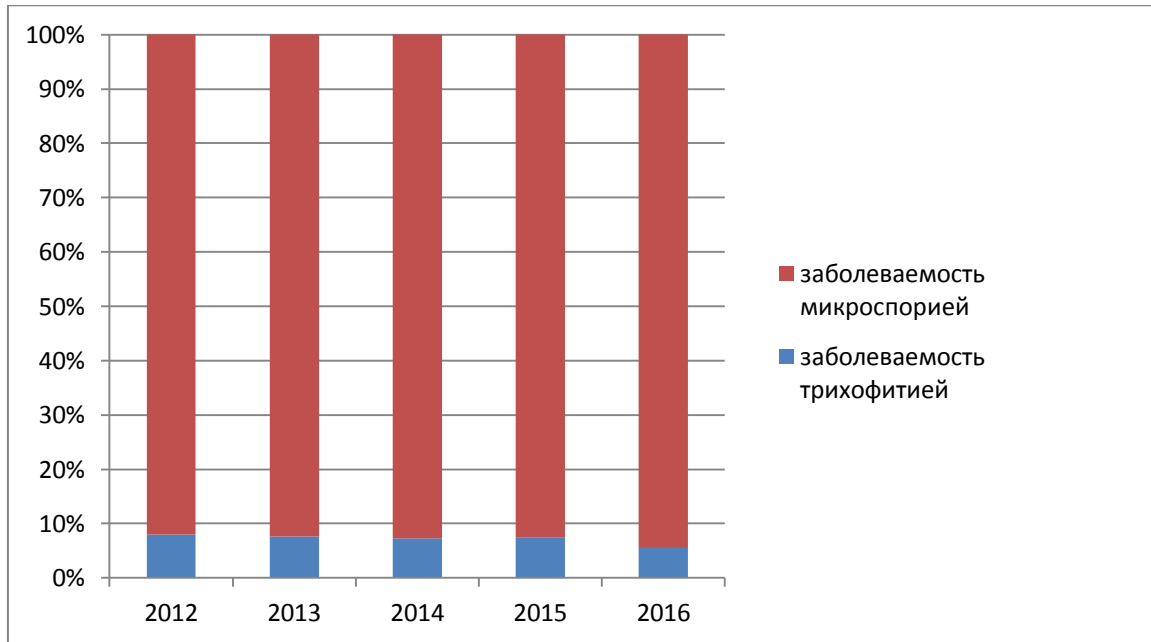


Рис. 2 Соотношение заболеваемости трихофитии и микроспории в Республике Башкортостан за 2012-2016 годы

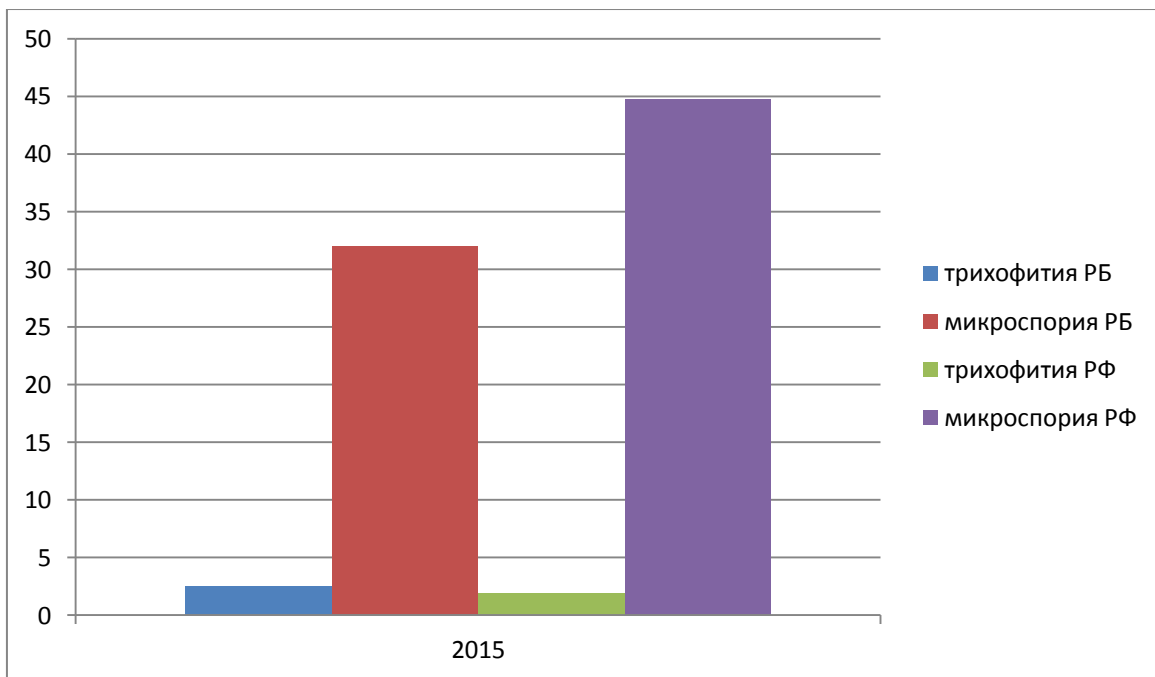


Рис. 3 Показатели заболеваемости микроспорией и трихофитией в Республике Башкортостан и России в 2015 году

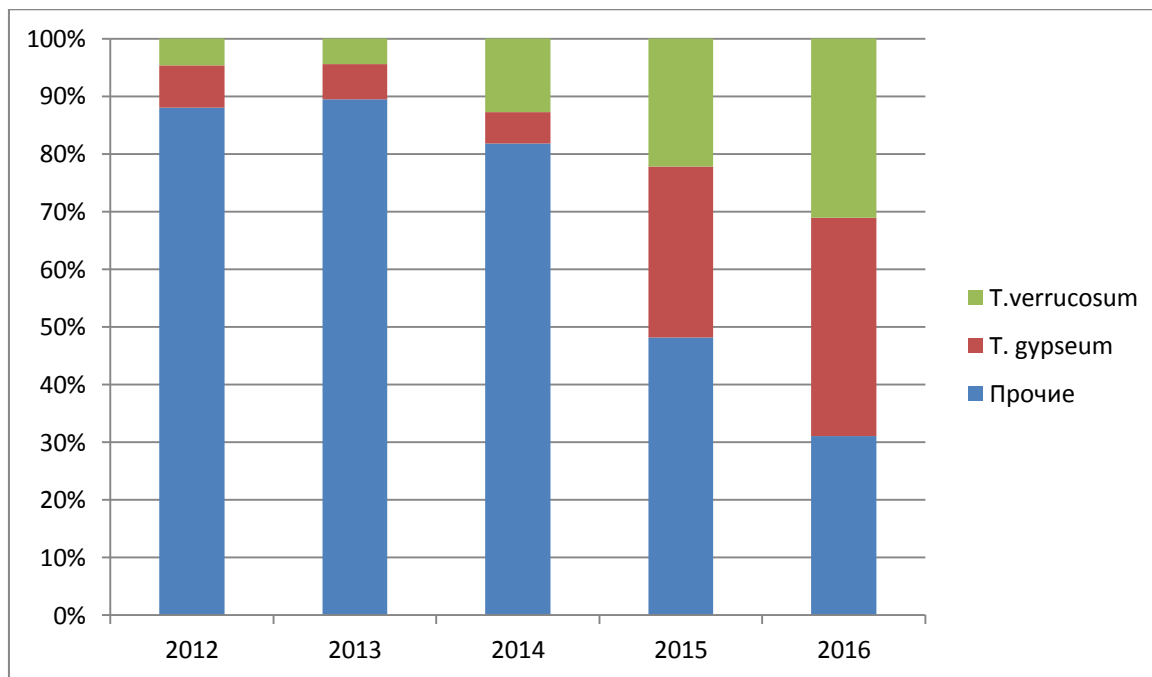


Рис. 4 Структура возбудителей трихофитии за 2012-2016 годы по данным РКВД

Таблица 1

Этиологическая структура дерматофитий в 2012-2016 гг.. по данным РКВД

| Вид гриба \ Годы | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
|-----------------------------------|------|------|------|------|------|
| Антропофильные возбудители | | | | | |
| T. tonsurans | 9 | 4 | 5 | 7 | 11 |
| T.violaceum | 10 | 3 | 4 | 4 | 1 |
| Всего | 19 | 7 | 9 | 11 | 12 |
| Зоофильные возбудители | | | | | |
| T. mentagrophitas var. gypseum | 33 | 19 | 7 | 6 | 14 |
| T.verrucosum | 52 | 26 | 3 | 8 | 17 |
| Microsporium canis | 630 | 579 | 314 | 429 | 426 |
| Всего | 755 | 624 | 324 | 443 | 457 |

ЛИТЕРАТУРА

1. В.И.Стародубов Сборник «Ресурсы и деятельность кожно-венерологических учреждений. Заболеваемость за 2009-2010 годы (статистические материалы)» Москва,2011г, с.72-73
2. В.И.Стародубов «Аналитический обзор по заболеваемости, ресурсам и деятельности кожно-венерологических учреждений за 2008 – 2009 гг (статистические материалы)» Москва, 2010 г, с 93-94
3. О.Р. Мухамадеева, З.Р. Хисматуллина, Д.Р. Попова Динамика заболеваемости и видовой состав возбудителей трихомикоза в Республике Башкортостан в 1970-2010 гг. // Проблемы медицинской микологии, Т. 13, №4, 2011. С. 15-17.

ЮСУПОВА А.Р., АХМЕТЗЯНОВА И.И., ТАЗИЕВА Э.Ф., ОПЕНЧЕНКО А.Д.
УРОВЕНЬ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ, ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ У
ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

Научный руководитель: к.м.н., доцент Мухаммадеева О.Р.

Башкирский государственный медицинский университет

Кафедра дерматовенерологии с курсами дерматовенерологии и косметологии ИДПО

***Резюме:** Представлен анализ значимости влияния дерматологических заболеваний на индекс качества жизни (ИКЖ), уровень тревоги и депрессии.*

В ходе проведения исследования были опрошены 117 пациентов на базе Республиканского кожно-венерологического диспансера № 1. Группу респондентов составляли 55 мужчин и 62 женщины в возрасте от 18 до 86 лет, страдающие хроническими дерматозами.

В результате исследования было выявлено, что у пациентов с обширной площадью косметического дефекта на коже лица уровень тревоги и депрессии имеют более высокие уровни, а уровень индекса качества жизни (ИКЖ) низкие.

***Ключевые слова:** индекс качества жизни (ИКЖ), хронические дерматозы, депрессия, тревога*

YUSUPOVA A.R., AKHMETZYANOVA I.I., TAZIEVA E.F., OPENCHENKO A.D.
THE STUDY OF THE INDEX OF QUALITY OF LIFE, LEVEL OF ANXIETY AND
DEPRESSION IN DERMATOLOGICAL PATIENTS

Scientific adviser: candidate of medical sciences, associate professor Muhammadeeva O.R.

Bashkir State Medical University

The Department of dermatology and venereology with courses of dermatology and cosmetology IDPO

***Abstract:** The analysis of the importance of the influence of dermatological diseases on the quality of life index (IQL), the level of anxiety and depression is presented. In the course of the study, 117 patients were examined on the basis of the Republican Dermatological and Venereological Dispensary No. 1. A group of respondents comprised 55 men and 62 women aged 18 to 86 years with chronic dermatoses. As a result of the analysis, it was found that in patients with a more extensive area of the cosmetic defect, the level of anxiety and depression is higher, and the level of the quality of life index (IQL) is low.*

Keywords: *the quality of life index (QLI), chronic dermatoses, depression, anxiety.*

Актуальность.

Самый большой и видимый орган человека - кожа. Издавна дерматологи отмечали, что заболевания кожи влияет на качество жизни больных, их самооценку. По результатам многочисленных исследований выявлено, что до 80% больных дерматологическими заболеваниями страдают также психическими расстройствами. По данным ВОЗ 22% людей в мире страдают кожными заболеваниями. Одно из широко распространенных хронических дерматозов является псориаз. Распространенность псориаза в мире составляет около 2%, однако по данным ряда исследований в развитых странах этот показатель выше и достигает в среднем 4,6%. По данным Потекаева Н.Н. (2013) в структуре дерматологических заболеваний наибольший удельный вес занимают больные с экземой (31%), с острыми кожными заболеваниями (29%), с псориазом (22,5%) и с другими хроническими дерматозами (17,5%).

В связи с большой распространенностью вопросы об уровне качества жизни, степени тревожности и депрессии таких больных на данный момент актуальны и активно изучаются.

Цель и задачи исследования:

Цель:

Изучить уровень качества жизни у пациентов с дерматозами.

Задачи:

- 1) Выявление уровня тревоги у дерматологических больных.
- 2) Выявление уровня депрессии у дерматологических больных.
- 3) Выявление уровня индекса качества жизни (ИКЖ) у дерматологических больных.
- 4) Сравнить полученные данные уровня тревоги среди пациентов с псориазом, экземой, склеродермией, аллергическим дерматитом, красным плоским лишаем, сифилисом, эритемой, вульгарной пузырчаткой, гнездной алопецией, себорейным кератозом, шаровидными угрями, розацеей.
- 5) Сравнить полученные данные уровня депрессии среди пациентов с псориазом, экземой, склеродермией, аллергическим дерматитом, красным плоским лишаем, сифилисом, эритемой, вульгарной пузырчаткой, гнездной алопецией, себорейным кератозом, шаровидными угрями, розацеей.

б) Сравнить полученные данные уровня ИКЖ среди пациентов с псориазом, экземой, склеродермией, аллергическим дерматитом, красным плоским лишаем, сифилисом, эритемой, вульгарной пузырчаткой, гнездной алопецией, себорейным кератозом, шаровидными угрями, розацеей.

7) Сравнить показатели тревоги, депрессии, ИКЖ у дерматологических больных по половому признаку.

Материалы и методы:

В ходе проведения исследования были опрошены 117 пациентов на базе Республиканского кожно-венерологического диспансера № 1. Группу респондентов составляли 55 мужчин и 62 женщины в возрасте от 18 до 86 лет. Количество опрошенных пациентов с псориазом составило 63 человека, с экземой 13, со склеродермией 11, с аллергическим дерматитом 10, с красным плоским лишаем 7 и с эритемой по 3 человека, с вульгарной пузырчаткой и гнездной алопецией по 2, с себорейным кератозом, шаровидными угрями и розацеа по 1 человеку.

Оценка уровня тревоги и депрессии у пациентов проводилась при помощи Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS) которая была разработана A. S. Zigmond и R. P. Snaithe в 1983 г., относящаяся к субъективным методам оценки и предназначенная для скринингового выявления тревоги и депрессии у пациентов соматического стационара [1].

Уровень тревоги рассчитывался путем суммирования баллов первой части опросника (Часть I). Уровень депрессии рассчитывался аналогично уровню тревоги (Часть II).

Интерпретация полученных результатов:

0-7 баллов – норма (отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги/депрессии),

8-10 баллов – субклинически выраженная тревога/депрессия,

11 баллов и выше - клинически выраженная тревога/депрессия.

Для оценки уровня удовлетворенности по общему индексу качества жизни использовался опросник «Оценка уровня удовлетворенности качеством жизни» Н.Е. Водопьянова. Опросник был разработан в Институте медицины стресса (США) в 1993 г., с целью помочь пациентам сбалансировать стрессовое воздействие и силу выбора своей линии поведения, способствующего его преодолению (Eliot, 1993). Наш адаптированный вариант опросника содержал 36 вопросов, относящихся к удовлетворенности в следующих категориях индивидуальной жизни: работа, личные достижения, здоровье, общение с близкими людьми, поддержка (внутренняя и внешняя — социальная), оптимистичность,

напряженность (физический и психологический дискомфорт), самоконтроль, негативные эмоции (настроение). В соответствии с ключом подсчитывалась сумма баллов для каждой категории жизнедеятельности (9 субшкал, каждая содержит по 4 вопроса). Минимальная сумма для каждой субшкалы была равна 4 баллам, максимальная — 40. Оценки по субшкалам соответствовали понятию удовлетворенности в различных областях жизнедеятельности. Чем меньше величина баллов, тем сильнее психическая напряженность и ниже удовлетворенность качеством жизни в данной области. Также подсчитывался общий индекс качества жизни (ИКЖ), равный среднему значению баллов, набранных по всем девяти субшкалам [2].

Обработка статистических данных, полученных в результате опроса, была выполнена в программе STATISTICA 10 с проведением корреляционного анализа и нахождением средней арифметической и ее стандартной ошибки ($M \pm m$). Статистическую значимость между полученными результатами считали достоверной при $p < 0,05$.

Результаты:

У опрошенных нами дерматовенерологических пациентов был установлен средний уровень удовлетворенности по общему ИКЖ (Таблица 1)..

Таблица 1

Уровень тревоги, депрессии и индекса качества жизни у пациентов с дерматозами

| № | Заболевание | Количество пациентов | Уровень тревоги (HADS) (баллы) | Уровень депрессии (HADS) (баллы) | ИКЖ (по Н.Е. Водопьянову), (баллы) |
|----|------------------------|----------------------|--------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|
| 1 | Псориаз | 63 | 6,62±3,34 | 6,09±3,99 | 26,24±4,77 |
| 2 | Экзема | 13 | 5,53±3,3 | 6,46±3,86 | 27,54±6,71 |
| 3 | Склеродермия | 11 | 4,18±3,4 | 4,09±2,62 | 31±5,13 |
| 4 | Аллергический дерматит | 10 | 7,3±3,37 | 5,7±5,03 | 27,7±3,27 |
| 5 | Красный плоский лишай | 7 | 6,43±3,95 | 6±3 | 30,86±3,67 |
| 6 | Сифилис | 3 | 6±64 | 4,33±3,21 | 31,3±2,08 |
| 7 | Эритема | 3 | 3,33±0,57 | 1,66±0,57 | 32,3±0,57 |
| 8 | Вульгарная пузырчатка | 2 | 8±1,41 | 7,5±0,7 | 23±2,83 |
| 9 | Гнездная алопеция | 2 | 5±2,83 | 2,5±0,7 | 30±4,24 |
| 10 | Себорейный кератоз | 1 | 2 | 2 | 25 |
| 11 | Акне | 1 | 7 | 2 | 15 |
| 12 | Розацеа | 1 | 7 | 1 | 28 |
| | ИТОГО: | 117 | | | |

В результате нашего исследования выявлено, что у пациентов с вульгарной пузырчаткой, аллергическим дерматитом, акне и розацеа отмечается более высокий уровень тревожности, по сравнению с остальными пациентами (7 и более баллов), а самый низкий у пациентов с себорейным кератозом, эритемой и склеродермией (менее 4,5 баллов) (Рисунок 1).

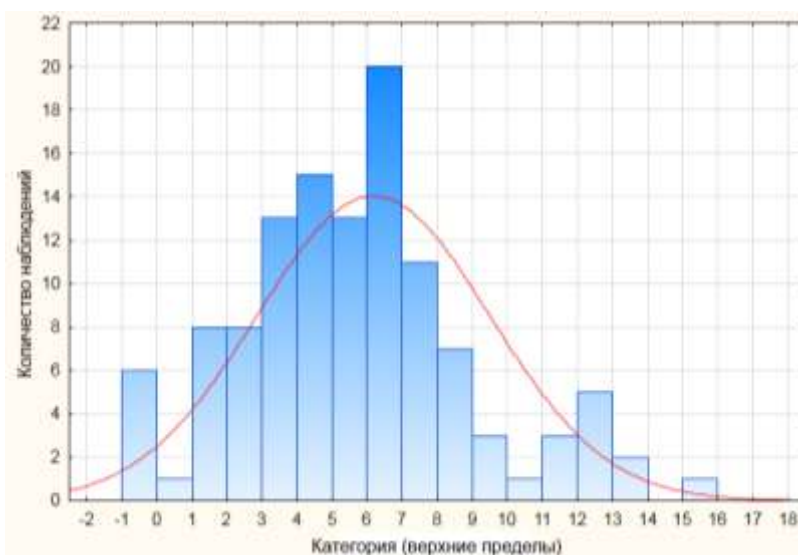


Рисунок 1. Уровень тревоги у больных различными дерматозами (критерии: хи-квадрат=15,76, df=7, p=0,07)

Самый высокий уровень удовлетворенности по общему ИКЖ у пациентов с эритемой, сифилисом, склеродермией, а наиболее низкий у пациентов с шаровидными угрями, вульгарной пузырчаткой (менее 23 баллов) (Рисунок 2).

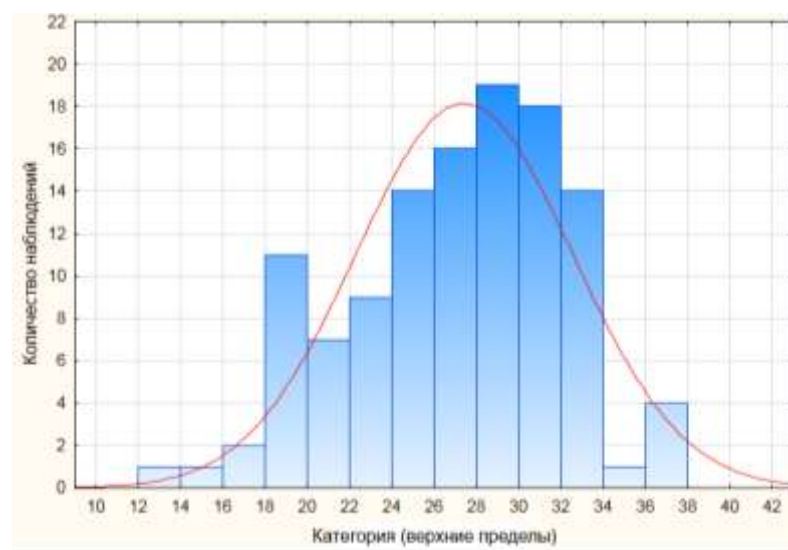


Рисунок 2. Индекс качества жизни у больных различными дерматозами (критерии: хи-квадрат=13,7, df=7, p=0,05)

Также важно заметить приблизительно одинаковый уровень общего ИКЖ у мужчин и женщин. У мужчин он составил $27,29 \pm 5,39$ баллов, у женщин $27,79 \pm 4,87$ баллов, что свидетельствует о том, что пол не является влияющим фактором на уровень ИКЖ. Аналогичен анализ уровня депрессии у мужчин и женщин ($5,27 \pm 3,64$ баллов у мужчин и $5,82 \pm 3,95$ баллов у женщин). Однако уровень тревоги выше среди женщин ($6,74 \pm 3,32$ баллов), в сравнение с уровнем тревоги у мужчин $5,63 \pm 3,16$ баллов.

Уровень депрессии наиболее высок у пациентов с вульгарной пузырчаткой (7,5 баллов), а также с экземой (более 6,4 баллов) Наименьший уровень депрессии зафиксирован у пациентов с розацеа, эритемой, шаровидными угрями (менее 2 баллов) (Рисунок 3).

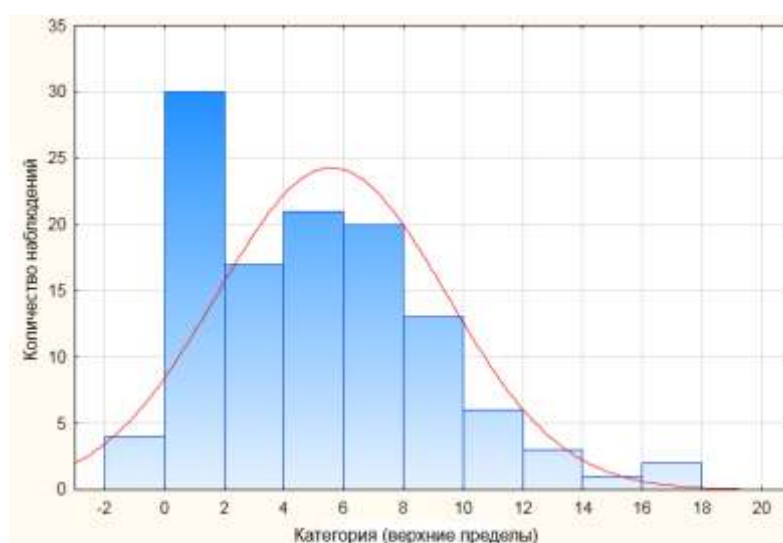


Рисунок 3. Уровень депрессии у больных различными дерматозами (критерии: хи-квадрат=32,4, df=5, p=0,0)

Выводы:

1. У пациентов с заболеваниями, которые сопровождаются косметическим дефектом на лице уровень тревоги выше. Это связано с социальной адаптацией пациентов.
2. У опрошенных больных вульгарной пузырчаткой наиболее высокий уровень депрессии и низкий уровень индекса качества жизни (ИКЖ), что связано с обширной площадью поражения и выраженностью болевого синдрома.
3. Анализ уровня тревоги у мужчин и женщин свидетельствует о том, что кожные заболевания больше беспокоят женщин, чем мужчин.
4. Дерматологические заболевания (псориаз, розацеа, акне, экзема и др.) затрагивают видимые поверхности тела пациента, что влияет на самооценку, восприятие своего тела и снижает уровень качества жизни.

ЛИТЕРАТУРА

1. М.М. Гафаров. Основы дерматовенерологии. М.М. Гафаров, Г.А. Терегулова, Т.Л. Выговская, З.Р. Хисматуллина, Н.Ю. Кудашев. //Учебное пособие. – 2008. – 97с.
2. Body Image, Self-esteem, and Quality of Life in Patients with Psoriasis. / Nazik H, Nazik S, Gul FC. //Indian Dermatol Online. - 2017 Sep-Oct. - №8(5). – P.343-346.
3. А.Р. Усманова . Влияние уровня стресса на качество жизни дерматовенерологических больных. А.Р. Усманова, Е.В. Файзуллина, Л.К. Бунакова, Р.Г. Кузнецова.// г. Казань - Практическая медицина. – 2013. - 120-123с.
4. В.И. Русинов. Психологическое исследование больных красным плоским лишаем с помощью дополнительных шкал СМИЛ. // - 2009г. – 5с.
5. Ю.С. Бутов. Дерматовенерология. Ю.С. Бутов, Ю.К. Скрипкин, О.Л. Иванова// Национальное руководство. – 2013. – 482с.

СВЕДЕНИЯ ДЛЯ АВТОРОВ

Редакция журнала руководствуется положениями "Единых требований к рукописям, представляемым в биомедицинские журналы".

Статья должна быть представлена в редакцию (на адрес электронной почты: vestnikbgmu@gmail.com) в электронном виде в документе winword любой версии.

Оригинальные статьи должны быть построены по традиционному принципу для мировой научной периодики и структурированы по плану: актуальность, цель работы, материалы и методы, результаты и обсуждение, завершаться выводами.

Титульная страница должна содержать: УДК статьи, инициалы и фамилию автора (авторов), название статьи. Название организации представившей статью для публикации на русском и английском языках. Дополнительно отдельно необходимо представить фамилию, имя, отчество (полностью) авторов, с указанием должности, ученой степени, звания, места работы и адреса организации. Обязательно необходимо указать автора (фамилия, имя, отчество) ответственного за контакты с редакцией, его телефон и адрес электронной почты.

Краткое резюме на русском языке отражающее основную цель исследования и его результат, ключевые слова (не более пяти)

На английском языке: название статьи, инициалы и фамилии авторов, название организации, резюме и ключевые слова.

Текст статьи, напечатанным шрифтом Times New Roman, 12 кеглем, через 1,5 интервала, поля 2,0 без переноса. Рекомендуемый объем статьи, включая таблицы, рисунки, литературу и аннотацию до 15 страниц формата А4. Все страницы должны быть пронумерованы.

Текст статьи, все приведенные цитаты должны быть автором тщательно выверены, проверены по первоисточникам. Цитируемая литература приводится в конце статьи на отдельном листе. Список литературы печатается в алфавитном порядке, сначала - русские, затем зарубежные авторы, согласно ГОСТ Р 7.0.5-2008. В тексте ссылки даются в квадратных скобках (если ссылка на несколько источников - то через запятую без пробелов) в соответствии с номером в списке литературы.

Следует использовать только общепринятые сокращения. Не следует применять сокращения в названии статьи. Полный термин, вместо которого вводится сокращение, следует расшифровать при первом упоминании его в тексте. Не требуется расшифровки стандартных единиц измерения и символов.

Таблицы должны иметь порядковый номер расположенный в правом верхнем углу, название таблицы. Рекомендуется представлять наглядные, компактные таблицы. Все числа в таблицах должны быть выверены и соответствовать числам в статье.

При использовании результатов статистического анализа данных обязательным условием является указанием использованного программного пакета и его версии, названий статистических методов, приведение описательных методов статистики и точных уровней значимости при проверке статистических гипотез. Для основных результатов исследования рекомендуется рассчитывать доверительные интервалы.

Единицы измерения физических величин должны представляться в единицах Международной метрической системы единиц- СИ.

Рисунки и диаграммы должны представляться отдельными графическими файлами в форматах bmp, jpg, tiff с указанием названия рисунка/диаграммы, его порядковым номером с разрешением не менее 300 dpi. В статье необходимо указывать место положения рисунка/диаграммы.

Все статьи, поступающие в редакцию проходят многоступенчатое рецензирование, замечания рецензентов направляются автору без указания имен рецензентов. После получения рецензий и ответов автора редколлегия принимает решение о публикации статьи.

Редакция оставляет за собой право отклонить статью без указания причин. Очередность публикаций устанавливается в соответствии с редакционным планом издания журнала.

Редакция оставляет за собой право сокращать, редактировать материалы статьи независимо от их объема, включая изменения названия статей, терминов и определений. Небольшие исправления стилистического, номенклатурного или формального характера вносятся в статью без согласования с автором. Если статья перерабатывалась автором в процессе подготовки к публикации, датой поступления считается день поступления окончательного текста.

Публикация статей в журнале бесплатная.

Направление в редакцию статей, которые уже посланы в другие журналы или напечатаны в них, не допускается.

Номера выходят по мере накопления статей, планируемая частота выхода - 6 номеров в год.